



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 51

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9989

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 51

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Tittel på norsk: Et meningsfullt liv som rusavhengig

Tittel på engelsk: A meaningful life as a drug addict

GRSD15

HVL FHS IHO

Kandidatnummer 51

Innleveringsdato: 10.05.19

Antall ord: 9989

Veileder: Irene Aasmul

« Å høyre til »

Vondt er av alle andre
bli trakka på og trengd.
Men vondere å veta
at du er utestengd.

Det er så mangt i livet
du ventar deg og vil.
Men meir enn det å vera
er det å høyre til.

Jan-Magnus Bruheim (f. 1914 – d.1988)
Utgitt i "dikt i utval" 2014

Sammendrag

Tittel:

Et meningsfullt liv som rusavhengig.

Bakgrunn for valg av tema:

Etter en forelesning på skolen av en tidligere rusavhengig, ble interessen min vekket. Personen snakket så positivt om hvordan recoveryprosessen (tilfriskningsprosessen) hadde vært en støtte ut av rusavhengigheten. Jeg fikk senere praksis på en institusjon for rusavhengige og fikk se hvordan recoveryorientert tenkning kunne utarte seg i praksis. Opplevelsen av hvordan relasjoner og tillit kunne være med å støtte oppunder gode behandlingsmuligheter gjorde meg ydmyk og interessert. Engasjementet mitt for rus- og psykiske lidelser ble tydelig og sterkt, og jeg ønsket å lære mer og få ny kunnskap om hva denne recoveryorienterte prosessen gikk ut på.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bruke recoveryorientert tenkning i møte med mennesker med rus- og psykiske lidelser?

Oppgavens hensikt:

Hensikten med oppgaven er å tilegne meg ny kunnskap, og gi mer kunnskap til sykepleiere, om hvordan en best kan støtte personer med rus- og psykiske lidelser gjennom et behandlingsforløp etter recoverytenkningen. Jeg vil vise til eksisterende og ny kunnskap om viktigheten av tillit og gode relasjoner mellom sykepleier og pasient for best mulig hjelp og støtte gjennom prosessen.

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie, der jeg har søkt etter forskningsartikler i ulike databaser som SveMed+, PubMed, Cinahl, Idunn, Oria og Google Scholar. Søkeord jeg brukte i søket var: sykepleier-pasient relasjon, første-person perspektivet, terapeutisk allianse, terapeutisk relasjon, recovery, recoverymodell, recoveryorientert praksis, behandling, rusmiddelforstyrrelse, behandling av narkotikamisbruk, stoffbruk, rusavhengig, rusproblemer, dobbeltdiagnose, samtidige lidelser, motivasjon, mestring, håp, livskvalitet.

Resultat:

Når sykepleier møter pasienten med åpent sinn, interesse, tillit og likeverdighet, kan gode relasjoner bli skapt. Studiene fra artiklene viser at relasjoner mellom pasient og helsepersonell er en forutsetning for en best mulig recoveryprosess. Etter mange søk endte jeg opp med 6 forskningsartikler som ble inkludert i oppgaven. Artiklene vil bli presentert senere i oppgaven, der jeg vil diskutere dem opp imot annen teori og egen praksiserfaring.

Nøkkelord:

Sykepleier-pasient forhold, rus- og psykiske lidelser, rusavhengig, recovery, holdning, relasjoner, tillit.

Summary

Title:

A meaningful life as a drug addict.

Background:

After a lecture at the school by a former drug addict, my interest was aroused. The person spoke so positively about how the recovery process had been a support out of the addiction. I later got a practice at an addict's institution and saw how recovery oriented thinking could degenerate into practice. The experience of how relationships and trust could help support good treatment opportunities made me humble and interested. My commitment to substance abuse and mental disorders became clear and strong, and I wanted to learn more and gain new knowledge about what this recovery oriented process was about.

Thesis question:

How can nurses use recovery oriented thinking in meeting with people with substance and mental disorders?

Purpose:

The purpose of the task is to spread new knowledge to nurses about how to best support people with substance and mental disorders, through a treatment course by means of recovery oriented thinking. Furthermore i will use new and existing knowledge to show the importance of trust and good relationships between nurse and patient, in order to provide the best possible

help and support throughout the process.

Method:

The thesis is a literature study, in which I have searched for research articles in various databases, such as SveMed +, PubMed, Cinahl, Idunn, Oria and Google Scholar. Keywords I used were: nurse-patient relationship, first-person perspective, therapeutic alliance, therapeutic relationship, recovery, recovery model, recovery oriented practice, treatment, drug disorder, drug abuse treatment, drug use, drug addiction, substance abuse, double diagnosis, concomitant disorders, motivation, coping, hope, quality of life.

Findings:

When the nurse meets the patient with an open mind, interest, trust and equality, good relationships can be created. The studies from the articles show that relationships between patient and health personnel are a prerequisite for the best possible recovery process. After many searches I ended up with 6 research articles which is included in the thesis. The articles will be presented later in the thesis, then I will discuss them against other theory I have found and own experiences from practice.

Key words:

Nurse-patient relation, substance abuse– and mental illness, drug addict, recovery, attitude, relation, trust.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens formål	3
1.3 Problemstilling	3
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.5 Oppgavens oppbygging	3
2.0 Teori	4
2.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori	4
2.2 ROP-lidelser	5
2.3 Rusavhengig	6
2.4 Pasient – sykepleier relasjon	6
2.4.1 Holdninger og stigma	7
2.5 Recovery	8
2.5.1 Brukermedvirkning	9
2.5.2 Empowerment	9
2.5.3 Rus- og psykisk helsearbeid i kommunen	10
3.0 Metode	11
3.1 Litteraturstudie	11
3.2 Fremgangsmåte	11
3.2.1 Søkeprosessen	12
3.3 Metodekritikk	13
3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler	13
3.5 Etikk i oppgaveskriving	14
4.0 Resultat	15
4.1 Presentasjon av artiklene	15
4.2 Sammendrag av resultatene	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Mellommenneskelige forhold	17
5.2 Tillitsfulle relasjoner med vekt på etikk, holdninger, håp, likeverd og respekt	19
5.3 Kvalitet i tjenesten i recoveryarbeidet	22
5.4 Brukermedvirkning	24
6.0 Avslutning	25
7.0 Bibliografi	26
Vedlegg 1 - Søkeprosess	31
Vedlegg 2 - Litteraturmatrise	34

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I oppgaven ønsker jeg å se på hvordan jeg som sykepleier kan være med å hjelpe og støtte personer med rus- og psykiske lidelser til et meningsfullt hverdagsliv. Rusmiddelavhengighet er blant våre største helsepolitiske utfordringer og engasjerer mange. Blant allmennheten er det få lidelser som vekker større interesse. Mange har meninger om de rusavhengige, om hvordan og hvorfor rusproblemene oppstod, og hvordan de kan få kontroll over rusen. Ofte fremstilles rusavhengige med spesielle karaktertrekk, som møkkete, slitne, med knekk i knærne på jakt etter neste skudd. Mange rusavhengige har et sterkt ønske om endring og kontroll over livet sitt igjen (Lossius, 2012, s. 27–s. 28). Forskning viser at det er en klar sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser, sistnevnte særlig i form av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser. Tidligere undersøkelser viser at omtrent 65 prosent av kartlagte brukere med rusmiddelproblemer under kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester i tillegg har psykiske vansker, som går ut over dagliglivet (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). En har de siste 25 år sett at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer sammen. Der behandlingen tidligere ble rettet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser, vektlegges nå samspillet mellom mindre alvorlige psykiske lidelser og rusmidler (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Gjennom sykepleierstudiet har jeg i to praksiser vært utplassert på en institusjon for rusavhengige. De fleste av pasientene her hadde både rus- og psykiske lidelser, heretter kalt ROP-lidelser. Å hjelpe personer med ROP-lidelser krever ferdigheter og kunnskap, gode holdninger og interesse. En må evne å se pasienten, ha respekt og empati, selv om avtaler ikke holdes eller følges opp. I min praksis brukte personalet recoveryorienterte tjenester som et verktøy i behandlingsprosessen med brukerne. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2017, s. 12) viser til Anthony (1993) sin definisjon av recovery:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.

Sentralt i recoveryprosessen er selvstyring og selvbestemmelse. Pasienten må finne sin egen vei å gå. Inkludering i hverdagsliv, støttepersoner og familie spiller ofte en avgjørende rolle i denne prosessen. Det er særlig viktig med gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, for å

fremme god recovery. Sykepleier skal støtte opp under pasientens egen recoveryprosess, ved bruk av recoveryorientert praksis. Hjelpen har gått fra tidligere å være pasient-sentrert der det var mest fokus på sykdommen (klinisk recovery) til å bli person-sentrert, der hele mennesket blir sett (personlig recovery). Recoveryprosessen bygger på fire områder, som er håp, identitet, mening og personlig ansvar (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA, 2017, s.14). I veilederen «Sammen om mestring» har Helsedirektoratet også trukket fram at gjenvinning av kontroll over eget liv og myndiggjøring, er sentralt i bedringsprosessen hos brukeren (Helsedirektoratet, 2014, s. 31).

Tema i oppgaven er hvordan jeg som sykepleier kan bruke recoveryorientert tenkning i møte med mennesker med ROP-lidelser. For å kunne hjelpe er det viktig å oppnå tillit og god relasjon til pasienten. Slik jeg ser det, starter en relasjon med et håndtrykk og et vennlig smil. Når sykepleier oppnår tillit med pasienten, gir dette motivasjon, som igjen kan bidra til endring. Gode relasjoner bunner ut i likeverdighet, samhandling, trygghet, troverdighet og tillit. Med tillitsfulle relasjoner får pasienten opplevelse av at sykepleieren har tro på han. En god relasjon er når pasienten opplever at sykepleieren er til å stole på og forstår at sykepleier vil hjelpe og være en ressurs i livet hans (Helsedirektoratet, 2014, s. 32-68). Mange rusavhengige har hverdagsliv som fungerer svært dårlig i perioder, da hverdagen har gitt dem mange uvanlige erfaringer gjennom livet, og utallige brudd. Brudd med familie, nærmiljø og venner, men også med behandlingsapparatet som skulle hjelpe. Dagene blir rotete og ustabile, og hverdagslivet blir vanskeligere. Situasjoner og hendelser, plikter, ansvar og avtaler blir surret i sammen og ender opp som multitrøbbel. Hverdagslivet har blitt et kaos, og det er dette kaoset brukeren vil bli kvitt (Thommessen, 2012, s. 195). Jeg erfarer at gode holdninger, tillit, relasjonsbygging og god kunnskap om personer med ROP-lidelser må til for å kunne gi god og helhetlig sykepleie til disse pasientene. Recoverytenkningen og måten å arbeide på virket spennende og interessant, og jeg ble nysgjerrig på hva denne måten å arbeide på kunne utrette for pasientene. Dette gav meg inspirasjon til å utforske fagområdet og til å lære mer om hva recoverytenkning er. Jeg ønsket også å lære hvordan sykepleier kan bruke recoveryorientert tenkning som et arbeidsredskap i prosessen. Alle trenger vi noen personer i livene våre, personer som vil oss vel og bryr seg. Særlig de rusavhengige trenger dette, da de ofte har gått lenge uten at noen har sett de som et medmenneske, som noe mer enn bare en rusavhengig.

