



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SAB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2024 13:14 CEST
Sluttdato:	15-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SAB390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor:	(Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.:	148
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7989
----------------------	------

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	23
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



BACHELOROPPGÅVE

Endringsprosessar hos ROP-pasientar: Ein litteraturstudie om støttande faktorar i psykisk helsevern.

Changing processes in dually diagnosed patients: A literature review of supportive factors in mental health care.

Kandidatnummer 148

SAB390 Bacheloroppgåve i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for velferd og deltaking

Tal ord: 7989

15.05.2024

Samandrag

Denne litteraturstudien har som hensikt å undersøke kva faktorar som er sentrale for pasientar med samtidig rus- og psykisk lidning (ROP-pasientar) i ein endringsprosess. Vidare blir det belyst korleis interaksjonane mellom profesjonsutøvar og brukar kan vere avgjerande i heilskapen av støtte og behandling. Funn frå tre kvalitative enkeltstudiar og to systematiske oversikter viser at ROP-pasientar skildrar kvalitetar ved det terapeutiske forholdet, behandling som er heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa, og oppleving av støtte og tilhøyrse som sentrale faktorar. Oppgåva viser at støttande relasjonar er avgjerande i endringsprosessen og kan legge til rette for at ROP-pasientar får tru på seg sjølv og tru på at endring er mogleg.

Abstract

The aim of this literature review is to examine important factors for patients with co-occurring substance abuse and mental health disorders in a process of change. Furthermore, it highlights how interactions between the professional and the client can be crucial in overall support and treatment. Results from three qualitative studies and two systematic reviews show that dually diagnosed patients emphasize qualities of the therapeutic relationship, treatment that is comprehensive, flexible, and individually tailored and experiences of support and belonging as significant factors. This study indicates that supportive relationships are crucial in the process of change for dually diagnosed patients, and it can facilitate belief that change is possible.

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for val av tema og forforståing	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.2.1 Avgrensing.....	6
1.2.2 Omgrepsforklaring	7
1.3 Sosialfagleg relevans	8
1.4 Oppgåvas struktur.....	8
2.0 Metode	9
2.1 Søkeprosessen	9
2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium	10
2.1.2 Val av søkeord	11
2.1.3 Litteratursøk	11
2.3 Kritisk vurdering.....	12
2.4 Tematisk analyse.....	13
3.0 Teori	13
3.1 Interaksjonistisk teori	13
3.1.1 Relasjons – og kommunikasjonskompetanse.....	14
3.1.2 Tillit og trygghet	15
3.2 Endring og recovery	15
3.3 Motivasjon og ambivalens	16
4.0 Funn	16
4.1 Kvalitetar ved den terapeutiske relasjonen	17
4.2 Heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa behandling	19
4.3 Å oppleve støtte og tilhøyrslø.....	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Støttande relasjonar bidreg til endring	21
5.2 Hjelpemiddel må legge til rette for endring	24
6.0 Metodiske styrker og svakheiter	25

7.0 Avslutning	26
8.0 Referanseliste.....	27
Vedlegg 1 – Søkelogg.....	31
Vedlegg 2 – Litteraturmatrise	35
Vedlegg 3 – Kvalitetsvurdering	40

1.0 Introduksjon

Menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (ROP-liding) er ei gruppe der fleire oppgir å ha dårlege erfaringar med hjelpeapparatet, kjensler av motlausheit og lite framtidshåp (Evjen et al., 2018, s. 25). Oppsummeringar frå befolkningsundersøkingar frå Europa og USA indikerer at alvorleg rusliding gir høgare førekomst av psykiske lidingar, og jo meir alvorleg den psykiske lidinga er desto høgare er førekomsten av rusbruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Innanfor tilbodet til personar med langvarige og samansette behov er ROP-pasientar ei av brukargruppene som blir satsa på i Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033). Helsedirektoratet (2022) peikar på at behandling av dei psykiske problema er viktig for å få kontroll på rusmiddelbruken. Samtidig kan dei psykiske problema bli lettare å handtere dersom ein oppnår rusfridom eller god ruskontroll. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, anbefaler å prioritere og imøtekomme denne gruppa på ein måte som tek omsyn til og gir behandling for begge lidingane samtidig (Helsedirektoratet, 2012, s. 3).

1.1 Bakgrunn for val av tema og forforståing

Val av tema tok utgangspunkt i refleksjon over egne erfaringar som miljøarbeidar ved ein distriktspsykiatrisk døgneining. Fleire av pasientane ved døgneininga uttalte og viste låg motivasjon eller tru på betring. Eit døme eg vil trekke fram er ein ROP-pasient eg har valt å kalle Anders. Anders synest det var vanskeleg å tilpasse seg institusjonens reglar og rutinar. Han møtte sjeldan opp til faste måltid og var ofte ute heile dagen i staden for å nytte seg av tilbodet på døgneininga. Anders stod utan bolig og ønskte sin eigen stad å bu, men gjorde samtidig lite for å få til dette. Sjølv om personalet forsøkte å hjelpe til med leiting etter bustad uttrykte Anders negativitet og lite motivasjon for å ta del i prosessen. Han meinte han ville falle tilbake til rusbruk etter utskriving, og kjende seg ikkje forstått av behandlarane. Anders si oppleving var at ingen ville hjelpe han og eg opplevde, på grunn av ansvar for andre pasientar, at eg ikkje kom i posisjon der det var moglegheit for å snakke som det som verkeleg var utfordrande for han. I etterkant har eg undra på korleis eg som framtidig sosisonom kan imøtekomme personar som Anders og styrke deira motivasjon og tru på seg sjølv. I samanheng med dette har eg reflektert over at individets vilje til å ta ansvar for eiga helse må vere ein føresetnad for å oppleve betring. Vidare har eg sjølv erfart og reflektert over

kor viktig det er med støttande relasjonar som gir rom for refleksjon og utforsking av eigne kjensler, særleg i vanskelege situasjonar.

Mitt val av tema tek utgangspunkt i eit ønske om å lære meir om ROP-pasientar, i tillegg til eit ønske om å styrke mi profesjonelle utvikling mot å bli ein sosionom som kan legge til rette for endringsprosessar hos andre. Rusliding og psykisk sjukdom er ei utfordring som er djupt forankra i både individuelle og samfunnsmessige faktorar (Barth et al., 2013, s. 39). Vegen til betring er kompleks og kan derfor ikkje reduserast til enkle løysingar. I tillegg vil endringsprosessen vere individuell for kvar enkelt (Barth et al., 2013, s. 17). Derfor ønsker eg å utforske ROP-pasientanes eigne erfaringar med endring og kva dei sjølv meiner er med på å fremje betring i behandling under psykisk helsevern.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i det ovannemnte har eg laga meg ei problemstilling som vil bli drøfta med bakgrunn i eksisterande faglitteratur og forskning:

Kva meiner vaksne med ROP-liding, under behandling i psykisk helsevern, er sentrale faktorar som bidreg til betring i ein endringsprosess?

1.2.1 Avgrensing

I denne oppgåva rettar eg merksemd mot personar med ROP-liding og deira individuelle oppleving av å vere i ein endringsprosess, sett frå brukarperspektivet på individnivå. Av denne grunn ekskluderer eg hjelparperspektivet. Vidare tek problemstillinga mi utgangspunkt i at personen med ROP-liding allereie er i ein endringsprosess, då det å vere i behandling i psykisk helsevern kan forståast som at ein ønsker endring og at ein derfor er i endringsprosessen. Dette fordrar at ein er frivillig innlagt. Av denne grunn utelukkar oppgåva mi spørsmål knytt til korleis ein kan hjelpe ROP-pasientar til å komme dit at dei ønsker endring. Grunna bacheloroppgåvas omfang har eg utelukka andre moglege interessante vinklingar, særleg knytt til spenningsfeltet mellom individ og samfunn og dei samfunnsmessige strukturane som eventuelt påverkar temaet eg tek for meg.

1.2.2 Omgrepsforklaring

Under definerer eg omgrepa ROP-liding, psykisk helsevern og endringsprosess. Omgrepa er sentrale i problemstillinga mi og vil prege forståinga av oppgåva.

ROP-liding er eit samleomgrep som blir brukt om samtidig rusliding og psykisk liding (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). Ruslidinga kan omfatte skadeleg bruk og avhengigheit av rusmiddel i ulik alvorsgrad, medan den psykiske lidinga kan innebere alt frå angst, depresjon, bipolar liding og schizofreni, til eteforstyrningar og personlegdomsforstyrningar i eit vidt spekter av alvorsgrad (Evjen et al., 2018, s. 24 – 26). Lidingane opptreir samtidig, men sjølv om dei ofte oppstår i samspel med kvarandre betyr ikkje dette at det eine forårsaka det andre; det kan vere vanskeleg å fastslå kva som kom først (Evjen et al., 2018, s. 26 – 29; Meld. St. 23 (2022-2023), s. 78; National Library of Medicine, 2023). Kombinasjonen av lidingane er forbunden med betydeleg funksjonsnedsetting, alvorlege konsekvensar for den enkelte, pårørande og nettverk, samt behov for langsiktig og omfattande oppfølging (Evjen et al., 2018, s. 24; Helsedirektoratet, 2012, s. 52). I denne oppgåva vil eg nytte omgrepet informant når eg refererer til ROP-pasientane frå undersøkingane. Når eg omtalar dei som ei generell gruppe nyttar eg omgrepa pasient og brukar om kvarandre.