1.2 Oppgavens formål

Målet med oppgaven er å belyse viktigheten av gode relasjoner, skape tillit og ha god kunnskap om ROP-pasienter, for å kunne være en ressursperson i recoverybehandlingen og i utøvelsen av god sykepleie til den enkelte pasient. Oppgavens hensikt er å tilegne meg mer kunnskap om recoveryorientert tenkning som en behandlingsmodell til sykepleiere som møter pasienter med ROP-lidelser. Jeg ønsker å lære om hvordan sykepleier kan være med å bidra til håp og mestring hos pasienten ved å benytte seg av recoveryorientert tenkning, og spre denne kunnskapen til sykepleiere og annet helsepersonell som arbeider med denne gruppen brukere.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bruke recoveryorientert tenkning i møte med mennesker med rus- og psykiske lidelser?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven har fokus på hvordan recoverymodellen kan brukes av sykepleiere som en behandlingsmodell for å støtte og veilede personer med ROP-lidelser i rehabiliteringsfasen. Oppgaven har fokus på relasjonelle og mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient med ROP-lidelse tilknyttet institusjon som beboer, eller som dagpasient med bo - oppfølgingstjeneste i kommunehelsetjenesten. Jeg har i oppgaven hatt fokus på personer over 18 år som går på heroin/amfetamin og i tillegg har en psykisk lidelse. Noen av pasientene har rusfrie perioder innimellom, mens andre er i aktiv rus. De som ikke er tatt med i utvalgte studier er pasienter under 18 år, gravide rusavhengige og pasienter under legemiddelassistert rusbehandling, da disse krever annen oppfølging og tilnærming, kommunikasjon og lovverk. Selv om pårørende er en stor og viktig del av pasienter med ROP-lidelser, er dette heller ikke særlig vektlagt i denne oppgaven, grunnet oppgavens omfang. Mange pasienter med ROP-lidelser har i tillegg somatiske plager og kognitiv svikt, disse er heller ikke vektlagt i oppgaven, grunnet omfanget på oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygging

Litteraturstudiet som er gjort, er basert på forskning og resultat som allerede er gjort innen temaet. Relevant litteratur er funnet i bøker, tidsskrifter og nettsider, samt tidligere forelesninger på skolen. Jeg har valgt å skrive om Joyce Travelbee sin sykepleieteori på grunn

av hennes syn på mellommenneskelige forhold. Hun vektlegger at dersom relasjonen skal bli god, må sykepleier og pasient møte hverandre som mennesker. Travelbee sin tenkning om mellommenneskelige forhold passer godt i temaet mitt og oppgaven skrives i lys av denne tenkningen. I teoridelen, kapittel 2, i oppgaven har jeg valgt å skrive om ROP-lidelser, rusavhengighet, relasjoner og recovery. Jeg ønsker med dette å gi leseren et helhetlig bilde av pasienten. Når sykepleieren har kunnskap om ROP-lidelser, rusavhengighet og tilfriskningsprosessen, som recovery er, tenker jeg det er lettere å ha forståelse for pasienten og hva denne prosessen innebærer for han. Da det er mye stigmatisering rundt ROP-lidelser og rusavhengighet, tenker jeg at mer kunnskap rundt emnet, kan bidra til å skape gode holdninger. For å skape bedre flyt når en leser oppgaven, velger jeg å omtale pasient som han og sykepleier som hun. Travelbee er opptatt av at pasienten er mennesket han er og ikke pasient. Jeg velger likevel her å bruke ordene pasient og bruker, og dette ser jeg også er gjort i litteratur som omhandler mitt tema. I kapittel 3 kommer metodedelen, der jeg beskriver metoden jeg har brukt gjennom studiet. I kapittel 4 kommer resultatdelen, der jeg kort vil presentere resultatene i forskningsartiklene. I kapittel 5 kommer drøftingsdelen, her vil jeg drøfte teori, forskning og egne erfaringer opp mot teoridelen i drøftingen.

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori

I oppgaven har jeg brukt Joyce Travelbee sin sykepleieteori, da hennes tanker i sykepleien er rettet mot de mellommenneskelige forhold, og jeg ønsker her å belyse Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi. Eksistensialismen som Travelbee snakker om "at ethvert menneske i større grad er ansvarlig for sine egne handlinger" synes jeg passer godt inn med dagens recoverytenkning. Mellommenneskelige relasjoner har stor betydning i temaet mitt, derfor føler jeg at Travelbee sitt syn på sykepleie passer godt i oppgaven min. Travelbee sier at kunnskap, og det å klare å bruke kunnskapen, er like viktig som omsorg og vennlighet. En sykepleier som bruker seg selv terapeutisk og som tar i bruk en intellektuell tilnæringsmåte, vil på denne måten kunne bygge opp et hjelpeforhold. Sykepleieren må være opptatt av hele mennesket, være seg bevisst sine holdninger om sykdom, og må tørre å involvere seg i omsorgen for det syke mennesket. Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og var i tillegg lærer på sykepleierutdanning (Travelbee, 2001, s. 21-45).

Travelbee sin definisjon av sykepleie er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren 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, 2001, s. 29).

Travelbee snakker om sykepleie som en menneskelig prosess, der en eller flere hendelser kan inntreffe mellom sykepleier og den som trenger hjelp. Prosessen gjør at sykepleiesituasjonen utvikles hele tiden. Hjelpen sykepleieren tilbyr, kan være direkte eller indirekte, men handler alltid om å hjelpe (Travelbee, 2001, s. 29-31). Å arbeide helsefremmende sier Travelbee, er å hjelpe familie og enkeltindivid til å mestre lidelse og sykdom, og forebygge ny sykdom. Undervisningen skal også hjelpe det syke mennesket til mestring og finne en mening med å bevare helsen (Travelbee, 2001, s. 34-35). En grunntanke i boken til Travelbee er at den profesjonelle sykepleieren sin oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold er kjennetegnet av at både den syke og sykepleieren forholder seg til hverandre og oppfatter hverandre som unike individer, og ikke i rollene som ”pasient” og ”sykepleier” (Travelbee, 2001, s. 171).

2.2 ROP-lidelser

Ruslidelse og psykisk lidelse i kombinasjon, kalt ROP-lidelse, blir ofte omtalt med begreper som dobbeltdiagnose og komorbiditet. Komorbiditet er betegnelse på to eller flere lidelser samtidig, mens dobbeltdiagnose ofte blir brukt ved alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. ROP-lidelse blir brukt som en samlebetegnelse på ruslidelse og psykisk lidelse i retningslinjene, selv om mange har somatiske lidelser i tillegg. Avhengig av tjenestene som mottas blir mennesket omtalt som pasient eller bruker (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). At personalet er engasjert, innehar kunnskap om ROP-lidelser og er opptatt av relasjonsbygging og kontinuitet er viktig i oppfølgingen av pasientene (Randby, 2010, s. 36). Hos personer som behandles for rusmisbruk, er ofte angstlidelser tilstede (Bakken et al., 2005, Landheim et al., 2002). Det ble funnet i en norsk befolkningsstudiet at sosial fobi, panikklidelse og generalisert angstlidelse førte til redusert livskvalitet, mens enkle fobier og tvangslidelse betydde mindre for livskvaliteten (Cramer et al., 2005, Helsedirektoratet, 2012, s. 15-32). Et godt profesjonelt arbeid for personer med ROP-lidelser krever kunnskap, ferdigheter, interesse og holdninger. Det handler om respekt, empati og evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Nok kunnskaper om de spesielle problemene pasienten sliter med kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig og lettere å akseptere. Kravene til kunnskap avhenger av hvilken

rolle den enkelte som yter tjeneste har. For å styrke kunnskap og kvalitet i tjenestene er det utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Alt helsepersonell har et selvstendig ansvar for at de arbeider i tråd med lovverket og etter faglige og etiske retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, §4). Behandling av personer med samtidige lidelser kan være etisk utfordrende, men respekten for brukeren og pasientens brukervedvirkning og autonomi er vektlagt i helsetjenesten og helselovgivningen. Det er viktig å se hele mennesket og ikke bare diagnosen (Helsedirektoratet, 2012, s. 34).

2.3 Rusavhengig

Ulike forhold påvirker ROP-lidelser og må ses i et helhetlig samspill. Rusavhengighet kan forstås som fastlåste adferds- og tankemønstre, som følge av arv, hendelser og relasjonelle opplevelser i livet (Helsedirektoratet, 2014, s. 28-29). En tidlig start med bruk av rusmidler og alvorlige symptomer som psykose kan gi økt risiko for et mer sammensatt og langvarig forløp. I det daglige snakker man om rus på to ulike måter. Det kan brukes om noe positivt, som å være i forelskelsens rus, men også som ruset av kjemiske substanser man har inntatt. Flere rusavhengige forteller om hvor fantastisk amfetaminrusen var, at alt annet ble kjedelig, men at ulempen med psykosetriggende effekter kom fort (Thommessen, 2012, s. 110-111). Erfaring og forskning viser at ROP-lidelser går i hverandre. Forskning viser i tillegg at psykiske lidelser ofte inntreffer før rusmiddelbruk og at de psykiske problemene blir forsterket av rusmidlene. I tillegg kan de psykiske lidelsene bli utløst av rusmisbruket (Gråwe, Espeland, Holter, 2009, s. 73). Rusavhengige kan få en underutviklet personlighet på områder som språk, impuls kontroll og til å klare seg selv, da rusen erstatter den sosiale treningen og hindrer normal utvikling av personlighet. Rusavhengighet er i tillegg en kronisk lidelse, der pasienten ofte trenger tid for å komme ut av avhengigheten. Det må være en balanse mellom at pasienten klarer å komme ut av rusavhengigheten og at skadeomfanget blir minst mulig. Mange rusavhengige vil oppleve varierende grad av angst gjennom prosessen, og tilbakefall er mer en regel enn et unntak (Føyn og Shaygani, 2010, s. 138-139).