Psykisk helsevern er undersøking og behandling av psykiske lidingar i spesialisthelsetenesta, det vil seie på sjukehus eller distriktpsikiatrisk senter (Helsenorge, u.å.). Ein treng tilvising til psykisk helsevern, til dømes frå fastlegen. Det er som hovudregel frivillig, men kan også vere tvungen, som inneberer at ein blir innlagt mot si vilje eller får tvungen behandling (Snoek & Engedal, 2017, s. 292). Eg har ikkje tatt omsyn til om pasientane er innlagt frivillig eller på tvang fordi eg meiner dette ikkje påverkar problemstillinga mi. Sjølv om pasientanes innleggingsstatus kan vere av betydning for ei meir omfattande forståing av behandling i psykisk helsevern, valte eg å ikkje vektlegge dette i oppgåva på grunn av fokus på andre sider ved temaet. Psykisk helsevern er konteksten for oppgåva, men det er ikkje eit omgrep eg kjem til å bruke. Eg nyttar heller behandlingsinstitusjon eller hjelpeapparatet om konteksten for behandling av ROP-pasientane.

Endringsprosess er eit omgrep satt saman av orda «endring» og «prosess». Hensikta med endring er reduksjon av problem eller frigjerung av ressursar (Barth et al., 2013, s. 34). I denne samanhengen viser endring til eit skifte i følelsar, åtferd, vanar eller livssituasjon (Dahl, 2021, s. 69). Prosess betyr «ei rekke handlingar som inneberer ei forandring eller utvikling»

(Det Norske Akademis ordbok, 2024). Ein endringsprosess i denne oppgåva kan då forståast som ei rekke handlingar retta mot å skape utvikling i individets følelsar, åtferd, vanar eller livssituasjon. Kva endringsprosessen inneberer hos ROP-pasientar er individuelt. Det kan vere alt frå skadereduksjon og betre livskvalitet, til full symptomfridom og rusfridom (Helsedirektoratet, 2012, s. 58)

1.3 Sosialfagleg relevans

Sosialt arbeid er eit fag der målet er å hjelpe menneske i vanskelege situasjonar, med andre ord endringsarbeid (Berg et al., 2015, s. 19; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 25). Dette kan også relaterast til ei humanistisk tilnærming til helse- og sosialfagleg arbeid og omgrep som sosial rettferd, solidaritet, sosial endring og deltaking (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 97). Ifølge Levin (2021, s. 105) inneheld einkvan arbeidssituasjon for sosialarbeidaren alltid endring i ei eller anna form. Endringsarbeid er spesielt sentralt innanfor område som psykisk helsearbeid, rusbehandling og helsefremmande tiltak.

I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagogar, sosionomar, vernepleiarar og velferdsvitarar står det at «Gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal profesjonsutøveren bidra til å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger.» (FO, 2023, s. 4). Ein kan seie at sosionomen, i møte med personar med ROP-liding, har eit ansvar for å legge til rette for ein endringsprosess som tek omsyn til deira behov og ønsker.

1.4 Oppgåvas struktur

Bacheloroppgåva består av sju delar. Første del har gitt ei innføring i oppgåvas tema og problemstilling. Andre del er metoddelen som inneheld søkeprosessen med kriterium for val av forskingslitteratur, val av søkeord, litteratursøk, kjeldevurdering og analyse. Tredje del inneheld oppgåvas teoretiske perspektiv og litteratur. Del fire inneheld funna som kom fram under den tematiske analysen. I del fem diskuterer eg problemstillinga mi med bakgrunn i funn, teori og dømet frå 1.1. Del seks er styrker og svakheiter ved metoden og i siste del kjem ei oppsummering.

2.0 Metode

Metode er ein framgangsmåte for å hente inn data som kan hjelpe oss til å løyse eit problem eller svare på eit spørsmål, og slik komme fram til ny kunnskap (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2017, s. 51). Ein vel metoden ut i frå kva ein ønsker å undersøke, enten kvantitativ eller kvalitativ metode. Eg har valt kvalitativ metode då eg ønsker å fange opp meiningar og opplevingar som ROP-pasientar har med endringsprosessar. Kvantitativ metode ville ikkje gitt meg det same innblikket i brukaranes synspunkt då opplevingar ikkje let seg talfeste eller målast (Dalland, 2017, s. 52).

Det finst ulike metodar for å innhente informasjon, og eg har valt å nytte meg av litteraturstudie som metode for å opparbeide meg ny innsikt om ROP-pasientar og endringsarbeid. Ein litteraturstudie er ein metodisk tilnærming som startar med ei problemstilling for så å vidare søke etter å svare på dette spørsmålet ved å systematisk søke, vurdere og analysere relevant forskning, teori og litteratur (Aveyard, 2023, s. 2; Dalland, 2017, s. 207). Mi problemstilling er knytt til erfaringar og haldningar og ifølge Dalland (2017, s. 52) og Helsebiblioteket (2021) er det då forskingsartiklar med kvalitative metodar som er det føretrekte studiedesignet som kan svare på mi problemstilling. Derfor har eg funne forskingsartiklar som har brukt intervju som metode for å finne fram til ROP-pasientanes eigne opplevingar knytt til det å vere i ein endringsprosess.

2.1 Søkeprosessen

Søkeprosessen starta med å gå til fagressursane under nettsida til Høgskulen på Vestlandet, der eg fann fram til databasar som inkluderer forskning innan helse- og sosialfaglege fenomen. Til dømes var eg innoom CINAHL, Eric, PsychINFO, Scopus og SweMed+. Her gjorde eg nokre søk for å få eit overblikk over tilgjengeleg forskning innanfor temaet. For å ta ei meir systematisk tilnærming til søkeprosessen gjorde eg som Aveyard (2023, s. 75) anbefaler, der ein først må planlegge søkestrategien. Då tok eg i bruk PICO-skjema, eit rammeverk som skal hjelpe med å formulere spørsmål og strukturere litteratursøket når ein har spørsmål som kan svarast på med kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2021). Tabell 1.0 vise korleis eg brukte dette skjemaet.

PICo-skjema		
P	Pasient/problem/populasjon	ROP-pasientar
I	Fenomenet av interesse	Oppleving av kva som er sentrale faktorar i ein endringsprosess
Co	Kontekst	Psykisk helsevern

Tabell 1.0: PICo-skjema

2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Å identifisere inklusjons- og eksklusjonskriterium vil ifølge Aveyard (2023, s. 76) gjere det lettare å halde fokus i søkeprosessen. Kriteria vil rettleie litteratursøket slik at ein ikkje avsporar, i tillegg til at det blir større sannsyn for å få opp relevante treff og lettare å sortere vekk artiklar som ikkje er relevante. Tabell 2.0 gir ein oversikt over kriteria mine.

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Vaksne med samtidig rusliding og psykisk sjukdom - ROP-pasientar	Psykoselidingar og alvorleg psykisk utviklingshemming
Opplevingar med å vere i ein endringsprosess, som f.eks. recovery	Personar under 18 år
Psykisk helsevern	Artiklar publisert før 2014
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning
Fagfelleurderte artiklar	
Geografisk område: Norden	
Språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk	

Tabell 2.0: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Eg har tatt noko omsyn til ROP-pasientanes spesifikke diagnose. Kravet eg har sett for inkludering er at pasientane har evne til å reflektere over eigen situasjon. Forsking viser at pasientar med kognitiv svekking eller reduserte evner til å tenke abstrakt kan ha utfordringar

med å førestille seg dei potensielle fordelane ved endring (Ingersoll, 2022). Av denne grunn har eg ekskludert forskning som tek for seg pasientar med psykoselidingar og alvorleg psykisk utviklingshemming. Vidare har eg valt å ekskludere forskingsartiklar som er eldre enn 10 år fordi eg ønsker å inkludere den nyaste forskinga på eit område som stadig er i utvikling. Dette vil sikre at eg har tilgang til oppdatert kunnskap og forskning. I tillegg avgrensa eg geografisk område til Norden. På grunn av at søket mitt førte fram til kun tre enkeltstudiar har eg også valt å inkludere to systematiske oversikter med studiar frå land utanfor Norden for å kunne gi ei breiare framstilling av temaet.

2.1.2 Val av søkeord

For å finne relevante søkeord som fangar essensen i problemstillinga tok eg utgangspunkt i PICO-skjemaet og identifiserte søkeord på norsk og engelsk (Aveyard, 2023, s. 84). På norsk brukte eg til dømes: «ROP-lidelse», «ROP-pasienter», «rus», «endring», og «erfaring». Oversett til engelsk blei søkeorda: «Dual diagnosis», «substance abuse», «change», «patient experiences» og «recovery». I databasen SweMed+ måtte eg bruke svenske søkeord som blant anna «dubbeldiagnos». Eg brukte sitatteikn når eg hadde søkeord som inneheldt to ord, slik som «dual diagnosis» og «substance abuse», for å sikre at søka gav treff på artiklar med begge søkeorda. Søkeorda brukte eg i ulike kombinasjonar, alt ettersom eg ville utvide eller snevre inn søket. På denne måten kunne eg tilpasse søka for å få relevante treff.

Søkeorda har endra seg undervegs i arbeidet med bachelor, noko som kjem fram i søkeloggen. Tidlegare søkeord inneheldt blant anna «motiverende intervju» og «myndiggjøring» på norsk, oversett til «motivational interview» og «empowerment» på engelsk. Ein full oversikt ligg i vedlegg 1 – søkelogg.