2.4 Pasient – sykepleier relasjon

Pasient og sykepleier er eksperter på hver sin kant, og tar dette med seg i sitt samarbeid. Pasienten kjenner best sitt eget liv, mens sykepleier skal legge til rette for samtale, og sikre god og kvalifisert hjelp. Fokus skal være på pasientens liv og ressurser. Pasienten skal aktivt ta del i arbeidet og ta egne beslutninger. Sykepleier skal bruke sin kompetanse til å få i gang

en god dialog med pasienten (Ness, 2016, s. 70). Videre beskriver forfatteren at tillit og trygghet er grunnleggende for å klare og skape en god relasjon. Relasjoner som er basert på tillit og trygghet skaper åpenhet, og kan gjøre det enklere for personen med ROP-lidelser å stå frem med sine problemer. Om tilliten mangler mellom partene, kan dette bidra til en negativ sirkel for pasienten. Tilliten kan være stor nok til å søke hjelp, men for liten til at pasienten klarer å uttrykke hva han trenger hjelp til (Andvik, 2016, s. 154-155). Pasienter med ROP-lidelser har ofte opplevd negative opplevelser i samhandling med andre. Konsekvensen kan være at de har liten tro på egne evner og dårlig selvtillit (Randby, 2010, s. 55). Sykepleier kan bidra med å veilede pasienten, så han får økt forståelse, mer innsikt og kunnskap i sin situasjon (Fagermoen, 2001, s. 17). Kommunikasjonen må preges av gjensidig dialog der prosessen fører fram til gjensidig forståelse (Brudal, 2014, s. 16). Møte mellom pasient og sykepleier bygger på en holistisk eksistensiell sykepleiemodell og sentrale hjørnестener (Hummelvoll, 2016, s. 116). Sykepleier må være seg bevisst på å se hele mennesket, være opptatt av likeverdighet og gjensidig respekt for hverandre. En forutsetning for et godt samarbeid er å klare å se pasientens ønsker og håp (Hummelvoll, 2016, s. 39-44). Travelbee (2001) kaller sykepleie en mellommenneskelig prosess, der samarbeidet er mellom pasient og sykepleier, og det viktige er å skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Sykepleieren må ha evne til intellektuell tilnærming til pasientens problemstilling og samtidig klare å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 29-30). Respekten for menneskelivet og verdighet skal være grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal også bygge på respekt for menneskerettigheter, omsorg og barmhjertighet (NSF Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016, ingress).

2.4.1 Holdninger og stigma

Rusavhengige opplever gjerne å bli sett ned på. Mange synes synd på dem og holder litt avstand. I media og presse blir de ofte fremstilt med spesielle karaktertrekk som skitne, møkkete med knekk i knærne, slitne og med sløret blick (Lossius, 2012, s. 28). I noen tilfeller blir de gjerne møtt med dårlige holdninger. Når de i tillegg fremstår ruset og aggressiv med skremmende adferd og utagering, kan dette være med å bidra til stigmatisering. Stigmaet virker å være sterkere til personer med rusproblemer, spesielt de som bruker rusmidler illegalt, enn stigma mot personer med psykiske lidelser. Stigmatiseringen som finnes kan påvirke sykepleiers holdninger til å yte tjenester. Selvbilde til brukeren kan bli påvirket av dette stigma. Termen stigma ble skapt av grekerne, der målet var å finne kroppslige tegn og

påvise nedsettende eller uvanlige tegn på menneskets moralske status (Goffman, 1972, s. 11). Alle brukergrupper har krav på å motta de samme tjenester. En undersøkelse av åpenhet, holdninger og engasjement etter Opptrappingsplanen ble innført, viser mindre stigmatiserende holdninger og mer åpenhet i befolkningen som helhet (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Om samarbeidet mellom pasient og sykepleier kommer i ubalanse, kan relasjonen bli utfordrende. Dette kan føre til at det ikke blir reell medvirkning fra bruker sin side. Etter norsk lov plikter myndighetene å ha en holdningsskapende effekt som skal forebygge stigmatiseringen av enkeltgrupper i samfunnet, og legge til rette for at alle får likeverdig behandling. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at alle pasient- og brukergrupper har samme rettigheter (Helsedirektoratet, 2014, s. 31).

2.5 Recovery

Opprør har en viktig plass i recovery. Sin opprinnelse, har begrepet recovery fra ulike demonstrasjoner i USA, der det på 1960-tallet startet med opprør i kampen for rettigheter til funksjonshemmede. Senere ble det gjort opprør av andre grupper, opprør mot å bli holdt utenfor, mot undertrykkelse, og krav om nødvendig hjelp. Recovery kom til Norge på 1990-tallet med nye begrep og perspektiver (Borg og Karlsson, 2018, s. 57-58). Utgangspunktet for recovery er at bedring er en personlig og sosial prosess der målet er et meningsfullt liv for pasienten, med de begrensninger som måtte følge. Sykepleier sin oppgave er å støtte opp under pasientens tilfriskningsprosess, der målet er å endre pasientens holdninger til å ha tro, håp og verdier om at han kan komme tilbake til et meningsfullt liv. Pasienten må få hjelp til å utvikle ferdigheter, så han kan ta mest mulig ansvar for eget liv. Støtten fra sykepleier til pasient baserer seg på forutsigbare, likeverdige og trygge relasjoner, samtidig som samarbeidet er knyttet til sosiale forhold, personlige forhold og lokale omgivelser (Helsedirektoratet, 2014 s. 31-32). Regjeringen har ROP-lidelser som et av sine satsingsområder og kom med en opptrappingsplan for rusfeltet for perioden 2016-2020. Her ble det vektlagt tidlig innsats, behandling og ettervern. Ett av hovedmålene var å sikre en bedre og tryggere tjeneste med brukermedvirkning, og brukeren i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2017) har i sitt hefte ”100 råd som fremmer recovery” skrevet om recovery som et ord med to betydninger. Recovery deles inn i klinisk og personlig recovery, der klinisk recovery brukes om hjelpen helsepersonell gir pasienten, med å gjenvinne hverdagslivet, sin sosiale funksjon og fjerne symptomer. Personlig recovery går ut på å flytte fokus fra behandling til

økt trivsel for pasienten, med vekt på en helhetlig forståelse av pasienten (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2017, s. 12). Oppmerksomheten rundt personens hverdagsliv og hva det betyr å ha sosialt fellesskap, bolig og et arbeid har økt (Borg, 2016 s. 27-42). Recoveryprosessen forutsetter at fagmiljøene rundt pasienten innehar kunnskap og kompetanse til å støtte pasienten på veien. Håp, mening, tilhørighet og følelse av kontroll er viktig for pasienten å kjenne på gjennom recoveryprosessen, samtidig som pasienten har både rettigheter og forpliktelser som en vanlig samfunnsborger (Biong og Hummelvoll, 2018, s. 112). I forskningsrapporten *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid* (Karlsson og Kim, 2015, s. 8) viser funnene at sykepleierne som følge av sine arbeidsmåter med vekt på mestring av hverdagen også legger vekt på recoveryorientert sykepleiefaglighet, ved å lytte til, støtte og respektere brukerens valg.

2.5.1 Brukermedvirkning

Et mål og en rettighet er at brukeren skal være aktivt involvert i valget av behandling. Utfordringen ligger ofte i hvilken grad og hvordan bruker i praksis har muligheten for egne valg. For å kunne møte brukeren på hans premisser og yte gode tjenester, er det nødvendig at sykepleier har god kunnskap om rusmiddelbruk og psykiske lidelser. En viktig oppgave er å sikre at brukerne får likeverdige og helhetlige tjenester og at brukermidvirkningen er reell. Individuell plan (IP) er brukerens egen plan og den skal ta for seg brukerens ønsker, behov og mål (Helsedirektoratet, 2014, s.16-21). En integrert behandlingsform har behandlingsplaner som er fleksibel og tar hensyn til pasientens behov. Utgangspunktet er at pasienter med dobbeltdiagnoser selv har en viktig rolle i behandlingen, ved å håndtere sin lidelse og oppnå mål i behandlingen (Mueser et al., 2006, s. 39). FN sine menneskerettigheter fra 1948 er utgangspunktet for brukermidvirkning. Retten til å leve et verdig liv uansett situasjon, tilstand og samfunn er sentralt i disse rettighetene (Hummelvoll, 2016, s. 84). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienten har rett til medbestemmelse ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.5.2 Empowerment

Empowerment sees som en prosess der personer får økt kontroll over helsetilstanden sin og mulighet til bedring av helsen. Utgangspunktet skal være personens ressurser og evne til å ta kontroll over eget liv. Den viktigste aktøren er brukeren, som best kan definere egne problemer og i fellesskap med andre tjenester, finne løsninger på problemet.

Brukermedvirkning er viktig i behandlingstilbudet, men å mestre dagliglivet ansees som viktigst for bedring av helsen (Helsedirektoratet, 2014, s. 30-31). Kårhild Husom Løken (2008) har i sin masteroppgave skrevet om ”Felleskap, styrke og stolthet - Om empowermentprosesser i praksis”. Prosjektarbeidet er gjennomført i perioden 2004-2007. Målet med prosjektet var å styrke brukermedvirkningen i psykisk helse og få til et godt samarbeid mellom bruker og sykepleier, som skulle baseres på likeverdig kommunikasjon og gjensidig respekt. Deltakerne mente at håp var viktig for livskvalitet (s. 101) og fellesskap med andre (s. 104). Prosjektet konkluderte med at empowerment måtte være tilstede for å oppnå brukermedvirkning som var reell (Løken, 2008, s. 118).

2.5.3 Rus- og psykisk helsearbeid i kommunen

Kommunen har ansvar for personer med omfattende problemer og alvorlige lidelser. I St.meld. nr. 25 *Åpenhet og helhet* (1996-97) legges grunnlaget for bedre og tverrfaglige tjenester til personer med psykiske lidelser. Tjenester som tilbyes skal tilpasses brukerne sitt behov (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1996-97, s. 15). Ansvaret for tjenester til personer med ROP-lidelser følger av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1). Tjenestene kan omfatte ulike tilbud som hjelp til å finne bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering og individuell plan. Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal gi befolkningen et forsvarlig tjenestetilbud, i tillegg skal kommunen sette inn forebyggende tiltak. Kartleggingsverktøyet BrukerPlan, brukes for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problemer blant tjenestemottakere i kommunen, og gi bedre oversikt over brukernes situasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 76). Personer med ROP-lidelser er en pasientgruppe som ofte har stort behov for tverrfaglige tjenester på flere nivåer. St.meld. nr. 47 *Rett behandling-på rett sted-til rett tid* legger vekt på mer kunnskap for å avdekke rusproblemer før de får utvikle seg (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 67). I St.meld. nr. 30 *Se Meg! alkohol – narkotika – doping* står det at utfordringer knyttet til rusavhengighet må møtes gjennom tverrfaglig samarbeid, der en må satse på forebygging og tidlig innsats (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011-2012, s. 25). I Opptappingsplanen for rusfeltet for perioden 2016-2020, blir det vektlagt tidlig innsats, behandling og ettervern. Hovedmålet er å sikre bedre og tryggere tjenester ved å anerkjenne brukernes erfaringskunnskap og ha brukeren i sentrum (Helse- og Omsorgsdepartement, 2015-2016, s. 6). Kunnskap og kompetanse må være tilstede om samfunnet skal klare å forebygge psykiske lidelser og rusmiddelbruk. Samfunnet må i tillegg sette inn tiltak som fører til at levekår og helseproblemer kan bedres