2.1.3 Litteratursøk

Under søk i dei ulike databasane brukte eg funksjonen «avansert søk» for å kombinere fleire søkeord for å få breiare treff (Aveyard, 2023, s. 86). Her kombinerte eg søkeorda ved å bruke kombinasjonsorda «AND» og «OR». «AND» avgrensa søket fordi begge søkeorda må vere med i artikkelreferansen (Helsebiblioteket, 2021). Eit eksempel på dette er «dual diagnosis» AND «patient experiences AND change. Eit eksempel på bruk med «OR» er «patient experience» OR perceptions. Her hjelper «OR» meg til å utvide søket ved å gi treff på artiklar

som inneheld enten det eine søkeordet, det andre søkeordet eller begge. Undervegs i litteratursøket brukte eg også snøballmetoden, der eg såg på referansar i forskingsartiklane (Aveyard, 2023, s. 90). Til dømes fann eg fram til De Ruyscher et al. (2017) og Topor et al. (2021) ved hjelp av snøballmetoden. Databasane som førte fram til dei inkluderte artiklane var Google Scholar og SweMed+. Tabell 3.0 gir ei framstilling av dette.

Database/ Søkemotor	Dato	Søkeord/ kombinasjon	Tal treff	Lest	Lest med snøball- metoden	Inkluderte artiklar
Google Scholar	06.02.24	"Dual Diagnosis» and "motivational interview" and "patient experiences"	15	3	1	Fisher et al. (2022). De Ruyscher et al. (2017).
	04.04.24				1	Topor et al. (2021).
SweMed+	04.04.24	Recovery och rop	1	1	0	Biong & Soggiu (2015).
	05.04.24	Dubbeldiagnos	126	2	0	Kvam et al. (2019).

Tabell 3.0: Søkelogg til inkluderte artiklar

2.3 Kritisk vurdering

Ifølge Helsebiblioteket (2021), eit nasjonalt elektronisk bibliotek, bør ein stille seg to overordna spørsmål som første ledd i kritisk vurdering: «Har artikkelen ein klart formulert problemstilling?» og «Er designet velegna for å svare på problemstillinga?». Desse spørsmåla hadde eg i bakhovudet då eg skulle lese artiklane om igjen slik at eg så detaljert som mogleg blei kjent med litteraturen, og kunne bekrefte at dei var relevante å bruke (Aveyard, 2023, s. 107). I denne delen av søkeprosessen blei artiklane analysert kvar for seg. Dette blei gjort med ein tabell der eg blant anna fylte inn studiens hensikt, metode, resultat og konklusjon, i tillegg til styrker og svakheiter med studien. Litteraturmatrisen i vedlegg 2 viser ein oversikt over forskingsartiklane som er inkludert i litteraturstudien. I tillegg til denne oversikten hjalp inklusjonskriteria meg til å kritisk vurdere om forskingsartiklane var relevante. Eit av kriteria var at artiklane måtte vere fagfelleverderte. Det vil seie at dei er henta frå vitskaplege

tidsskrifter med redaksjonar som sikrar kvaliteten på det som blir utgitt (Dalland, 2017, s. 154). Ifølge Aveyard (2023, s. 107) er ikkje vurdering i seg sjølv nok, det er viktig å komme fram til ei klar slutning om kvaliteten på forskingsartiklane. Derfor har eg tatt i bruk kritiske vurderingsverktøy for å vurdere om eg kan stole på resultatane. Eg har tatt utgangspunkt i ei sjekkliste for kvalitative studiar og ei sjekkliste for systematiske oversiktar. Desse fann eg på Helsebiblioteket sine nettsider og oversikt over vurderinga mi ligg i vedlegg 3 – kvalitetsvurdering.

2.4 Tematisk analyse

For å kunne presentere funna på ein oversiktleg og ryddig måte har eg analysert artiklane tematisk. Ein tematisk analyse inneberer at ein samanliknar og grupperer temaa som blir skildra i forskingsartiklane (Aveyard, 2023, s. 140). Slik kan ein komme fram til dei viktigaste fellestrekkane og det blir lettare å sjå samanhengar i datamaterialet. For å starte på denne prosessen gjorde eg som Aveyard anbefalar, der ein går til hovudfunna i forskingsartiklane og ser på korleis ein vil skildre funna (2023, s. 143). Etter å ha identifisert temaa som går igjen i kvar enkelt forskingsartikkel organiserte eg dei i ein tabell slik at eg kunne leite etter samanhengar. Deretter fann eg passande temaoverskrifter som relaterte til problemstillinga (Aveyard, 2023, s. 144). Oversikt over temaa kjem i del 4.0 Funn.

3.0 Teori

I denne delen av oppgåva vil eg gå nærmare inn på interaksjonismen med sentrale omgrep som å ta den andre sitt perspektiv og arbeidsrelasjonen. Deretter tek eg for meg relasjons- og kommunikasjonskompetanse, i tillegg til tillit og tryggleik som er sentrale aspekt innanfor interaksjonismen. Vidare kjem eg inn på endring og recovery samt motivasjon og ambivalens.

3.1 Interaksjonistisk teori

Interaksjonistiske praksisteoriar fokuserer på korleis mening blir til gjennom sosiale situasjonar kor individ kommuniserer med kvarandre, som når sosialarbeidar og brukar møtest ansikt til ansikt i ein behandlingssituasjon (Olsen et al., 2023, s. 54). Interaksjonismen er

oppteken av samspelet i relasjonen og fokuserer på korleis individets åtferd og identitet formast gjennom dei sosiale interaksjonane. Sentrale omgrep som situasjonsdefinisjonen, å ta den andre sitt perspektiv, refleksjon i handling og arbeidsrelasjonen, samlar nokre av dei sentrale perspektiva innanfor interaksjonismen (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 33). I denne oppgåva vil eg gå nærmare inn på å ta den andre sitt perspektiv og arbeidsrelasjonen.

Å ta den andre sitt perspektiv inneberer å forsøke å forstå det den andre seier, utforske brukaren sine erfaringar og refleksjonar og evne å sjå brukarens behov og interesser (Olsen et al., 2023, s. 55). Å beherske dette er viktig for samhandlinga då det kan gi oss eit innanfrå-perspektiv som gjer oss i betre stand til å forstå den andre sine følelsar. Filosofen og sosiologen George Herbert Mead kalla dette «å ta den andre si rolle». Å starte der klienten er» er også eit mykje brukt omgrep i sosialt arbeid (Levin & Ellingsen, 2015, s. 117-118). Begge deler har fellestrekk med omgrepet empati som eg vil gå nærmare inn på nedanfor i punkt 3.1.1.

Arbeidsrelasjonen er eit essensielt element i samarbeidet mellom sosialarbeidar og brukar. At ein opplever at det er meningsfullt å snakke saman er eit nødvendig utgangspunkt for endringsarbeid (Olsen et al., 2023, s. 56). I psykoterapiforskning brukast ofte omgrepet den terapeutiske alliansen om relasjonen mellom terapeut og brukar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 21; Shulman, 2015, s. 35). Dersom fagpersonens handlingar bidreg til styrking av relasjonen, kan partane komme inn i ein god samhandlingssirkel som gir rom for positiv utvikling og endring (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). For å kunne skape ein god arbeidsrelasjon er det essensielt med relasjons- og kommunikasjonskompetanse.

3.1.1 Relasjons – og kommunikasjonskompetanse

I endringsarbeid er den viktigaste oppgåva til fagpersonen å engasjere seg på ein måte som fremjar bevisstgjerjing, utvikling og meistring eller betre funksjon hos den andre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19). Kvaliteten på relasjonen er derfor heilt avgjerande. Ifølge Røkenes & Hanssen (2012, s. 180) er det tre forhold som har betydning for å utvikle ein god relasjon. Desse er veremåte, empati og anerkjening. Ein del av det å vere profesjonell inneberer å vurdere om veremåten vår er til hindre for eller fremjar ein god relasjonsutvikling. Vidare inneberer empati å leve seg inn i den andre sitt indre liv og subjektive opplevingar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181 - 182). At fagpersonen er empatisk i samtalen inneberer konkret å lytte, å forstå og å vere anerkjennande (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 187; Skau, 2017, s. 89).

Gjennom empati kan fagpersonen få tilgang til blant anna brukarens sjølvkjensle og behov (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 183 – 184). I ein samtale kan brukaren oppleve seg empatisk forstått men ikkje nødvendigvis anerkjent. Anerkjennning viser til det å bekrefte den andre sine opplevingar og vise respekt for brukarens eigenart. Brukaren må kunne kjenne seg trygg på at han eller ho blir møtt med respekt, uansett kva opplevingar dei fortel om, eller kva følelsar dei viser (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 190 – 191). Gjennom ein slik anerkjennande relasjon meiner Ellingsen & Skjefstad (2015, s. 99) at brukaren kan danne si eiga identitet og samtidig bli sjølvstendig.

3.1.2 Tillit og trygghet

Røkenes & Hanssen (2012, s. 22) meiner det finst haldepunkt for å seie at ein god relasjon i seg sjølv kan vere helbredande og ikkje berre ein føresetnad for terapi. Ein god relasjon kviler på samhandling som skapar tillit og trygghet, noko som er grunnleggande i relasjonar menneske i mellom (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27; Skau, 2017, s. 93). Levin & Ellingsen (2015, s. 115) meiner at å bygge tillit også kan handle om å hjelpe brukaren til å sjå og akseptere sosialarbeidaren som ein endringsmedhjelpar. Røkenes & Hanssen (2012, s. 27) brukar omgrepet bærande relasjon om denne samhandlinga.