(Helsedirektoratet, 2014, s. 39). Forskningsrapporten ”*Her tar de tingene i henda og gjør noe med det*” (Biong og Soggiu, 2015), er en rapport som handler om recovery i et kommunalt tiltak, som gir tjenester til pasienter med ROP-lidelser. Her har forskerne intervjuet 13 brukere med samtidige lidelser, som mottok oppfølging fra et psykisk helse- og rus team i en bydel i Norge. Hovedfunnet her var at brukerne følte at ”her tar de tingene i henda og gjør noe med det”. Funnene tydet på at livskvaliteten til brukerne var knyttet til relasjoner med teamet. Deltakerne fikk tiltro til de ansatte ved at samarbeidet gikk over tid og var preget av anerkjennelse og respekt.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Når en skal velge metode, må en velge utfra hva som gir de beste forutsetninger for å finne nye og gode data, og hva som best kan belyse problemstillingen på en faglig, interessant måte (Dalland, 2017, s. 51). Oppgaven her er et litteraturstudium, der jeg har funnet relevant litteratur i bøker og tidsskrifter. Videre har jeg søkt etter forskningsartikler i ulike databaser. Hensikten med en litteraturstudie er å få frem ny og oppdatert kunnskap om det temaet problemstillingen handler om, og hvordan man har gått frem for å finne denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

3.2 Fremgangsmåte

Databasene som ble søkt i var: SveMed+, PubMed, Cinahl, Idunn, Oria og Google Scholar. Først søkte jeg i SveMed+. Her fant jeg noen få artikler, men ingen jeg synes var relevante. Søkene i Cinahl og PubMed gav mange treff. Her plukket jeg ut 16 artikler og leste sammendragene på disse. Deretter satt jeg igjen med 9 artikler jeg synes var relevante. Etter å ha oversatt alle 9 artiklene og lest både sammendrag, metode og resultat, satt jeg igjen med 6 artikler som jeg har inkludert i oppgaven. Jeg fant også flere artikler på frisoek i Google Scholar. Videre fant jeg relevante artikler i tidligere bacheloroppgaver som jeg ønsket å ha med. Ved hjelp av respektive søkeord fant jeg disse artiklene i Cinahl og PubMed. Jeg har også benyttet meg av skolens bibliotek og Oria søketjeneste for å kontrollere at artiklene var fagfelleurderte, og for å få artiklene i full tekst. Relevant faglitteratur og lenker til forskningsartikler fant jeg på nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Her fant jeg også flere norske artikler som var fagfelleurderte.

Tidsskrifter for psykisk helsearbeid, og nettsiden til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), om ROP-lidelser og recoveryorientert arbeid har vært til god hjelp. Thidemann (2015) sin bok *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* har også blitt brukt. For å finne ulike tidsskrifter, offentlige papirer, rapporter eller avhandlinger har jeg brukt Google som søkemotor. Jeg har brukt tid på å søke rundt og lete etter fagstoff i ulike nettadresser, medisinske artikler, utenlandske tidsskrifter, norske tidsskrifter og mange ulike frivillige organisasjoner i tillegg til offentlige institusjoner. Lovverk og paragrafer har jeg tatt fra Lovdata sin nettside. Når jeg leste artiklene vektla jeg både pasient- og brukerperspektivet, og sykepleierperspektivet, da jeg ønsket å få frem et helhetlig bilde på hvordan det fungerte å arbeide recoveryorientert. Fra brukerens side ønsket jeg å vite hva som var viktig i møte med sykepleiere, og hvordan de følte behandlingen og støtten var til hjelp. Fra sykepleierens ståsted ønsket jeg svar på hvordan sykepleierne arbeidet for å oppnå recoveryorienterte tjenester, og hvilke erfaringer de hadde med denne måten å arbeide på. Artiklene jeg har funnet vil bli kort presentert senere i oppgaven. Videre vil jeg drøfte artiklene opp mot annen teori og egne erfaringer fra praksis. MeSH søkebase ble brukt for å oversette norske ord til engelsk. De engelske ordene ble deretter brukt i ulike databaser for å finne artiklene jeg har inkludert. Søkeord var: sykepleier-pasient relasjon, første-person perspektivet, terapeutisk allianse, terapeutisk relasjon, recovery, recoverymodell, recoveryorientert praksis, behandling, rusmiddelforstyrrelse, behandling av narkotikamisbruk, stoffbruk, rusavhengig, rusproblemer, dobbeltdiagnose, samtidige lidelser, motivasjon, mestring, håp, livskvalitet.

3.2.1 Søkeprosessen

Ved bruk av søkeordene: diagnosis dual, dual recovery, first-person perspectives, therapeutic relationships, rehabilitation, drug rehabilitation, nurse-patient relation, recovery programs, recovery-oriented practice, mental health, recovery-oriented rehabilitation, co-occurring disorders, drug abuse, therapeutic alliance, substance use disorders, social relationships, recovery, fant jeg gjennom 6 ulike søk, tilsammen 96 forskningsartikler i søkebasene Cinahl og PubMed og 6 av artiklene er plukket ut og inkludert i oppgaven.

Søkeprosessen ligger som vedlegg nummer 1 i oppgaven.

3.3 Metodekritikk

En metode sier oss noe om hva vi bør se etter, hvordan utføre å finne ny kunnskap og etterprøve kunnskap som allerede er. Metoden skal belyse problemstillingen på best mulig måte. I oppgaven min har jeg gjennomført et litteraturstudium hvor jeg har søkt etter studier med kvalitativ metode. I mange kvalitative metoder brukes et strategisk utvalg, dette er ofte enkeltmennesker eller grupper som har ønsket å være med i undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 51-56). Det finnes mengder med litteratur; i bøker, tidsskrifter og på internett. Når man skal finne relevant litteratur og forskning er det viktig å ha kritiske briller på. Er kilden innenfor problemstillingen du vil skrive om? Er det ny kunnskap? Når det gjelder litteratur fra bøker, bør man mellom annet kontrollere om det er et kjent forlag, om boken er innenfor tema, om boken gir en riktig fremstilling av det du vil skrive om, og om boken har et godt språk. Bøkene som det refereres fra og hentes litteratur fra, er pensumbøker fra studieløpet mitt, i tillegg til bøker som omhandler tema, lånt fra skolebiblioteket. I hovedsak er det brukt primærkilder, men det kan ha forekommet bruk av sekundærkilder. Jeg har også lest og anvendt offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, veiledere og relevant lovverk. Databasene jeg valgte å søke i er HVL (Høgskulen på Vestlandet) sin anbefaling av helsefaglige databaser. Ved søk på ulike nettsider bør man blant annet sjekke sidens opphav, om det er oppgitt kilder, og om det er informasjon du trenger. Ved vitenskapelige artikler er det viktig å kontrollere kvaliteten på artikkelen, publiseringsdato, og om den holder akademisk høy kvalitet. I denne oppgaven er kvaliteten kontrollert ved å anvende verktøyer funnet på Kildekompasset (2015). Alle artiklene som jeg har med i oppgaven er fagfelleverderte og de ulike tidsskriftene artiklene stod i er plassert på nivå 1, i NSD (Norsk senter for forskningsdata) sitt kanalregister. Denne oppgaven skal handle om hvordan jeg som sykepleier kan støtte i recoveryprosessen hos brukere med ROP-lidelser, der relasjonsbygging og hjelp tilbake til hverdagslivet er viktig. Artikler som jeg fant relevant er tatt med.

3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler

I oppgaven min har jeg brukt 6 forskningsartikler, der 5 er kvalitative og én er en litteraturstudie hvor studiene som er inkludert er av kvalitativt design. I kvalitativ forskning blir erfaringer, opplevelser og meninger synliggjort på en systematisk måte. Kvalitativ forskning kan ha både styrker og svakheter. Styrken kan være at menneskelige erfaringer blir vektlagt og at brukeren og pasienten kan komme med egne meninger. Svakheten kan være at det da er rom for tolkning, da det er brukerens og pasientens egne meninger som kommer fram og forskerne kan ha ulike tanker og meninger rundt aktuelle tema (Dalland, 2017, s. 52-

54). Fem av artiklene jeg har anvendt er norske og én er dansk, men alle er publisert på engelsk. Artiklene er publisert etter 2010 og alle artiklene er hentet fra anerkjente tidsskrifter på nivå 1 i NSD sitt søkeregister. Etter gjennomlesing av sammendrag i artiklene jeg fant, ble mange forkastet og nye funnet. At så mange artikler var norske kom til etterhvert, da jeg så det var mye ny forskning, og det var gjort flere studier på emnet jeg ville skrive om. Den ene artikkelen jeg fant *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives* (Ness, Ottar., Borg, Marit., Davidson, Larry., 2014) var en litteraturstudie, som inkluderte 7 engelske og nordiske artikler. I flere av de andre artiklene var det de samme forfatterne som gikk igjen. Flere av artikkelforfatterne stod også som forfattere i bøker jeg har benyttet. Dette så jeg som en styrke, da de var erfarne forfattere og forskningen var av nyere dato. At artiklene var norske gjorde det også lettere å identifisere seg med innholdet, da det var brukere/pasienter som var kjent med helsevesenet her. Styrken kan være at jeg hadde funnet flere ulike resultater om jeg hadde brukt artikler fra flere land, med annet fungerende helsevesen enn her. Mye av forskningen jeg har funnet er av nyere dato, den nyeste artikkelen er fra mars 2019. Ingen av artiklene som er med i studien er eldre enn 10 år. En svakhet ved resultatet av artiklene kan også være at jeg har oversatt de fra engelsk, noe som kan ha medført feil i oversettingen fra min side, da engelsk ikke er mitt morsmål. For å kontrollere kvaliteten på artiklene har jeg brukt Oria, skolens bibliotek og støttet meg på ulike verktøy funnet på Folkehelseinstituttet (2014) og Kildekompasset, som er et nettsted utviklet for samarbeid mellom ulike høyskoler, med fokus på kvalitet i akademisk skriving.

3.5 Etikk i oppgaveskriving

Etikk sier noe om hvordan vi skal oppføre oss i møte med andre mennesker. Personvernet skal sikres, mennesket skal bli ivaretatt og belastninger som er unødvendige skal unngås. Det er viktig at enkeltindividet beholder sin verdighet og integritet. I arbeidet her er retningslinjene til Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen viktige. Ethiske interessekonflikter kan oppstå mellom forskere som utfører forskningen og personene som er inkludert i undersøkelsen. Norsk senter for forskningsdata og de Nasjonale forskningsetiske komiteene sine veiledninger og råd må følges, for å ivareta de forskningsetiske normer (Dalland, 2017, s. 235-236). Forskningsartiklene i oppgaven er godkjente utfra forskningsetiske retningslinjer. Artiklene jeg har valgt å ta med har alle beskrevet etiske hensyn som er gjort i studiet og har godkjenning fra etiske komiteer. Jeg vil presentere en pasienthistorie i drøftingskapittelet. Pasienthistorien er laget på bakgrunn av erfaringer og alle opplysninger er anonymisert.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

Her vil jeg kort presentere de ulike artiklene hver for seg, med et sammendrag til slutt.

Artiklene er lagt inn i litteraturmatrise, se vedlegg 2.

Artikkel 1)

Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives

Studien er en litteraturstudie, som inkluderer 7 engelske og nordiske artikler. Hensikten var å se på utfordringer i behandlingen av personer med ROP-lidelser. Studien fremhevet viktigheten av et meningsfylt hverdagsliv, ha fokus på å styrke recoveryprosessen og ha et støtteapparat rundt seg. Brukerne følte noen ganger at de fikk motstridende informasjon fra helsepersonell (Ness, Ottar., Borg, Marit., Davidson, Larry., 2014).

Artikkel 2)

Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses

Studien skulle undersøke relasjonenes betydning i recoveryprosessen. Helsepersonell i to ulike avdelinger deltok i studien. Selv om avdelingene opplevde det terapeutiske forholdet ulikt, så var det enighet om at relasjoner til pasientene var viktig i behandlingsforløpet (Hoxmark, Ellen Margrethe., Wynn, Rolf., 2010).

Artikkel 3)

Treatment and recovery as perceived by patient with substance addiction

Studien viser at brukerne mente det var viktig med gode relasjoner til helsepersonell, og det var av stor betydning at de hadde støtte fra andre pasienter i samme situasjon (Nordfjærn, T., Rundmo, T., Hole, R., 2010).

Artikkel 4)

From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program

Studien omhandler hvordan overgangen fra et medisinsk fokus til tilfriskningsmodellen oppleves for helsepersonell, når det tilrettelegges og settes fokus på recovery som behandling for pasienten. Funnene viste at helsepersonellet ble mer håpefull og optimistisk for pasientens muligheter til et bedre liv (Dalum, Helle Stentoft., Pedersen, Inge Kryger., Cunningham, Harry., Eplov, Lene Falgaard., 2015).

Artikkel 5)

Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders

Studien beskrev hvordan personer med samtidige lidelser opplevde hjelpen de fikk fra helsepersonell. Pasientene svarte at det var viktig å bygge tillit. Pasientene verdsatte også helsepersonell som uttrykte tro på brukernes muligheter for et bedre liv (Brekke, E., Lien, L., Biong, S., 2018).

Artikkel 6)

How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study

Den nyeste artikkelen i søket mitt er publisert i mars i år. Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning sosiale relasjoner hadde for pasientene, gjennom tilfriskningsprosessen. Funnene tyder på at gode relasjoner er en viktig del for å klare og holde seg rusfri (Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., Davidson, L., 2019).

4.2 Sammendrag av resultatene

Artikkel nummer 3, 5 og 6, jf. kapittel 4.1 Presentasjon av artiklene, viser studier der pasientene mener det er viktig med gode relasjoner til helsepersonell for at tilfriskningsprosessen skal gå best mulig. Et meningsfullt hverdagsliv, vil for brukerne bety et liv med aktiviteter, kontakt med venner og familie, det å bety noe for andre og være en

samfunnsborger til nytte (Nordfjærn et al., 2010, Brekke et al., 2018, Pettersen et al., 2019). I Nordfjærn et al. sin studie (2010) ble det også vektlagt kontakt med medpasienter, da disse ofte viste en større forståelse for pasientens situasjon enn familie og venner. Artikkel nummer 2 og 4, jf. kapittel 4.1 Presentasjon av artiklene, omhandler helsepersonell sin erfaring med tilfriskningsprosessen. I disse ble det fremhevet betydningen av gode relasjoner til pasienten. Studiet viste også at mer kunnskap om hva tilfriskningsprosessen gikk ut på, var med på å endre personalets holdninger til hva prosessen innebar. Fokus ble da flyttet fra pasientens sykdom til pasientrettet behandling (Hoxmark et al., 2010, Dalum et al., 2015). Artikkel nummer 1, jf. kapittel 4.1 Presentasjon av artiklene, er en litteraturstudie der forskerne har undersøkt 7 ulike artikler fra ulike land. Artiklene er funnet etter søk gjort i ulike søkebasen fra januar til september 2013 (Ness et al., 2014). Litteratormatrise ligger vedlagt som vedlegg 2.

5.0 Drøfting

Jeg vil drøfte oppgavens problemstilling i lys av tidligere presentert forskningslitteratur og teori. Egne erfaringer blir også tatt med for å drøfte de ulike aspektene som er relevant for problemstillingen.

Hvordan kan sykepleier bruke recoveryorientert tenkning i møte med mennesker med rus- og psykiske lidelser?

5.1 Mellommenneskelige forhold

Per var 41 år og rusavhengig. Han var pasient på avdelingen der jeg var sykepleierstudent, og ble mitt første møte med pasienter i aktiv rus. Per hadde vært rusavhengig gjennom store deler av sin ungdomstid til voksen alder. Han hadde mange brutte relasjoner bak seg, og flere behandlingsopphold med kortvarig effekt. Han var nylig flyttet til avdelingen og var i starten av relasjonsbyggingen til menneskene rundt seg. Travelbee sier at i et menneske-til-menneske-forhold, etableres det et unikt forhold til hverandre, og at det i stedet for sykepleier-pasient rollen, er viktigere å se hverandre som hele mennesker. Dette med viktigheten av å se hverandre, tenker jeg er ekstra betydningsfullt i møte med en rusavhengig med psykiske lidelser, da flere av disse pasientene gjennom livet er blitt relasjonsskadet. Sykepleieren må evne å se hver enkelt som et unikt menneske. Målet for all sykepleie er å hjelpe den syke, men ofte blir handlingen målet i seg selv, mens årsaken til handlingen forsvinner. Med dette menes

at sykepleieren blir så opptatt av å hjelpe pasienten med hans plager, at årsaken til hvorfor pasienten har problemer lett kan bli glemt. Jeg tenker at om pasienten hadde blitt møtt med samtale som en likeverdig, kunne han gjerne unngått behandling. Behandlingen er ofte ikke nødvendig, da det gjerne handler mer for pasienten å bli sett og føle seg verdifull.

Grunnleggende verdier for sykepleie, er å opprettholde verdighet og integritet hos pasienten. Sykepleie skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF, 2017). I recoveryprosessen vektlegger Travelbee (2001) det at sykepleieren er terapeutisk i sin tilnæringsmåte med mennesket, da dette ansees som like viktig som evnen til å utføre en oppgave i praksis. Selv om menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess, er det ikke pasienten, men sykepleieren som er ansvarlig for etableringen av forholdet (Travelbee, 2001, s. 77-79). Hummelvoll (2016) støtter Travelbee i dette synet selv om han beskriver forholdet som et sykepleier-pasient felleskap. Hummelvoll ytrer at menneskene møter hverandre likeverdig, og mener at dette er selve fundamentet for relasjonsbyggingen (Hummelvoll 2016, s. 38-39). Sykepleier kan støtte seg på teorien til både Travelbee (2001) og Hummelvoll (2016) i møte med Per. For å utøve omsorg som er ekte må sykepleier inneha en holdning som anerkjenner pasienten og situasjonen hans (Hummelvoll, 2016, s. 39-44). Jeg fikk erfare betydningen av opplevelse i menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og bruker i min praksis. At sykepleieren tok seg tid til å bli kjent med menneske og møtte brukeren likeverdig, gjorde at sykepleier fikk tillit og klarte å oppnå god relasjon. I tråd med recoverytenkningen var et viktig fokus at pasienten følte seg sett og forstått, dette bidro til at tilfriskningsprosessen gikk lettere. Travelbee er også opptatt av måten sykepleieren tilnærmer seg pasienten på. Selv om det er sykepleier som har fagkunnskapen, skal hun ikke være belærende ovenfor pasienten, da pasienten kan føle seg mindreverdige i møte med sykepleier (Travelbee, 2001, s. 41-45). Studiet til Hoxmark et al. (2010) viste at personalet opplevde gode relasjoner til brukerne som sentralt i behandlingen, herunder forståelse og tillit mellom helsepersonell og pasient. Brekke et al. (2018) sin studie viste at pasientene mente det var viktig å bygge tillit gjennom at personalet gav de håp, var ærlige og hadde forventninger til dem. Erfaringen min fra praksis viser også verdien av å bli kjent med mennesket bak rusavhengigheten, og vise forståelse for den enkelte bruker. En etisk utfordring i den mellommenneskelige kontakten kan være at sykepleier har negative holdninger til rusavhengige som kan gjøre relasjonsbyggingen vanskelig. Rusavhengige har som tidligere beskrevet, ofte blitt fremstilt i media som skitne, møkkete med knekk i knærne og sløret blikk (Lossius, 2012, s. 28). Stigmatiseringen som finnes kan påvirke sykepleieren sine holdninger til å yte tjenester, selv om hun ikke har noe ønske om det i utgangspunktet.

Selvbildet til brukeren kan bli påvirket av stigmaet han føler, hvilket kan igjen gjøre menneske-til-menneske kontakten vanskelig. Grunnforståelsen til sykepleier kan vises igjen i hvordan hun møter pasientens problemer (Hummelvoll, 2016, s. 182). I studien til Ness et al. (2014) mente brukerne at det å ha en meningsfull hverdag gav de mulighet for mer stabilitet i livet. Det å føle på at de hadde et meningsfullt liv forenklet også tilfriskningsprosessen, og gav de følelsen av å være et menneske med verdi i samfunnet og en følelse av normalitet. Sykepleier kan med recoverytenkning hjelpe pasienten med å tilrettelegge for en meningsfull hverdag, ved å være åpen, møte bruker på en likeverdig måte og se hele mennesket. Fokuset skal være på pasientens liv og ressurser, og han skal aktivt ta del i arbeidet og ta egne beslutninger. Sykepleieren skal bruke sin kompetanse til å få i gang en god dialog med pasienten (Ness, 2016, s. 70). Mange av brukerne jeg møtte i min praksis, gav uttrykk for at et varmt, vennlig smil og et fast håndtrykk gjorde at de følte seg sett. Brukeren sanset også veldig fort om smilet og omsorgen til sykepleieren var ekte. Her vil jeg støtte meg til Biong og Soggiu (2015) sin rapport ”her tar de tingene i henda og gjør noe med det” der deltakerne fremhevet at de fikk tiltro til de ansatte ved at samarbeidet gikk over tid, og at det var preget av anerkjennelse og respekt. Brukerne i studien følte at sykepleierne gav de håp og tillit, og så de som det hele mennesket de var. Spesielt registrerte jeg at når sykepleieren satte seg ned med pasienten og rettet sin oppmerksomhet mot han, ved å vise interesse, lytte og ha et åpent sinn, åpnet pasienten opp om sine problemer. At en god relasjon bygger på tillit og respekt mellom sykepleier og pasient kommer også frem i forskningsrapporten til Biong og Soggiu (2015), som er omtalt tidligere i oppgaven. Her forteller brukerne som deltok i studiet at gode relasjoner med sykepleierne hadde stor betydning for deres livskvalitet (Biong og Soggiu, 2015).