3.2 Endring og recovery

Ei anbefalt tilnærming til endring hos ROP-pasientar er recovery (Helsedirektoratet, 2012). Dette er ein personleg, sosial og klinisk prosess (Dahl, 2021, s. 69). Personleg i den forstand at merksemda er på pasientens ønske om endring og kva vedkommande meiner må til for å nå eigne mål. Kva som er personlege element i endringsprosessen er individuelt. Ifølgje Dahl (2021) har ein sett på gruppenivå at det handlar om tilhøyrse, identitet og meining med livet. Recovery som ein personleg prosess føreset at det er omgivadar som mogleggjer endringa. Vidare er prosessen sosial fordi den bidreg til å heve blikket frå individet til hjelpeapparatet og nettverket rundt og korleis dei kan samarbeide med brukaren. Så er det ein klinisk prosess med fokus på resultatmål (Dahl, 2021, s. 69). Sentralt i recovery er å leve eit mest mogleg tilfredsstillande liv, til tross for avgrensingar som sjukdom fører med seg. Personens eiga forståing av livskvalitet og håpefulle faktorar er viktigare enn den behandlingsmetoden eventuelle behandlarar måtte sverje til (Dahl, 2021, s. 64; Evjen et al., 2018, s. 41- 42). Ifølgje Helsedirektoratet (2012, s. 59) må individets eigne ressursar støttast under heile

behandlingsløpet på ein måte som gjer at livskvaliteten betrast.

Recovery brukast på engelsk om alle former for «å komme seg» (Dahl, 2021, s. 69). På norsk brukast nokon gonger omgrepa tilfrisknings- eller betringsprosess om det å vere i ein recoveryprosess. Eg kjem til å bruke omgrepa endringsprosess og betringsprosess om kvarandre i staden for recoveryprosess når eg diskuterer funna opp mot teori. Dette fordi fokuset i oppgåva ikkje er på det endelege målet om å bli frisk, men sjølve prosessen knytt til betring og endring. Fire av fem artiklar eg har inkludert nyttar recovery som ei tilnærming i behandlinga (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019).

3.3 Motivasjon og ambivalens

Arbeid med motivasjon er ein sentral del av behandlinga av ROP-pasientar då denne brukargruppa ofte er prega av betydeleg ambivalens med motstridande ønsker og behov (Evjen et al., 2018, s. 113; Helsedirektoratet, 2012, s. 62). Motivasjonsopplevingar står ifølge Barth et al. (2013, s. 17) i nær forbinding med identitet, sjølvoppfatning og sjølvbestemming. I samtalar om endring er det naturleg at ein møter på fleire utfordringar, og ambivalens til endring er ei av dei. På den eine sida kan brukaren ha eit ønske om å slutte å ruse seg og få det betre med seg sjølv, på den andre sida argumenterer han eller ho for å fortsette som før (Miller & Rollnick, 2016, s. 33). Ifølge Miller og Rollnick (2016, s. 32) er dette ein heilt naturleg fase i endringsprosessen, og dei meiner ein er eit steg nærmare endring om ein kjenner på ambivalens. Det same meiner Barth et al. (2013, s. 21) som reknar ambivalens som motivasjon i sin naturlege form. Derfor er det eit prinsipp å gi rom til, aksept og respekt for motsetnadsfulle tankar og ønsker.

4.0 Funn

I denne delen av oppgåva vil eg presentere funn frå artiklane som er grunnlaget for å kunne svare på problemstillinga. Dette gjer eg ved å nytte meg av temaa som blei utarbeida i den tematiske analysen. I artiklane eg har analysert er tre av undersøkingane gjort i Norden. To av dei er frå Norge og ein frå Sverige. Til saman i desse er det intervjuar 59 ROP-pasientar, 39 menn og 20 kvinner, i alderen 26 – 62 år. Vidare er to av artiklane mine systematiske

oversikter, også kalla systematiske kunnskapsoppsummeringar. Desse gir oversikt over fleire artiklar med same emne (Helsebiblioteket, 2022). Alle dei fem artiklane har informantar som deltek i behandling i psykisk helsevern.

Artikkel	Biong & Soggiu (2015)	De Ruyscher et al. (2017)	Topor et al. (2019)	Kvam et al. (2019)	Fisher et al. (2022)
Tema					
Kvalitetar ved den terapeutiske relasjonen	x	x	x	x	x
Utvida forståing av eiga identitet	x	x		x	x
Ta ansvar for seg sjølv	x	x	x	x	
Heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa behandling	x	x	x	x	x
Hjelp til å meistre kvardagen	x			x	x
Fleire sjansar			x	x	
Støtte og tilhøyrse	x	x	x	x	x

Tabell 4.0: Funn frå tematisk analyse

4.1 Kvalitetar ved den terapeutiske relasjonen

Gjennom den tematiske analysen fann eg at ROP-pasientane trekte fram kvalitetar ved det terapeutiske forholdet som bidrog til utvida forståing av eiga identitet, i tillegg til eit ønske om å ta ansvar for seg sjølv (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Kunnskapsoppsummeringa til Fisher et al. (2022) viser at den terapeutiske alliansen er sentral i endringsprosessane knytt til arbeid med ROP-pasientar. Eit sterkt terapeutisk forhold blir skildra av informantane som ekte, optimistiske og respektfulle. For å ytterlegare styrke det terapeutiske forholdet er det behov for å bli anerkjent og utfordra. Dette samsvarar med De Ruyscher et al. (2017), Biong & Soggiu (2015) og Kvam et al. (2019) sine undersøkingar, som viser at rolla til terapeutar og

omsorgspersonar i behandlingsprosessen er sentral, og at den terapeutiske relasjonen er prega av anerkjening og respekt. For nokre informantar bidrog denne relasjonen til å korrigere tidlegare negative erfaringar og gav dei ei kjensle av verdi og tilhøyrse (Kvam et al., 2019). Informantane understrekar også behovet for omsorgspersonar for å auke si eigenverd ved å ha interesse for personen «utover symptoma» og ikkje gi opp personen om det oppstår tilbakefall (De Ruyscher et al., 2017, s. 273).

Den terapeutiske relasjonen er ikkje berre ein plattform for behandling, men også eit anker for brukarane i prosessen mot betring. Undersøkinga til Kvam et al. (2019) viser at dei terapeutiske relasjonane toler påkjenningar som avtalebrot og rusepisodar, og bidreg vidare til at informantane opplever eit trygt miljø. At informantane opplever dei terapeutiske relasjonane som trygge samsvarar med funn frå Topor et al. (2019). Ein informant skildrar korleis han opplever forholdet til terapeuten som trygt fordi terapeuten har tru på han. Denne tilliten gjer at han sluttar å tvile på seg sjølv (Topor et al., 2019, s. 377). Fleire av interaksjonane informantane hadde med fagpersonane blei skildra som små handlingar av stor betydning. Desse handlingane var ofte knytt til ei positiv verdsetting av pasienten som menneske slik som ein informant skildrar her: *“I met a psychologist. He could refer to things I had mentioned months ago. He remembered – that was really important. It got more personal, so I started to trust him and told him about my life”* (Topor et al., 2019, s. 381). I tillegg viser undersøkinga at brukaren nokon gonger må bestemme seg for å ha tru på fagpersonen for å komme vidare i endringsprosessen (Topor et al., 2019, s. 377).

Dei terapeutiske relasjonane som er prega av anerkjening og respekt bidreg til utvida forståing av ROP-pasientanes identitet (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Kvam et al., 2019). Undersøkinga til Kvam et al. (2019) viser at ein del av endringsprosessen til informantane ser ut til å innebere utforsking av omgrep knytt til normalitet. Omgrep som «normal» og «A4» blir ofte nemnt. Funna viser at søken etter å «oppnå normalitet» inneberer ein kompleks prosess knytt til det å ivareta og forstå si eiga individualitet, og at dette er unikt for kvar enkelt informant. Fleire informantar i studien til Kvam et al. (2019) skildrar også at det å sjå seg sjølv utanfrå gjennom andre sine auge gir ei oppleving av å få fleire og nye val. Dette samsvarar med De Ruyscher et al. (2017) og Biong & Soggiu (2015) som viser at å vere i ein endringsprosess inneberer å gjenvinne eit positivt syn på seg sjølv, utvikle sjølvtilit og bygge ei ny identitetskjennele. Relasjonane til fagpersonane legg til rette for ei sosial identitet hos ROP-pasientane meir som aktør og subjekt enn som tenestemottakar med ROP-liding (Biong & Soggiu, 2015, s. 57). Det er likevel noko ambivalens i dette, då nokon av

informantane også nemner at dei synest det er vanskeleg å gi opp visse aspekt ved sin «gamle» identitet, som blant anna tidlegare sosiale nettverk frå rusmiljøet (De Ruyscher et al., 2017, s. 274; Kvam et al., 2019).

Dei terapeutiske relasjonane bidreg også til at ROP-pasientane ønsker å ta ansvar for seg sjølv (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Funna i undersøkinga til Topor et al. (2019, s. 377 – 378) viser at dei fleste informantane ser på endring som eit resultat av eigen vilje og at dette er med på å påverke sjølvkjensla. Samtidig erkjenner dei at endring ikkje hadde vore mogleg utan hjelp. Dette samsvarar med funn frå Kvam et al. (2019) kor informantane seier at fagpersonane fremjar endring gjennom å legge til rette for betre livsvilkår, samtidig som dei framhevar at endringa spring ut frå dei sjølv. I De Ruyscher et al. (2017, s. 274) og Biong & Soggiu (2015, s. 55) skildrar informantane at det å ta aktivt ansvar for sine egne problem og erkjenne evna til endring er ein sentral del av endringsprosessen.