5.2 Tillitsfulle relasjoner med vekt på etikk, holdninger, håp, likeverd og respekt

Det ble tidlig klart for alle at Per hadde liten tillit til helsepersonell og helsevesenet generelt. Som tidligere skrevet har mange rusavhengige liten tillit til hjelpeapparatet, da de ofte har møtt på dårlige holdninger og stigmatisering. Om sykepleierne gir ulik informasjon kan dette føre til usikkerhet. Som studiet til Ness et al. (2014) viser, så følte brukerne at de flere ganger fikk motstridende informasjon av helsepersonell. Andvik (2016) nevner at sykepleiere som klarer å vise sårbarhet, møtes med tillit og hengivenhet hos pasienten. Tillit og trygghet er grunnleggende for å klare å skape en god relasjon, og pasienten sin opplevelse av tillit til sykepleier, oppleves som en trygghet (Andvik, 2016, s. 154-155). Ness (2016) formidler at de

valg, og den innsats, pasient og sykepleier i samarbeid tar, representerer en relasjonell etikk (Ness, 2016, s. 59). Å lytte til pasienten, og la pasienten fortelle med egne ord om sin verden, er det første steget på veien for å overvinne undertrykkelse. Jeg tenker at det her er viktig for selvbestemmelsesretten og verdigheten til pasienten at han får forteller sin historie selv. Ofte kan sykepleier være forutinntatt av å lese pasientens historie på forhånd, da denne kan være farget av holdningene til den som har skrevet i pasientjournalen. På den annen side kan dette være av betydning for pasientens opplevelse av situasjonen. Pasienten har rett til pleie og behandling, og sykepleier har en plikt til å støtte pasienten i behandlingen. FN sin menneskerettighetserklæring fra 1948 (Hummelvoll, 2016, s. 84) sier at grunnlaget for rettigheter er menneskeverdet. Uansett hvilke ytre forhold som spiller inn, så har ethvert menneske rett til å opprettholde sin verdighet, uavhengig av pasientens fysiske tilstand, intellekt eller moral. Pasientrettighetsloven skal sikre pasientens verdighet og gi god behandling. Sykepleier skal møte pasienten med omtanke, respekt for individet og ivareta taushetsplikten (Hummelvoll, 2016, s. 83-86). Hummelvoll (2016) sier at før et forhold basert på tillit oppleves som verdifullt, må behovet for tillit være der (Hummelvoll, 2016, s. 91). Dette fikk jeg selv erfare i praksis, da ikke alle pasientene hadde tillit til meg som sykepleierstudent. Flere av pasientene var utprøvende og stilte meg til veggs med en utfordrende måte å være på. Ved å møte pasientene med åpent sinn, sette meg ned og gi min oppmerksomhet, viste jeg at vi var likeverdige og pasientene gav meg tillit. Behovet for tillit var der og tillitsfulle relasjoner kunne utvikles. Pasient og sykepleier blir emosjonelt påvirket av hverandre i en terapeutisk relasjon, slik den er beskrevet hos Travelbee (2001). I samhandling med rusavhengige pasienter, kan sykepleier oppleve emosjonelle negative reaksjoner. Dette gjør at mange rusavhengige kan føle de møter mer motstand enn andre pasientgrupper, i møte med sykepleier. Mange rusavhengige kan i tillegg ha en aggressiv oppførsel og være avvisende, og dette fører til hjelpeløshet hos personalet. Her tenker jeg at med recoveryorientert tenkning hos sykepleierne, kan pasienten oppleve behandlingen som positiv, og sannsynligheten for å fullføre behandlingen blir større. Pasientene som følte at sykepleierne var der for dem, fullførte også oftere behandlingen. Dette viser at holdninger og følelser hos sykepleier spiller en viktig rolle for effekten av behandlingen. Studien til Brekke et al. (2018) beskriver hvordan personer med ROP-lidelser opplevde hjelpen de fikk fra sykepleiere. Her mente pasientene at det var viktig å bygge tillit gjennom å gi håp, forpliktelser, være ærlig og ha forventninger til pasienten. Studien viste også at det var viktig for pasientene at sykepleieren trodde på muligheten pasienten hadde for et bedre liv, at dette gav pasientene håp om bedring. Travelbee skriver at mennesker er i stand til å mestre

vanskelige og vonde situasjoner, lidelse og nederlag, så lenge de har håp. Det var håpet Per hadde, håpet om en bedre hverdag, det gav han aldri gitt opp. Travelbee vektlegger også at pasienten som har håp ønsker at livet skal bli forandret, men at øyeblikket der han er, er alt pasienten har (Travelbee, 2001, s. 117-119). Etter norsk lov plikter myndighetene å ha en holdningsskapende effekt som skal forebygge stigmatiseringen av enkeltgrupper i samfunnet, og legge til rette for at alle skal få en likeverdig behandling. Etter flere tv-programmer og dokumentarer som viser enkeltskjebner om rusavhengige, har jeg en formening om at mange har fått et endret syn på pasienter med ROP-lidelser. Ved at vi har fått innblikk i deres liv, tenker jeg mange har fått endret sine holdninger og stigma til denne pasientgruppen. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-1) skal sikre at alle pasient- og brukergrupper har samme rettigheter. Åpenhet blir skapt av relasjoner som er basert på trygghet, og det kan da føles enklere for personen med ROP-lidelser å stå frem med sine problemer. Studien til Pettersen et al. (2019) viser at gode relasjoner til sykepleierne var viktig for å komme seg gjennom tilfriskningsprosessen. I media og presse blir rusavhengige ofte fremstilt med spesielle karaktertrekk, som skitne, møkkete, knekk i knærne, slitne og med sløret blikk (Lossius, 2012, s. 28). I denne sammenheng er det interessant at Goffman (1972) skriver at stigmatiseringen kan påvirke sykepleier sine holdninger til å hjelpe, hvilket kan igjen virke inn på pasientens selvbilde (Goffman, 1972, s. 11). I recoverytenkningen vektlegges også god kommunikasjon, der dialogen bør være gjensidig og prosessen må føre fram til gjensidig forståelse. Som sykepleier skal en være seg bevisst på å se hele mennesket, være opptatt av likeverdighet, gjensidig respekt og ha en anerkjennende holdning. Med dette menes at sykepleier må være til stede i samtalen og ha oppmerksomheten sin rettet mot pasienten. Omsorg og relasjonsbygging er sentralt i sykepleien, det handler om menneskelige trekk, der pasienten klarer å være åpen om han er trygg på relasjonen, og føler at sykepleier har vilje til å forstå. Omsorg dreier seg om å kartlegge behov, skape trygghet, utvikle tillitsfulle samarbeidsforhold og bry seg om mennesket (Hummelvoll, 2016, s. 77). Per kjente denne ekte omsorgen han fikk og måten sykepleierne kom han i møte på. Dette gjorde igjen at Per fikk mer tillit til personalet på avdelingen og selv begynte å ønske kontakt. Dette støttes av teorien til Andvik (2016), som sier at sykepleieren skal bruke sin kompetanse for å få en god dialog med pasienten (Andvik, 2016, s. 155). I Helsedirektoratet sin veileder *Sammen om mestring* (2014) står det om recoverytenkningen at det er pasienten selv som skal ta ansvar for prosessen, med sykepleier som støtte under pasientens tilfriskningsprosess. Det er brukeren som er ekspert på seg selv og sykepleierens oppgave er å formidle til bruker, troen på et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Sykepleierne opplevde at Per klarte å være i relasjoner og

ha fokus på behandlingen. Han hadde fått troen på at hverdagen skulle bli mer meningsfull. Hummelvoll (2016) sier at en forutsetning for et godt samarbeid er å klare å se pasientens ønsker og håp (Hummelvoll, 2016, s. 39-44). Hos mennesker med ROP-lidelser, tenker jeg at det her handler om at sykepleier må evne å se forbi pasientens lidelse, og se mennesket bak rusavhengigheten, som hele mennesket han er.

5.3 Kvalitet i tjenesten i recoveryarbeidet

I Helsedirektoratet sin veileder *Sammen om mestring* (2014) står det at recovery sitt utgangspunkt er at bedring er en personlig og sosial prosess der målet er et meningsfullt liv for pasienten, med de begrensninger som måtte følge. Med dette menes det at pasienten skal ha et hverdagsliv og et miljø som han kan trives i, med relasjoner til mennesker rundt seg som tror på han. Helsepersonell sin oppgave skal være i denne sammenheng å støtte opp under pasientens tilfriskningsprosess, der målet er å endre pasienten sine holdninger til å ha tro og håp om et meningsfullt liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Dette støttes i teorien (Borg og Karlsson, 2018) som sier at recovery handler om å tro på muligheter, holde fast i håpet og stille krav om sine rettigheter (Borg og Karlsson, 2018, s. 60). Brukeren er ekspert på seg selv og sykepleiers oppgave er å formidle til bruker, troen på et bedre liv. Dette betyr at det er pasienten selv som skal gjøre jobben gjennom recoveryprosessen, men støttes opp av sykepleier (Helsedirektoratet, 2014, s. 31-32). Per som nå hadde vært i avdelingen i noen uker, hadde begynt å åpne seg om sine problemer. Han sa selv at han opplevde den menneskelige kontakten som varm og ekte. Han følte han ble møtt med tillit, likeverdighet og forståelse hos sykepleierne, og dette gjorde han tryggere. Per hadde med sin begynnende relasjon til sykepleierne og menneskene rundt seg, startet på sin recoveryprosess. Studien til Nordfjærn et al. (2010) viser at gode relasjoner mellom pasient og helsepersonell er viktig for å få til en best mulig recoveryprosess for pasienten. Studien viste at pasientene la stor vekt på støtte fra medpasienter i samme situasjon, da de ofte hadde gjensidig forståelse for hverandres problem. Det var betydningsfullt for Per å kjenne på samhørigheten med de andre pasientene og at de viste forståelse for hans situasjon og problem. Drivkraften bak recoverymodellen var å utvikle nye ideer om empowerment, selvhjelp og kamp om rettigheter. Recovery ble som en politisk reaksjon mot et helsetjenestesystem, som i utgangspunktet hadde mest vekt på vedlikehold. Dette vises igjen i flere av studiene jeg har med, og jeg støtter meg på hefte ”100 råd som fremmer recovery” av NAPHA (2017), som sier at personlig recovery går ut på å flytte fokus fra behandling av pasienten til økt trivsel, og dette skjer ved å vektlegge en