4.2 Heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa behandling

Behandling som er heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa blir trekt fram som sentrale faktorar i endringsprosessen (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Heilskapleg behandling blir av informantane skildra som omsorg som gir støtte til dei fleste forhold knytt til det å bli betre. Særleg det å meistre kvardagen blir trekt fram som viktig. Dette inneberer å finne seg arbeid og ein bolig, administrasjon av økonomi og forhold som gjeld familie og sosialt nettverk (Biong & Soggiu, 2015, s. 55; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019). Informantane i De Ruyscher et al. (2017, s. 273) uttrykker også eit ønske om behandling som famnar alle aspekt av deira liv. Biong & Soggiu (2015) viser at fleksibilitet frå fagpersonane med moglegheit for kontakt om kvelden og i helgene betyr mykje for fleire:

«Når stemmene i hodet blir for mye, da å kunne ta en telefon å bare kunne prate med noen. ... Tidligere så har jeg i slike situasjoner kanskje ramla innom akuttpsykiatrien. ... At de er oppe så sent på kvelden, det har vært veldig viktig. Og helger. Jeg kjenner mange som har psykiske problemer som sier at helgene er grusomme. Her er det bare å ringe». (Biong & Soggiu, 2015, s. 56).

Informantane i studiane understrekar viktigheita av struktur og rutinar, men at fleksibilitet og

det å ta omsyn til individuelle behov er like viktig (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Til dømes blir det å få fleire sjansar trekt fram som viktig i endringsprosessen (Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019, s. 378). Undersøkingane til Kvam et al. (2019) og Topor et al. (2019) viser at behandlingstiltakane ikkje kastar pasientane ut av oppfølging om dei får tilbakefall. Dette viser seg blant anna i historia til ein informant som skildrar korleis tidlegare innleggingar på institusjonar med nulltoleranse for tilbakefall ikkje var til hjelp (Topor et al., 2019, s. 379 - 380). Informanten forklarar korleis han har opplevd svik gjennom heile livet. At institusjonen kasta han ut opplevde han som eit nytt svik og han fortsette i det dårlege mønsteret med rusbruk. Opplevinga med å kome til ein ny plass som ikkje gav han opp bidrog positivt i endringsprosessen og gjorde at han fekk tru på seg sjølv.

4.3 Å oppleve støtte og tilhøyrse

Funn frå artiklane viser også at å oppleve støtte og tilhøyrse er sentrale faktorar i endringsprosessen (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Informantane til De Ruyscher et al. (2017) understrekar at «peer support», og det å føle på tilhøyrse i eit fellesskap er viktige element knytt til endring. «Peer support» kan oversettast til likemannsstøtte. Dette vil seie støtte frå personar med liknande bakgrunn og erfaringar (De Ruyscher et al., 2017, s. 273). I De Ruyscher et al. (2017) kjem dette spesielt fram når det blir snakka om sjølvhjelpsgrupper. Deltakarane understrekar verdien av gruppene som «trygge rom» kor dei kan identifisere seg med personar som går gjennom dei same utfordringane. I Fisher et al. (2022) meiner informantane at likemannsstøtte oppmuntrar dei til å føle seg som ein del av eit fellesskap og det gir moglegheit til å lære av andre med levd erfaring.

Kunnskapsoppsummeringa til De Ruyscher et al. (2017, s. 267) viser at mangel på sosiale relasjonar i betringsprosessen kan vere skadeleg, ettersom nokre informantar skildrar ei kjensle av einsemd og isolasjon etter å ha blitt avhaldande. Informantane snakkar om behovet for å utvide sosiale roller og kjenne seg verdifull i det store samfunnet. Støtte frå familie blir også trekt fram som svært viktig i denne undersøkinga. Dette er den einaste artikkelen som trekker fram støtte frå familie. De Ruyscher et al. (2017) viser at det er ein tvitydighet knytt til dette; informantane har eit stort behov for støtte frå familien, men samtidig meiner dei det kan vere ei kjelde til stress og konflikt. Enkelte meiner at familiemedlemmar er ei belastning i

endringsprosessen, men det blir ikkje spesifisert kvifor (De Ruyscher et al., 2017, s. 273).

Informantane trekker også fram at fagpersonane rundt dei er ein støttespelar i møte med andre instansar (Biong & Soggiu, 2015, s. 54; Topor et al., 2019, s. 378). Dette samsvarar med Kvam et al. (2019) der informantane skildrar hjelparane som talspersonar som snakkar tenesta sitt språk. Undersøkinga peikar også på at vedvarande støtte er sentralt for å kjenne seg sett og ivareteken. I Topor et al. (2019, s. 378) forklarar ein informant viktigeita av støtte ved å seie at endring er lettare når ein har gode folk rundt seg. Informantane i Biong & Soggiu (2015, s. 59) skildrar fagpersonane som fremjarar av støttande omgivningar.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgåva vil eg knyte funna opp mot teoridelen. Eg vil også nytte meg av dømet med Anders frå 1.1 Bakgrunn for val av tema og forforståing, for å sjå Anders sin situasjon i eit nytt lys ved hjelp av forskning og teori. Dette vil bli diskutert ut i frå problemstillinga: *Kva meiner vaksne med ROP-liding, under behandling i psykisk helsevern, er sentrale faktorar som bidreg til betring i ein endringsprosess?*

5.1 Støttande relasjonar bidreg til endring

Ein klar samanheng mellom funna frå artiklane er betydninga av relasjonar i endringsprosessen til ROP-pasientane. Pasientane meiner det er avgjerande med relasjonar basert på respekt og anerkjenning og fagpersonanes tru på dei bidreg til at trua på seg sjølv blir styrka (Biong & Soggiu, 2015, s. 55; De Ruyscher et al., 2017, s. 273; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019, s. 381). For nokre bidreg den terapeutiske alliansen til å korrigere negative erfaringar, for andre bidreg relasjonen til å sjå seg sjølv i eit nytt lys. Røkenes & Hanssen (2012, s. 22) peikar på at ein god relasjon i seg sjølv kan bidra til endring, noko eg vil seie meg eining i då funna kan tyde på det same. Betydinga av relasjonar ser ut til å vere ein raud tråd i dei tre temaa: kvalitetar ved den terapeutiske relasjonen, heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa behandling og oppleving av støtte og tilhøyrse. Det handlar om korleis ROP-pasientane blir møtt og ivaretatt og korleis dei opplever interaksjonane med fagpersonane, hjelpeapparatet og det sosiale nettverket som bidragsytarar i endringsprosessen. Sett i lys av forskning og teori kan det tenkast at Anders' manglande bruk av hjelpetilbodet på

den psykiatriske døgneininga skuldast at han ikkje kjende seg sett og høyr. Sjølv om fagpersonane prøvde å hjelpe, opplevde Anders det motsette; han meinte at ingen ville hjelpe han. Her har ein ikkje klart å oppnå ein god arbeidsrelasjon, noko som gjer det vanskeleg å komme nærmare inn på pasientens eigentlege behov (Olsen et al., 2023, s. 56; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 183 - 184). Då må ein søke å finne ut av kvifor han opplever å ikkje få hjelp og kva ein kan gjere annleis for å etablere det Røkenes & Hanssen (2012, s. 27) kallar ein samhandlingsprosess som bidreg til tillit og trygghet.

Vidare uttrykker informantane at dei har behov for støttande relasjonar i endringsprosessen (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Særleg støtte frå personar med liknande erfaringar blir trekt fram (De Ruyscher et al., 2017, s. 273; Fisher et al., 2022). Fleire av informantane i De Ruyscher et al. (2017, s. 267) rapporterte at dei blei einsame og isolerte seg etter å ha blitt avhaldne, noko som viser at mangel på støttande relasjonar kan vere direkte skadeleg. Å kunne identifiserer seg med personar med liknande bakgrunn gir informantane moglegheit til å dra nytte av andre sine erfaringar. Relasjonane kan bidra til at ROP-pasientane får sine eigne opplevingar bekrefta og slik føre til at dei kjenner seg respektert og anerkjent for sin eigenart (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 191). Samtidig viser funna at ikkje nødvendigvis alle nære relasjonar er positive, nokre kan også vere belastande (De Ruyscher et al., 2017, s. 273; Kvam et al., 2019). For nokre inneberer vegen til betring brot i relasjonar til personar som tidlegare var ein viktig del av livet. Informantane i kunnskapsoversikten til De Ruyscher et al. (2017, s. 273) hadde eit stort behov for støtte frå familien, men samtidig kunne dette også føre til stress og konflikt. Det blir ikkje sagt kvifor informantane opplevde det slik, men dei uttrykker at dei har behov for trygge rom, tilhøyrse i eit fellesskap og oppleving av støtte. Teorien understrekar det same og seier at for å kjenne seg trygg og støtta må brukaren oppleve at den dei snakkar med evnar å ta deira perspektiv; å forstå det dei forstår. (Levin & Ellingsen, 2015, s. 118; Olsen et al., 2023, s. 55; Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181).

Andre faktorar som ROP-pasientane meiner fremjar endring er relasjonar som bidreg til utvida forståing av eiga identitet og det å få lyst til å ta ansvar for seg sjølv (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). ROP-pasientane opplevde at å gjenvinne eit positivt syn på seg sjølv og bygge ei ny identitetskjennele var sentralt i betringsprosessen (De Ruyscher et al., 2017, s. 274). Funna knytt til å forstå eiga individualitet inneberer blant anna å kjenne seg som ein aktør og eit subjekt framfor ein tenestemottakar med ROP-liding. I tillegg hadde dei eit behov for å

oppleve seg sjølv som det informantane beskreiv som «normal» (Biong & Soggiu, 2015, s. 57; Kvam et al., 2019). Samanlikna med dømet med Anders får dette meg til å tenke at hjelpeapparatet ikkje klarte å etablerer den relasjonen der ein opplever meistring og sjølvtilitt. Han såg på seg sjølv som ein passiv tenestemottakar, noko som gjorde at han ikkje kom dit i prosessen at han fekk lyst til å ta ansvar for seg sjølv. I nær forbindelse med identitet og sjølvoppfatning er opplevingar av motivasjon for endring (Barth et al., 2013, s. 17). Det ligg mykje ambivalens i det å skulle endre seg og nokre av informantane synst det var utfordrande å gi opp visse aspekt ved si «gamle» identitet (De Ruyscher et al., 2017, s. 274). Ifølge Miller & Rollnick (2016, s. 32) og Barth et al. (2013, s. 21) skal ein gi rom til slik ambivalens då dette er ein heilt naturleg fase i endringsprosessen. Ambivalens og motivasjon går hand i hand og motsetnadsfylte tankar og ønsker er eit steg nærmare endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 32). Noko av det viktigaste vil vere at fagpersonane arbeider med denne ambivalensen og legg til rette for utforsking av ønske om endring (Evjen et al., 2018, s. 113; Helsedirektoratet, 2012, s. 62). Igjen blir det understreka at relasjonen mellom hjelper og pasient av avgjerande, og her viser Evjen et al. (2018) og Helsedirektoratet (2012) at fagpersonane har eit særleg ansvar med å hjelpe ROP-pasientane til å utforske eigne følelsar og møte dei på ein måte som gjer at dei ser seg sjølv i eit nytt lys. Å bli lytta til, respektert og anerkjent gjer at brukaren kan oppdage nye sider ved seg sjølv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 191).

Andre sentrale kvalitetar ved dei terapeutiske relasjonane er små handlingar som viser at ROP-pasientane blir verdsett (Topor et al., 2019, s. 381). Ein av informantane skildrar korleis ein terapeut i ein av samtalanane deira refererte til ting vedkommande hadde sagt for fleire månadar sidan (Topor et al., 2019, s. 381). Informanten kjente seg sett og høyrte, noko som bidrog til at han stolte på terapeuten. Slike små handlingar betyr mykje og kan sette i gong prosessar av stor betydning for ROP-pasientane. Det positive synet informantane får på seg sjølv gjennom relasjonane til fagpersonane kan tyde på at dei har opplevd å bli møtt med empati, noko som i ein samhandlingsprosess kan bidra til tillit, trygghet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27 ; Skau, 2017, s. 93). I ein trygg relasjon er det lettare å forstå kvarandre og informantane frå undersøkingane har opplevd det Røkenes og Hanssen (2012, s. 28) kallar for ein bærande relasjon; ein relasjon basert på tillit kor brukaren aksepterer fagpersonen som ein endringsmedhjelpar (Levin & Ellingsen, 2015, s. 115). ROP-pasientane opplever at relasjonane dei har til hjelpeapparatet set dei i ein posisjon kor positiv utvikling og endring er mogleg (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27).

5.2 Hjelpeapparatet må legge til rette for endring

Temaet som handlar om heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa behandling handlar i stor grad også om støttande relasjonar. ROP-pasientane uttrykker at dei treng eit hjelpeapparat som ser og forstår dei (Biong & Soggiu, 2015; De Ruyscher et al., 2017; Fisher et al., 2022; Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019). Det same kan tenkast at Anders uttrykker gjennom passiviteten sin; han ønska å bli sett og forstått av hjelpeapparatet. Å endre på rusbruk er ein personleg prosess og endringsprosessen vil sjå ulik ut frå individ til individ (Dahl, 2021, s. 69). Derfor er det viktig at behandling blir gitt ut frå behova til kvar enkelt. Fleire av informantane frå studiane rapporterer om viktigheita av å få fleire sjansar, og ikkje bli gitt opp om ein får eit tilbakefall (De Ruyscher et al., 2017, s. 273; Topor et al., 2019, s. 378). Moglegheit for kontakt ved behov betydde også mykje, særleg om kvelden og i helgene. Ein brukar skildrar korleis han opplevde dette som førebyggjande då slike situasjonar tidlegare hadde eskalert og enda på akuttpsykiatrien (Biong & Soggiu, 2015, s. 56). ROP-pasientar er ei pasientgruppe der mange uttrykker å ha dårlege erfaringar med å få hjelp og derfor er det essensielt at denne gruppa blir møtt på ein måte som respekterer deira behov og individuelle situasjon (Evjen et al., 2018, s. 25; Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Peronar med ROP-liding treng langsiktig og omfattande oppfølging og sentralt i anbefalt tilnærming er å ta utgangspunkt i deira forståing av eigen situasjon, deira behov og kva som bidreg til betre livskvalitet (Dahl, 2021, s. 64; Evjen et al., 2018, s. 41-42; Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Når eg tenker på Anders som opplevde å ikkje få hjelp så ser eg eit hjelpeapparat som kunne vært meir fleksible i tilnærminga si. At ein ikkje møter opp til faste måltid blir ein bagatell når ein har bekymringar som at ein ikkje har ein heim når ein blir utskriven. Hjelpeapparatet sine intensjonar var gode i møte med Anders, men eg trur ikkje dei klarte å møte han på dei behova han hadde. Gode relasjonar krev tid og tilpassing og i tilfellet til Anders har ein ikkje klart å oppnå dette. Målet må vere å etablere ein terapeutisk relasjon som mogleggjer at pasientane tek i mot hjelpa (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Då kan ein seie at hjelpeapparatet har lagt til rette for endring.

Empirien i forskingsartiklane dokumenterer også ROP-pasientanes eigeninnsats, i samspel med hjelp frå hjelpeapparatet. Endring er eit resultat av eigen vilje, men samtidig erkjenner fleire at endring ikkje er mogleg utan hjelp (Kvam et al., 2019; Topor et al., 2019, s. 378). Motsett viser dømet med Anders at sidan han opplevde å ikkje få hjelp, så kom han heller

ikkje dit at han opplevde endring. Fagpersonanes handlingar, hjelp og støtte overfor ROP-pasientane i undersøkingane bidreg til å styrke trua på seg sjølv og innsikta om at dei har det i seg å endre dårlege vanar. For personar med omfattande hjelpebehov, som ROP-pasientar, er det viktig å fremje sjølvstendigheit og meistring slik at dei opplever kontroll over eige liv (Helsedirektoratet, 2018). Derfor må helsetenestene bidra til å bevisstgjere og styrke brukaren slik at dei kan realisere sitt potensial.

6.0 Metodiske styrker og svakheiter

Grunna tidsperspektiv og ressursar gav val av litteraturstudie som metode tilgang til meir datamateriale enn det eg kunne samla inn sjølv. Sjølv om eg gjennomførte systematiske søk for å dekke heile temaet, er det ikkje er usannsynleg at relevante artiklar blei oversett i søkeprosessen. Denne oppgåva består av fem forskingsartiklar, noko som er relativt lite på eit så stort fagområde. Om eg skulle gjort litteraturstudien på nytt ville eg inkludert studiar som utfordrar denne forskinga og viser alternative perspektiv. Eg kunne også vurdert å inkludere eldre forskning for å få ei breiare forståing av utviklinga knytt til mitt tema, noko som ville gitt eit meir omfattande perspektiv på temaet. Forforståinga mi av at støttande relasjonar er sentralt i ein endring prosess og at vilje til å ta ansvar for seg sjølv er ein føresetnad for dette, kan ha påverka analysedelen min med tanke på korleis eg har tolka funna.

Svakheiter med enkeltstudiane eg har inkludert er at dei baserer seg på relativt få deltakarar, noko som kan avgrense generaliseringa av resultatata (Dalland, 2017, s. 231). Likevel viser oppgåva at funn frå enkeltstudiane samsvarar med funn frå dei systematiske kunnskapsoppsummeringane. Samtidig er det vanskeleg å vite om funna er representative då deltakarar som seier ja til å vere med i ei undersøking ikkje nødvendigvis er representative for dei som ikkje deltek. Likevel gir forskingsartiklane innsikt i brukarperspektivet og erfaringar innanfor behandlinga av samtidig rus- og psykisk lidning.

7.0 Avslutning

Denne bacheloroppgåva har svart på problemstillinga: *Kva meiner vaksne med ROP-liding, under behandling i psykisk helsevern, er sentrale faktorar som bidreg til betring i ein endringsprosess?* Funn frå tre kvalitative studiar og to kvalitative systematiske oversikter viser at ROP-pasientar meiner at kvalitetar ved det terapeutiske forholdet, behandling som er heilskapleg, fleksibel og individuelt tilpassa, og oppleving av støtte og tilhøyrse er sentrale faktorar i ein endringsprosess. Det kom tydeleg fram kva ROP-pasientane meinte var sentrale faktorar når det gjeld dei profesjonelle. Når det gjeld familie er dette noko uklart og tvitydig (De Ruyscher et al., 2017, s. 273). Sidan kun ein av artiklane peikar på at støtte frå familie opplevast som viktig hadde det vore spennande å sett meir på korleis ROP-pasientar opplever støtte frå familien og korleis dette kan påverke endringsprosessen. Til tross for dei utfordringane denne pasientgruppa står overfor, med ein livssituasjon som kan føre til motlausheit og lite framtidshåp, viser litteraturstudien at støttande relasjonar er avgjerande og kan legge til rette for at ROP-pasientar får tru på seg sjølv og tru på at endring er mogleg.

Mi forforståing om at individets vilje til å ta ansvar for eiga helse er ein føresetnad for endring har blitt noko utfordra, då eg no ser endå tydelegare at hjelpeapparatet og dei terapeutiske relasjonane er det avgjerande elementet i å gjere det mogleg for pasientar å ta ansvar for seg sjølv. Som profesjonsutøvar må ein vere medviten og søke kunnskap rundt det ein opplever som utfordrande for å kunne møte brukarane på ein best mogleg måte i endringsprosessen.