helhetlig forståelse av pasienten (NAPHA, 2017, s. 12). Recoverytenkningen førte med seg et skifte fra å ha fokus på pasientens sykdom til å ha fokus på pasienten sine egne mål under behandlingen. De senere årene har det i Norge blitt en økende interesse for recovery som begrep, kunnskapsområde og grunnlag for praksisutvikling (Borg, 2016, s. 34). I studien til Karlsson og Kim (2015) viser funnene at sykepleierne som en følge av sine arbeidsmåter med vekt på mestring av hverdagen, også vektlegger recoveryorientert sykepleiefaglighet, ved å lytte til, støtte og respektere brukerens valg (Karlsson og Kim, 2015, s. 8). Håp, mening, tilhørighet og følelse av kontroll er viktig for at pasienten klarer hele recoveryprosessen. Dette samsvarer også med det som Travelbee (2001) vektlegger i sykepleieren sitt møte med enkeltmennesket (Travelbee, 2001, s. 117-119). Samtidig har pasienten både rettigheter og plikter som en vanlig borger. Pasienten trenger støtte og veiledning i recoveryprosessen, og sykepleier sin rolle er å støtte han, til å bedre mestre situasjonen han står i. Fagermoen (2001) sier at veiledningen skal være med å bidra til at pasienten får økt forståelse, innsikt og kunnskap om sin situasjon (Fagermoen, 2001, s. 17). Biong (2016) formidler at for å oppnå bedring handler det om en stor egeninnsats over år, og at det noen ganger handler om å ta valg i dramatiske situasjoner (Biong, 2016, s. 135). Jeg erfarte at sykepleierne på praksisstedet hadde god kunnskap om recoverymodellen og arbeidet etter denne tenkningen. Jeg undret meg ofte over hvordan pasientene hadde blitt møtt om sykepleier ikke hadde hatt kunnskap om recoverymodellen. Lossius (2012) sier at dersom behandlingen skal være vellykket må den terapeutiske alliansen være god, og det forutsetter at hvert enkelt menneske blir møtt med respekt, empati og forståelse (Lossius, 2012, s. 176). Per, som nå ble sett som det hele mennesket han var, hadde med støtte fra recoverypraktiserende sykepleiere, fått håp om et nytt hverdagsliv. Dette støttes i studien til Dalum et al. (2015) som viste at helsepersonell som fikk ny kunnskap om recoverytenkningen, også fikk et mer optimistisk og håpefullt syn på pasientens muligheter til bedring. Recoverytenkning som behandlingsmodell er veldig i tiden i dagens samfunn. Jeg undres på om Helsevesenet oppnår det som var målet i utgangspunktet med satsingen sin på mennesker med ROP-lidelser. Det er store kostnader knyttet til rusproblematikken, og som tidligere nevnt er denne problematikken en av våre største helseutfordringer. Regjeringen ved Helse- og Omsorgsdepartementet (2015-2016, s. 6) har rus og psykisk helse som et av sine satsingsområder, med opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020. Her er det vektlagt tidlig innsats, behandling og ettervern. Hovedmålet var å sikre bedre og tryggere tjenester med å anerkjenne brukernes erfaringskunnskap, og ha brukeren i sentrum.

5.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning vil si at de som blir berørt av en beslutning eller er tjenestebruker, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud til seg selv. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til at kvaliteten på tjenestene økes, og at brukeren har innflytelse på sin livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) sier at pasienten har rett til medbestemmelse ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Brukeren skal være aktivt involvert i valget av behandling. Utfordringen ligger ofte i hvilken grad og hvordan bruker i praksis har muligheten for egne valg. Kartleggingsverktøyet BrukerPlan blir brukt for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problemer blant tjenestemottakere i kommunen, og gir bedre oversikt over brukernes situasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 76). BrukerPlan fører igjen til at de ulike kommunale tjenestene kan samhandle bedre rundt den enkelte bruker (Helse- og Omsorgsdepartement, 2015-2016, s. 7). Av egen erfaring opplevde jeg i praksis at brukermedvirkningen ikke alltid var så lett å gjennomføre, da pasienten ofte ombestemte seg, visste ikke helt hva han ville, var lite tilstede, var opptatt av livet her og nå, og hadde sjelden anledning til den gode samtalen med sykepleier rundt brukermedvirkning. Eller de var som Per, som levde for dagen i dag og ikke ville tenke så mye fremover. Per var heller ikke vant til å bli tatt med på råd om egne valg. Som tidligere nevnt sier Lossius (2012) at mange rusavhengige er vant med å bli stigmatisert og møtt med dårlige holdninger, og dette kan sitte dypt i mennesket (Lossius, 2012, s. 28). Jeg tenker at sykepleier må være tydelig ovenfor pasienten om medbestemmelse av egne mål og tiltak i hverdagen, det er viktig at pasienten er med å ta ansvar selv, med sykepleier som støtte, for å få til en best mulig recoveryprosess. En viktig oppgave er å sikre at brukermedvirkningen er reell og at brukerne får likeverdige, helhetlige tjenester. Brukerkompetanse tar utgangspunkt i behov og ønsker hos brukeren. Individuell plan (IP) er pasientens egen plan, som skal ta for seg brukerens ønsker og mål (Helsedirektoratet, 2014, s. 16-21). Erfaringen min fra praksis viste at noen brukere savnet kontakt med familien, da denne ofte var fraværende. Videre ønsket brukerne at sykepleieren skulle hjelpe til med å etablere kontakten på ny. At noen pasienter ønsker dette støttes opp av litteraturstudien til Ness et al. (2014) der pasientene mente at det å ha familie, venner og det å bety noe var en viktig del av recoveryprosessen. Pasientene i studien mente i tillegg at å ha en meningsfull hverdag også gav de følelsen av et mer stabilt liv.

6.0 Avslutning

Skal sykepleier klare å bruke recoveryorientert tenkning i møte med personer med ROP-lidelser, må sykepleier oppnå tillit og få en god relasjon med pasienten. Sykepleier må møte pasienten med åpenhet, ærlighet, respekt og likeverd. Det kan være utfordrende å få tillit og lage en god relasjon med pasienten, da han ofte føler seg stigmatisert og mindre verd. Mange av pasientene har opplevd brutte relasjoner tidligere, det er derfor viktig at sykepleieren er utholdende og ikke gir opp. Erfaringsmessig så jeg at med et ekte smil og vennlighet kommer man et godt stykke på vei. Sykepleier må ha gode holdninger, vise empati og klare å se hele mennesket, ikke bare pasientens rusavhengighet. Hun må også ha kunnskaper om pasientgruppen og ROP-lidelser. Sykepleier sin oppgave er å støtte pasienten i behandlingsforløpet, der pasienten skal bidra aktivt selv. Recoveryperspektivet kan sies å være et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Ved ROP-lidelser kan recovery fremmes gjennom et meningsfullt hverdagsliv med fokus på pasientens fremtid og ressurser og re-etablering av et hverdagsliv. Rusmiddelavhengighet er en av de største helseutfordringene i dagens samfunn og som tidligere nevnt er ROP-lidelser et satsingsområde for Sosial- og Helsedepartementet. Det er derfor viktig at dette er et tema som blir vektlagt i sykepleierutdanningen. Som sykepleier møter du pasienter med ROP-lidelser over alt i samfunnet og skal behandlingen bli best mulig for denne pasientgruppen, kreves det god og oppdatert kunnskap. I oppgaven har jeg ikke vektlagt fokus på pårørende, men jeg har reflektert over hvilken betydning, ulik påvirkning og i hvor stor grad pårørende er tilstede i pasientens liv, og hvilken rolle de spiller i pasientens tilfriskningsprosess. Dette temaet er noe jeg ønsker å lære mer om og utforske ved en senere anledning.

7.0 Bibliografi

- Andvik, E. (2016). Det å bli alminnelig og samarbeide om det hverdagslige. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 151-166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Biong, S. (2016). Å bli en del av fellesskapet. I A. Landheim, F. Lode Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv* (s. 134-145). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Biong, S., & Hummelvoll, J. (2018). Dialogbasert undervisning i samarbeid med beboere: Ansattes erfaringer fra en rusinstitusjon. I B. Karlsson, & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid* (s. 109-120). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). "Her tar de tingene i henda og gjør noe med det" - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2015/01/her_tar_de_tingene_i_henda_og_gjoer_noe_med_det_-_om_recov
- Borg, M. (2016). Recovery og medisiner: Hvem skal ha kontrollen? I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 27-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2018). Ta kontrollen tilbake - om Recovery, opprør og fastholdelse. I B. Karlsson, & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid* (s. 57-81). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Brekke, E., Lien, L., Biong, S. (2018). Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI:10.1007. Hentet fra <https://link-springer-com.galanga.hvl.no/content/pdf/10.1007%2Fs11469-017-9780-9.pdf>
- Brudal, L. (2014). *Empatisk kommunikasjon - Et verktøy for menneskemøter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalum, Helle, S., Pedersen, Inge, K., Cunningham, Harry., Eplov, Lene, F. (2015). From Recovery Programs to Recovery-Oriented Practice? A Qualitative Study of Mental Health Professionals' Experiences When Facilitating a Recovery-Oriented Rehabilitation Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, DOI: 10.1016. Hentet fra [https://www.sciencedirect-com.galanga.hvl.no/science/article/pii/S0883941715001351](https://www.sciencedirect.com/galanga/hvl.no/science/article/pii/S0883941715001351)

Fagermoen, M. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 12-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

FN-sambandet. (1948). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Føyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Goffman, E. (1972). *Stigma Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Gråwe, R., Espeland, B., & Holter, M. (2009). *Mestring av rus - og psykiske problemer*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>

Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (1996-97). Åpenhet og helhet- Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (St.meld. nr. 25 (1996-1997)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). Samhandlingsreformen - Rett behandling-på rett sted-til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011-2012). Se meg! -alkohol-narkotika-doping (St.meld. nr. 30 (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/sec1>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015-2016). Opptappingsplanen for rusfeltet (Prop.15 S (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1?is=true&q=>

Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoxmark, Margrethe, E., Wynn, Margrethe, R. (2010). Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses.

Journal of Addictions Nursing, DOI: 10.3109. Hentet fra

<https://browzine.com/libraries/1463/journals/32083/issues/5924564?showArticleInContext=doi%3A10.3109%2F10884602.2010.520170>

- Hummelvoll, J. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, B. & Hesook Kim, S. (2015). *Sykepleie i kommunalt psykisk helse og rusarbeid*. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/298288>
- Kildekompasset. (2016). *Kildekritikk*. Hentet fra <http://www.kildekompasset.no/kildekritikk.aspx>
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 23-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Løken, K. (2004-2008). *Fellesskap, styrke og stolthet*. Hentet fra [https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/145065/Masteroppgave i velferdspolitik høst 2008 Kårhild Husom Løken.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/145065/Masteroppgave%20i%20velferdspolitik%20høst%202008%20Kårhild%20Husom%20Løken.PDF?sequence=1&isAllowed=y)
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2017). *100 råd som fremmer recovery*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/7492/Rapport-2-2017-nett.pdf>
- Ness, Ottar., Borg, Marit., Davidson, Larry. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, DOI: 10.1108. Hentet fra <https://browzine.com/libraries/1463/journals/10263/issues/7418119?showArticleInContext=doi%3A10.1108%2FADD-02-2014-0007>
- Ness, Ottar. (2016). De små ting - om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58-73). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patient with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, DOI: 10.1111.