8.0 Referanseliste

- Aveyard, H. (2023). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (5. utg.). McGraw-Hill Education.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19–35). Universitetsforlaget.
- 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. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51–60. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Dahl, T. (2021). Recoveryperspektivet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 63–86). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264–279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Det Norske Akademis ordbok. (2024). *Prosess*. <https://naob.no/ordbok/prosess>
- Ellingsen, I. T., & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Fisher, A., Rochesson, S. E. D., Mills, K., & Marel, C. (2022). Guiding Principles for Managing Co-occurring Alcohol/Other Drug and Mental Health Conditions: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–48. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00926-7>

- FO. (2023). *FO: Yrkesetisk grunnlagsdokument 2023-2027*. <https://www.fo.no/yrkesetisk-grunnlagsdokument/fo-yrkesetisk-grunnlagsdokument-2023-2027-article6951-3644.html>
- Helsebiblioteket. (2021, september 17). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2022, 09). *Systematisk oversikt*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.2-systematisk-oversikt>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2018, januar 30). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>
- Helsenorge. (u.å.). *Psykisk helsevern*. Hentet 25. mars 2024, fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/>
- Hutchinson, G. S., & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Ingersoll, K. (2022, mars 1). *Substance use disorders: Motivational interviewing*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorders-motivational-interviewing?search=motivational%20interviewing%20for%20substance%20use%20d>

isorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- Kvam, E. A., Oddli, H. W., & Landheim, A. (2019). Anker i normalitet—Betringsprosessar hjå menneske med rus og psykisk lidning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(3), 166–177.
- Levin, I. (2021). *Hva er sosialt arbeid* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Levin, I., & Ellingsen, I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 23. (2022). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023—2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Fagbokforlaget.
- National Library of Medicine. (2023, desember 20). *Dual Diagnosis* [Text]. MedlinePlus; National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/dualdiagnosis.html>
- Olsen, G., Oltedal, S., & Hutchinson, G. S. (2023). *Teorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Shulman, L. (2015). *The Skills of Helping Individuals, Families, Groups, and Communities, Enhanced* (8. utg.). Cengage.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatrici: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Cappelen Damm.
- Topor, A., Greiff, N., & Skogens, L. (2019). Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge. *International Journal of Mental Health*

and Addiction, 19, 374–385. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00063-8>

Vedlegg 1 – Søkelogg

Database/ Søkemotor	Dato	Søkeord	Tal treff	Lest	Lest med snøball- metoden	Inkluderte artiklar
Google Scholar	04.01.24	Empowerment and "social work" and psychiatry	95 400	2	0	
		Myndiggjøring og «sosialt arbeid» og psykiatri	1710	4	0	
	10.01.24	Relasjonsarbeid og motivasjon og endringsprosesser	851	1	1	
		"Motivational interview*" and change and "substance abuse" and "mental health"	3580	1	0	
	28.01.24	"Motivational interview*" and "dual diagnosis" and "milieu therapy" and Norway	12 300	1	1	
	06.02.24	"Dual Diagnosis" and "motivational interview" and "patient experiences"	15	3	1	Fisher et al. (2022). De Ruyscher et al. (2017).
	04.04.24				1	Topor et al. (2021)
	Idunn	08.01.24	Miljøterapi og psykiatri	58	1	0
11.01.24		Miljøterapi og motiverende intervju og rus	8	1	0	
		Motiverende intervju	1410	2	0	

CINAHL	10.01.24	«Motivational interview*» or mi and change and «relational therapy»	4426	1	1	
	07.02.24	“Milieu therapy” and “motivational interview*”	1497	5	0	
	05.04.24	“Dual diagnosis” and “motivational interviewing” and motivation and (experiences or perceptions or attitudes or views)	4971	2	0	
PsychINFO	11.01.24	«Motivational interview*» and addiction and therapy	261	1	4	
	15.01.24	«Motivational interview*» and empowerment	51	0	0	
		«Motivational interview*» and empowerment and psychiatry	3	0	0	
	24.01.24	“Motivational interview*” and “dual diagnosis” and change	30	1	0	
		“Motivational interview*” and “dual diagnosis” and “milieu therapy”	0	0	0	
	28.01.24	“Motivational interview*” and “dual diagnosis” and Norway	0	0	0	
Epistemonikos	11.01.24	"Motivational interview*" and	10 747	1	0	

		empowerment and addiction				
		"Motivational interview*" and empowerment and drug addiction	0	0	0	
	28.01.24	“Motivational interview*” and “dual diagnosis” and Norway	0	0	0	
Eric	15.01.24	"Motivational interview*" and empowerment and (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use)	1	0	0	
		"Motivational interview*" and empowerment	4	0	0	
Helsebiblioteket	15.01.24	«Motiverende intervju»	155	3	1	
Social Care Online	15.01.24	“Motivational interview*” and empowerment	2	1	0	
Scopus	15.01.24	“Motivational interview*” and empowerment	82	0	0	
		"Motivational interview*" and empowerment and «substance abuse»	4	1	0	
		«Motivational interview*» and empowerment and «dual diagnosis»	3	0	0	
	25.01.24	“Motivational interview*” and “dual diagnosis” and “milieu	88	1	0	

		therapy”				
SweMed+	15.01.24	«Moteriverande intervju» and empowerment	0	0	0	
		«Motiverande intervju»	11	2	1	
	04.04.24	Recovery och rop	1	1	0	Boing & Soggiu (2015)
	05.04.24	Dubbeldiagnos	126	2	0	Kvam et al. (2019)
Oria	15.01.24	“Motivational interview*” and “dual diagnosis”	63	7	5	
	07.02.24	“Motivational interview*” and “health care”	1618	2	0	

Vedlegg 2 – Litteratormatrise

Fagfellevurderte kvalitative studiar:	Biong & Soggiu (2015)	Topor et al. (2019)	Kvam et al. (2019)
Tittel	<i>Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringa i en kommunal ROP-tjeneste.</i>	<i>Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge.</i>	<i>Anker i normalitet - Betringsprosessar hjå menneske med rus og psykisk lidning.</i>
Hensikt	Skildre personar med samtidige lidningar sine erfaringar med recovery-orienteringa i eit lokalt psykisk helse- og rusteam.	Skildre kva brukarar med samtidig psykisk helse- og rusproblem opplever som viktig for å sette i gang og oppretthalde rehabiliteringsprosessen.	Å utdjupe dei psykologiske kjerneomgrepa endring og recovery ved å utforske endringsprosessar frå ROP-pasientars perspektiv.
Forsknings land	Norge	Sverige	Norge
Studie design	Eksplorativt og deskriptivt design med kvalitative individuelle intervju.	Individuelle kvalitative intervju.	Semistrukturerte intervju
Deltakarar	13 (10 menn og 3 kvinner)	40 (27 menn og 13 kvinner)	6 (4 kvinner og 2 menn)
Alder	40 – 60 år	26 – 62 år	26 – 49 år
Resultat	Hovudfunna var at deltakaranes erfaringar med recovery-orienteringa i tenesta kunne uttrykkast som Her tar dei tinga i henda og gjer noko med det. Funnet tyder på at livskvaliteten for brukarane er knytt til relasjonane og samarbeidet med teamet om dei områda og dei måla som brukarane synest er viktige. Basert på tema og kodar som blei identifisert i analysen blei det utvikla fire kodegrupper:	Intervjua blei analysert etter tematisk analyse og resulterte i tre tema: Mi eiga avgjersele, men med hjelp frå andre. Dei fleste brukarane presenterte endringar som eit resultat av deira eigen vilje. På den andre sida meinte dei at endring ikkje hadde vore mogleg utan hjelp frå andre. Behovet for struktur og gå utover dei Understrekar viktigheita av	Kjernekategori anker i normalitet famnar to gjensidig avhengige og utfyllande aspekt ved betringsprosessane. Fire underkategoriar skildrar kategori 1 og fire underkategoriar skildrar kategori 2. Anker i normalitet Forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betring – å feste anker utover <ul style="list-style-type: none"> • Ein trygg heim er åstad for betring

	<ul style="list-style-type: none"> • Dei er nysgjerrige på ressursane mine • Lagar mål saman • Ikkje nokon rammer på hjelpa du kan få • Eg blir jo ikkje avvist 	<p>strukturar og rutinar både for ein gjenopprettingsprosess i ein institusjonell setting og for å sikre at brukarane held seg til det i kvardagen i samfunnet. Men dei fortalde også om situasjonar der fagpersonar tøygde grensene av omsynet til den enkelte brukar. Desse handlingane var like viktige som strukturane og rutineane dei gjekk utover.</p> <p>Små trivielle ting av stor betydning</p> <p>Ofte var handlingane som blei skildra knytt til ein positiv verdsetting av den andre som menneske. Handlar om behovet for støtte og bli sett og lytta til.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelparar som døropnarar og talerøyr • Fleksible hjelparar i kontrast til kontoret • Tolmodige hjelparar ber vikarierende håp <p>Strategiar for forhandling av nye identitetar – å feste anker innover</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienterer seg etter draumen om A4-livet • Utvidar og endrar identitetar • Ser seg sjølv på nye måtar med auge som forstår • Endring spring ut frå informantane sjølve
Konklusjon	<p>Deltakarane uttrykte at møtet med teamet blei eit vendepunkt for dei. Teamets praksisar skapte moglegheiter for ein ny sosial identitet og for å handle på nye måtar, noko som bidrog til betring.</p>	<p>Mikrobekreftelsar har ei sentral rolle i å skape nyttige relasjonar ved å bekrefte dei involverte personane som meir enn berre brukarar og profesjonelle. Meir merksemd og verdsetting bør gis til praksis som involverer mikrobekreftelsar.</p>	<p>Intervjua viser at informantane skildrar betringssprossane som tosidige. Felles er behovet for gode, stabile livsvilkår – nær vevd saman med personlege identitetsforhandlingar. Gjennom å ta roller som bidreg til å styrke brukarar sine livsgrunnlag, kan psykologar og andre som arbeider med menneske som er stilt utanfor norma, skape endring så vel som allianse.</p>
Svakheiter	<p>Studiedeltakarane blei rekruttert av tilsette i teamet noko som kan ha ført til ein viss seleksjon og at personar med viktige erfaringar ikkje deltok. Bruken av individuelle intervju kan ha avgrensa variasjonen i erfaringane samanlikna med</p>	<p>Resultata er avhengige av erfaringane til ei rekke brukarar, men ettersom dei sa ja til å delta i studien, er dei kanskje ikkje representative for alle brukarar.</p>	<p>Informantane blei rekruttert frå ei spesifikt ROP-team, noko som kan avgrense moglegheita for å generalisere resultata til andre settingar eller populasjonar.</p> <p>Informantane blei valt ut frå kriterium som inkluderte</p>

	fokusgrupper.		langvarig kontakt med ROP-teamet og oppleving av betring. Dette kan føre til at dei valte informantane ikkje representerer heile spekteret av personar med ROP-liding.
Styrkar	Studien er ein re-analyse av ein tidlegare evalueringsrapport, noko som gir moglegheit for å avdekke og utforske data på nytt for å oppdage nye innsikter.	Grundig rekrutteringsprosess; rekruttering av brukarar blei gjort gjennom eit bredt spekter av sosiale og psykiatriske polikliniske tenester. Intervjua blei gjennomført over ein periode på to år, noko som gir djupne i datainnsamlinga.	Studien brukte ein kvalitativ tilnærming som tillèt djupneforståing av informantanes erfaringar. Sjølv om informantane ikkje representerer heile spekteret av ROP-pasientar kan dei likevel bidra til djupare innsikt i kva denne brukargruppa ser på som viktig i ein endringsprosess.

Fagfellevurderte systematiske oversikter:	De Ruyscher et al. (2017)	Fisher et al. (2022)
Tittel	<i>The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective.</i>	<i>Guiding Principles for Managing Co-occurring Alcohol/Other Drug and Mental Health Conditions: a Scoping Review.</i>
Hensikt	Å oppsummere eksisterande kvalitativ forskning om betydinga av recovery sett frå perspektivet til personar med dobbel diagnose.	Å syntetisere den publiserte litteraturen om rettleiande prinsipp for å handtere samtidig førekommande alkohol/andre rusmiddel og psykiske helsetilstandar i rusbehandling.
Forskins-land	USA (8), Australia (3) Storbritannia (3) Canada (1) og Sverige (1)	USA (12), Australia (12), Canada (6), Norge (6), Storbritannia (3), Sverige (1), Spania (1), Belgia (1) og New Zealand (1)
Studie-design	16 studiar inkludert: fokusgrupper (6), djupneintervju (8), foto-eliciteringsintervju (1) og 1 søkte etter narrativ på internett.	43 artiklar inkludert: Både kvantitativ og kvalitativ litteratur blei inkludert for å gi ein breiare, meir omfattande framstilling av sentrale rettleiande prinsipp. Tverrsnittstudie: semistrukturerte kvalitative intervju (8), narrativ

		<p>litteraturgjennomgang (7), systematisk gjennomgang (4), tverrsnitt av kvalitative fokusgrupper (3), fokusgrupper (3), tverrsnittstudie: kvalitative strukturerte intervju (2), tverrsnittstudie: kvantitativ og kvalitativ undersøkning (2), semistrukturerte intervju (2), oppsummering av retningslinjer (2), tverrsnitt av kvantitativ undersøkning (2), tverrsnitt av ustrukturerte kvalitative intervju (1), deltakende aksjonsforskning (1), omfangsgjennomgang (1), blanda metode (semistrukturerte kvalitative intervju og kvantitativ nettundersøkning) (1), kvalitativ analyse av dokument (1), kritisk anmeldelse (1), tverrfagleg ekspertmøte (1) og før/etter studie (1)</p>
Resultat	<p>For å svare på forskings spørsmålet blei overordna tema og undertema identifisert gjennom alle artiklane ved hjelp av tematisk analyse:</p> <p>Føle seg støtta: Sosiale relasjonar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiestøtte • Likemannsstøtte • Fellesskapstilhøyrse <p>Sjå utover symptoma: Behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heilskapleg og individualisert tilnærming • Terapeutisk relasjon <p>Bygge ei positiv framtid: Personleg tru</p> <ul style="list-style-type: none"> • Håp • Identitet • Sjølvansvar og sjølvbestemming <p>Å ha ein stad «å vere»: Meiningsfull aktivitet</p>	<p>Femten rettleiande prinsipp ble identifisert. Dei viktigaste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bygge eit sterkt terapeutisk forhold • Gi heilskapleg omsorg • Sørge for kontinuitet i omsorga • Involvere likemannsstøtte • Skreddarsydde behandlingsplanar
Konklusjon	<p>I denne gjennomgangen ba deltakarane om fleksibilitet innan psykisk helsevern, ei tilnærming som tillèt både suksessar og feil.</p>	<p>Brukargruppa i rusbehandling har spesifikke og unike behov og derfor er det viktig av dei tilsette i rusbehandlingsmiljø har riktig kunnskap og rettleiing. Denne gjennomgangen identifiserte femten rettleiande prinsipp, som er i samsvar med internasjonale retningslinjer for handtering av samtidig rus og psykisk lidning.</p>

<p>Svakheiter</p>	<p>Søk blei avgrensa til artiklar på engelsk, noko som kan ha ført til ekskludering av relevante studiar publisert på andre språk.</p>	<p>Det meste av den identifiserte forskinga var av kvalitativ natur og basert på brukarperspektiv. Utan bekreftande bevis frå større kvantitative studiar er det vanskeleg å vite om desse rettleiande prinsippa er representative.</p> <p>Studien inkluderer heller ikkje ei vurdering av kvaliteten på bevisa som blei brukt. Til slutt blei søk avgrensa til artiklar på engelsk og noko som kan ha ført til ekskludering av relevante studiar publisert på andre språk.</p>
<p>Styrkar</p>	<p>Ved å fokuserer på kvalitative forskingsdesign kunne studien fange opp erfaringane til ROP-pasientar på ein djupare måte enn kvantitative tilnærmingar.</p>	<p>Inkludering av kvalitative studiar gir innsikt i brukarperspektivet og erfaringar innanfor behandlinga av samtidig rus- og psykisk liding.</p> <p>Sjølv om det ikkje er utført ein formell kvalitetsvurdering av studia som blei inkludert i gjennomgangen, indikerer studien at rettleiande prinsipp blei identifisert i samsvar med internasjonale retningslinjer for behandling av samtidig rus- og psykisk liding. Dette tyder på at funna er basert på ein bevisbasert tilnærming.</p> <p>Studien er open om sine avgrensingar. Dette viser ein nøktern tilnærming til tolking av funna og bevisstheit rundt avgrensingane.</p>

Vedlegg 3 – Kvalitetsvurdering

Kvalitative studiar:	Biong & Soggiu (2015).	Topor et al. (2019)	Kvam et al. (2019).
Del A: Innleiande vurdering			
1. Er føremålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga?	Ja	Ja	Ja
3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	Ja	Ja	Ja
4. Er utvalsstrategien hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	Ja	Ja	Ja
5. Blei dataa samla inn på ein slik måte at problemstillinga blei besvart?	Ja	Ja	Ja
6. Blei det gjort greie for bakgrunnsforhold som kan påverke fortolkinga av data?	Ja	Ja	Ja
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Ja
8. Går det klart fram korleis analysen blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg?	Ja	Ja	Ja
Basert på svara dine frå punkt 1-8 over, meiner du at resultata frå denne studien er til å stole på?	Ja	Ja	Ja
Del B: Kva er resultata?			
9. Er funna klart representert?	Ja	Ja	Ja
Del C: Kan resultata vere til hjelp i praksis?			
Kor nyttige er funna frå denne studien?	Eg vurderer desse funna som nyttige.	Eg vurderer desse funna som nyttige.	Eg vurderer desse funna som nyttige.

Systematiske oversikter:	Ruysscher et al. (2017)	Fisher et al. (2022).
1. Er føremålet med oversikten klart formulert?	Ja	Ja
2. Er det klare kriterium for inklusjon av enkeltstudiane?	Ja	Ja
3. Er det sannsynleg at relevante studiar er funne?	Ja, men søk blei avgrensa til artiklar publisert på engelsk og derfor er det mogleg at relevante artiklar publisert på andre språk blei ekskludert.	Ja, men søk blei avgrensa til artiklar publisert på engelsk og derfor er det mogleg at relevante artiklar publisert på andre språk blei ekskludert.
4. Er kvaliteten på dei inkluderte studiane vurdert?	Ja	Nei
5. Dersom resultatata frå dei inkluderte studiane er kombinert statistisk i ein metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarleg?	Resultata er ikkje kombinert statistisk i ein metaanalyse.	Resultata er ikkje kombinert statistisk i ein metaanalyse.
6. Dersom det ikkje er gjennomført ein metaanalyse – er dette valet grunngitt?	Nei	Nei
7. Kor presise er resultatata?	Funna bør tolkast ut i frå sine avgrensingar som skildra i studien.	Funna bør tolkast ut i frå sine avgrensingar som skildra i studien.
8. Kan resultatata overførast til praksis?	Ja	Ja