Hentet fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1111/j.1365-2850.2009.01477.x>

Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk Sykepleierforbund. (2017). *Sykepleie er både et fag og en profesjon*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/3419460/17036/Sykepleie-er-baade-et-fag-og-en-profesjon>

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-

1999-07-02-63). Henter fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Pettersen, Henning., Landheim, Anne., Skeie, Ivar., Biong, Stian., Brodahl, Morten., Jeppe, Oute., Davidson, Larry. (2019). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, DOI:10.1177. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1178221819833379>

Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

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

Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 - Søkeprosess**Database: Cinahl, hentet 25.03.19**

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	Diagnosis Dual OR diagnosis dual		
S2	dual recovery		
S3	First-person perspectives		
S4	S1 AND S2 AND S3	*fagfelleurdert *siste 10 år	1

I dette søket fikk jeg ett treff og denne tok jeg med, da jeg synes den var relevant.

Artikkel: Ness et al. (2014) *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives.*

Database: Cinahl, hentet 01.04.19.

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	Therapeutic relationships		
S2	Diagnosis, Dual (Psychiatry) OR dual diagnosis		
S3	S1 AND S2	*fagfelleurdert *siste 10 år	4

I søket her fant jeg 4 artikler. Sammendragene ble lest og denne ble valgt ut.

Artikkel: Hoxmark et al. (2010) *Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses.*

Database: PubMed, hentet 22.03.19

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	rehabilitation AND drug rehabilitation AND nurse-patient relation	*full tekst *siste 10 år *mennesker	27

I søket her fant jeg 27 artikler. Alle overskrifter og de fleste sammendrag ble lest og jeg valgte ut en relevant artikkel.

Artikkel: Nordfjærn et al. (2010) *Treatment and recovery as perceived by patient with substance addiction.*

Database: PubMed, hentet 24.03.19

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	Recovery programs AND recovery- oriented practice AND mental health AND recovery- oriented rehabilitation	*full tekst *siste 10 år *mennesker	16

I dette søket fant jeg 16 artikler. Her leste jeg overskriftene og sammendragene på alle og plukket ut en relevant artikkel.

Artikkel: Dalum et al. (2015) *From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program.*

Database: PubMed, hentet 26.03.19

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	co-occurring disorders AND drug abuse AND therapeutic alliance	*siste 10 år *full tekst	4

Dette søket gav 4 artikler. Overskrifter og sammendrag ble lest, så valgte jeg ut en som var relevant for oppgaven.

Artikkel: Brekke et al. (2018) *Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders*.

Database PubMed, hentet 15.04.19

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning/limit	Resultat/antall
S1	substance use disorders AND social relationships AND recovery	*siste 5 år *full tekst	44

Dette søket gav 44 artikler. Overskriftene ble lest på alle og sammendragene på en del. Så valgte jeg ut en litteraturartikkel jeg synes var relevant å ha med.

Artikkel: Pettersen et al. (2019) *How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study*.

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

Forfatter(e) Tidsskrift Land År	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Ness, Ottar., Borg, Marit., Davidson, Larry Advances in Dual Diagnosis Norge 2014	<i>Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives.</i>	Hensikten med studiet har vært å se på utfordringer og kompleksiteten samfunnet har i forhold til behandling av personer med rus- og psykiske lidelser. I litteraturen som ble funnet, ble det sett på hvilke tiltak som var blitt brukt, og barrierer som ble møtt på i gjenopprettelsesprosessen hos personer med rus- og psykisk lidelse.	Kvalitativ studie. Metoden som er brukt, er gjennomgang av ulik litteratur fra ulike søkebasen. Søket ble utført mellom 1. januar og 1. september 2013. Vilårene ble brukt til å identifisere engelske og nordiske artikler om hva som hjelper og hva som hindrer i recoveryprosessen, når det gjelder ROP-lidelser, fra et helsepersonells perspektiv.	Det ble søkt etter engelske og nordiske artikler fra søkebasen som: Cinahl, Psych info, Medline, Embase, SveMed+ og Norart. 370 artikler ble funnet, men etter ulike avgrensninger ble 7 artikler inkludert i studien.	3 overordnede temaer ble sett på som viktige for recovery. (1) et meningsfylt hverdagsliv. (2) fokus på å styrke recoveryprosessen fremover. (3) få gjenopprettet et sosialt liv og et støtteapparat rundt seg. To overordnede tema gikk igjen som en barriere for å fullføre gjenopprettningen. Dette var mangel på skreddersydd hjelp og tjenester som ikke var koordinerte. Brukerne opplever også at de mottar motstridende informasjon.
Hoxmark, Ellen Margrethe., Wynn, Rolf. Journal of Addictions Nursing Norge 2010	<i>Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses</i>	Hensikten med studien var å kartlegge betydningen av den terapeutiske relasjonen i behandling av pasienter med rusproblematikk og dobbeltdiagnoser.	Kvalitativ forskning Dette er en norsk studie, som er utført av Universitetssykehuset i Nord-Norge.	Personalet på to avdelinger er med i studiet. Den ene avdelingen var for pasienter med ROP-lidelser, og den andre avdelingen var for pasienter med alvorlig rusproblematikk. Det var også 2 fokusgrupper med 2 eller flere personer til stede i hver gruppe.	Personalet ble spurt om hvordan de til vanlig tenkte og oppførte seg, når de møtte nye pasienter. Selv om personalet i de to avdelingene opplevde det terapeutiske forholdet ulikt, særlig uenigheten om betydningen av nærhet og avstand, så var det enighet om at gode relasjoner til pasientene var viktig i behandlingsforløpet. I relasjonene inngikk aspekter som kontakt, forståelse og tillit mellom helsepersonell og pasient.

<p>Nordfjærn, T., Rundmo T., Hole, R.</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Norge 2010</p>	<p><i>Treatment and recovery as perceived by patient with substance addiction</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke ulike sider ved behandlingen, som brukerne fikk, både positive og negative. Videre handlet det om hvor fornøyde brukerne var med behandlingen og oppfølgingen de fikk av helsepersonell.</p>	<p>Dataene ble samlet inn ved hjelp av intervju av 13 pasienter på fem ulike klinikker i Midt-Norge.</p>	<p>Studien ble utført på 13 pasienter, der 6 pasienter avsluttet behandlingsprogrammet underveis og 7 pasienter fullførte.</p>	<p>Funnene viser at brukerne mente det var viktig med en god relasjon med helsepersonell. Støtte fra andre pasienter i samme situasjon var også viktig, da de mente at disse forstod de bedre enn familie og venner. Pasientene gav også uttrykk for at utvalgte behandlingsformer var viktige i tilfriskningsprosessen.</p>
<p>Dalum, Helle Stentoft., Pedersen, Inge Kryger., Cunningham, Harry., Epløv, Lene Falgaard.</p> <p>Archives of Psychiatric Nursing</p> <p>Danmark 2015</p>	<p><i>From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program</i></p>	<p>Hensikten med studien var å se på hvilke erfaringer helsepersonell fikk ved å jobbe med pasienter med psykiske lidelser etter recoverymodellen. Kunnskap om hvordan helsepersonell har opplevd recoverymodellen har vært sparsom. I 2006 ble det i USA lansert en strategiplan som inneholdt 11 moduler for å fremme recoverytenkning for helsepersonell. Recovery er individets personlige prosess med å leve et tilfredsstillende, meningsfylt og håpefullt liv til tross for de begrensninger pasienten kan ha. For å utføre undersøkelsen ble det brukt program, som bestod av ulike moduler. Programmet hadde fokus</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Denne metoden bygger på halvstrukturerte, dybdegående kvalitative intervjuer med 16 helsepersonells erfaring med å bruke recoveryprogram i enten USA eller Danmark.</p> <p>Dataene ble samlet inn og analysert i to trinn. I første fase (2011) ble helsepersonellet intervjuet individuelt for å se på deres erfaringer med recoverymodellen. Alle intervjuer fant sted på intervjuer sitt kontor og varte i ca. 1 time. Intervjuene ble lydinnspilt og transkribert ved hjelp av en transkripsjonsretningslinje. I fase 2 ble det utviklet en ny intervjuguide som ble brukt.</p>	<p>Individuelle intervjuer med 6 sykepleiere fra Danmark og 10 personer som var annet helsepersonell fra både Danmark og USA.</p>	<p>Recoverymodellen har hos personalet påvirket tjenestene og fremmet nye standarder for praksis. Tre temaer fra helsepersonellens refleksjoner om endringer i holdninger og praksis fremstod i den kvalitative studien. (1) En håpefull holdning. (2) Et nytt fokus i dialogen med klienter. (3) En persontrentert rolle. Mange opplevde et skifte i deres holdning til et mer håpefullt og optimistisk syn på pasientenes muligheter i livet, i forhold til tidligere holdninger om en dyster framtid. Flesteparten av helsepersonellet understreket at de ikke lenger er "hjelpere", "problemløser" eller "fikser folk", men jobber med pasientene mot deres mål for gjenoppretting.</p>

		på helsepersonellets erfaringer og hvordan disse opplevde sin egen praksis etter oppstart med recoverymodellen.	Intervjuene ble gjennomført i Danmark våren 2012.		
Brekke, E., Lien, L., Biong, S. International Journal of Mental Health and Addiction Norge 2018	Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co- occurring Mental Health and Substance Use Disorders.	Hensikten med studiet var å beskrive hvordan personer med samtidige lidelser opplever hjelpen de får fra helsepersonell. Recoverymodellen innebærer en relasjon mellom helsepersonell og brukere, men det er forsket lite på hvordan brukerne opplever dette samarbeidet. Det er behov for forskning utfra pasientperspektivet om kvaliteten på terapeutisk behandling, og hvordan denne kan gi positiv forandring.	Denne studien er en del av et forskningsprosjekt som undersøker hvordan pasienter med ROP-lidelser opplever hjelpen de får fra helsepersonell. Studiet inkluderte deltakere lokalt på Østlandet.	Det var 8 deltagere, 4 kvinner og 4 menn, der alle mottok helse- og sosiale tjenester på undersøkelses-tidspunktet. Deltakerne kunne bruke e-post, telefon eller sms til å svare.	Analysen gav 4 svar. (1) bygge tillit gjennom håpefullhet og kjærlig bekymring. (2) forpliktelse. (3) direkte ærlighet / forventning. (4) handling / mot. Helsepersonell som uttrykte tro på brukernes muligheter for et bedre liv, ble verdsatt. Å bli trodd på, var knyttet til gjenvinning av håp.
Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., Davidson, L. Substance Abuse: Research and Treatment Norge 2019	<i>How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study</i>	Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning sosiale relasjoner hadde, for å klare å komme gjennom recoveryprosessen, etter mange års rusmisbruk. Og hva viktigheten av sosiale relasjoner betydde for å klare å opprettholde rusfriheten.	Kvalitativ studie. Studien ble gjennomført ved bruk av semistrukturerte intervjuer. En ressursgruppe av fagkonsulenter bidro i studieplanleggingen.	18 deltakere var med i studiet. Alle hadde blitt diagnostisert med en rusmiddelforstyrrelse og alle deltakerne hadde vært rusfrie i minst 5 år.	De fleste deltakerne beskrev at det var gode relasjoner til helsepersonell og til familie, som gjorde at de klarte å holde ut abstinensene og komme seg gjennom recoveryprosessen. Funnene tyder på at gode relasjoner er en viktig del for å klare å bli rusfri, og holde seg rusfri.