

Sjur Berntsen

Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester.

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lisbeth Kvam

Mai 2020

Sjur Berntsen

Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester.

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Lisbeth Kvam
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester.

Stikkord/Nøkkelord: recovery, ROP-lidelser, brukererfaringer, recoveryorienterte tjenester

Introduksjon/Bakgrunn: Helsedirektoratet anbefaler i veilederen «Sammen om mestring» (2014) at recovery skal være en sentral del av tjenesteytingen i rus og psykisk helsearbeid. I recoveryperspektivet kan man leve et meningsfullt liv til tross for utfordringer knyttet til rus- og psykisk helse. Hjem, jobb, aktivitet, venner, familie og økonomi er noen av de tingene man ser på som sentralt i en recoveryprosess. Denne litteraturstudien vil utforske hvilke erfaringer brukere har med recoveryorienterte tjenester.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke positive og negative sider brukerne opplever i de recoveryorienterte tjenestene de mottar. Målet er at brukererfaringene skal gi vernepleieren økt kunnskap og forståelse i møtet med brukeren.

Metode: Litteraturstudie. Oppgaven benytter 5 kvalitative studier.

Resultat: Det er tre hovedfunn etter litteraturstudien. Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse erfarer at tjenestene:

- Er tilgjengelige og tilpassede
- Har fokus på egne ressurser
- Bidrar til personlig og sosial recovery

Konklusjon: Litteraturstudien har en overvekt av positive brukererfaringer ved recoveryorienterte tjenester, men det er også funn på utfordringer som kan oppstå i tjenestene. Utfordringer forekommer når tjenesteyteren tar styring i recoveryprosessen og ikke lytter til hva som er viktig for brukeren. Det er viktig at de recoveryorienterte tjenestene lar brukeren være lederen i recoveryprosessen, og støtter opp om brukerens mål og ressurser. Dette kan gi brukeren håp og tro på bedring.

Abstract

Title: People with drug disorder and/or mental disorder and experience with recovery-oriented services.

Keywords: recovery, co-occurant disorder, user experience, recovery-oriented services.

Introduction/background: In the guideline «Together on coping» (2014), the Norwegian Directorate of Health recommends that recovery should be a central part of service provision in regards to intoxication and mental health work. In the recovery perspective, having a meaningful live in spite of the challenges you are facing is in focus. Home, work, activities, friends, family and economy are some of the things that are considered central to a recovery process. This literature study will explore what experiences users have with recovery-oriented services.

Purpose: The purpose of the assignment is to investigate positive and negative aspects users experience in the recovery-oriented services they receive. The goal is for these experiences to increase knowledge and understanding of the social educator in the meeting with users.

Method: Literature study. The thesis uses five qualitative studies.

Results: There are three main findings after the literature study. People with substance abuse and / or mental illness experience that the services:

- Are available and customized
- Focuses on own resources
- Contributes to personal and social recovery

Conclusion: The literature study has a preponderance of positive user experiences in recovery-oriented services, but there are also challenges that may arise within the services. Challenges occur when the service provider takes control of the recovery process and does not listen to what is important for the user. It is vital that the recovery-oriented services allow the user to be the leader in the recovery process and support the user's goals and resources. This can give the user hope and faith in improvement.

Innhold

Innhold	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Aktualitet og Hensikt	5
1.3 Vernepleiefaglig relevans	5
1.4 Avgrensninger	5
1.5 Begrepsavklaringer	6
1.5.1 Recoveryorienterte tjenester.....	6
1.5.2 ROP-lidelse	6
1.6 Oppgavens oppbygning	6
2 Teori.....	7
2.1 Recovery.....	7
2.1.1 Recoveryperspektivet	7
2.1.2 Tradisjonelt perspektiv	8
2.2 Ruslidelse og psykiske lidelse	8
2.3 Vernepleieren	9
3 Metode	11
3.1 Metode i oppgaven	11
3.2 Systematisk litteratursøk	11
3.3 Litteraturstudien	14
3.4 Metodekritikk.....	16
3.4.1 Forforståelse	16
3.4.2 Kritikk av metoden	16
4 Resultat	18
4.1 Litteraturmatrise	18
4.2 Mine hovedfunn	23
4.2.1 Tilgjengelige og tilpassede tjenester	23
4.2.2 Fokus på egne ressurser	24
4.2.3 Personlig og sosial recovery	25
5 Diskusjon.....	27
5.1 Tilgjengelige og tilpassede tjenester	27
5.2 Fokus på egne ressurser	29
5.3 Personlig og sosial recovery	30
6 Konklusjon.....	32
7 Litteraturliste.....	33

1 Innledning

Dette kapittelet vil gi en introduksjon til tema og problemstilling for denne bacheloroppgaven i vernepleie.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2012) og i veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) nevnes recovery som et perspektiv som tjenester bør inkludere i sin praksis (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, s. 14). I recoveryperspektivet kan man leve et meningsfullt liv til tross for utfordringer knyttet til rus- og psykisk helse. Hjem, jobb, aktivitet, venner, familie og økonomi er noen av de tingene man ser på som sentralt i en recoveryprosess (Helsedirektoratet, 2014, ss. 31-32). Recovery er en tilnæringsmetode og et perspektiv som er utviklet med utgangspunkt i brukererfaringer. Brukererfaringer kan gi økt kunnskap om hva som gir bedring i et bredt perspektiv (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, s. 18). Derfor vil brukererfaringer være sentralt i denne bacheloroppgaven, og dette vil gi nyttig kunnskap i min fremtidige yrkesutøvelse som vernepleier.

Jeg ble først kjent med recoverybegrepet i emnet «HVER 2009 Habilitering og rehabilitering» på vernepleierutdanningen. I løpet av studietiden har jeg vært ferievikar i et kommunalt ROP-team der jeg har møtt personer med rus- og/eller psykiske lidelser. Her har jeg opparbeidet meg personlige erfaringer med recovery som tilnæringsmetode. Jeg opplever at de menneskene jeg møter har ulike tanker rundt hva som gir et meningsfullt liv. Etter min oppfatning bør derfor recoveryorienterte tjenester ta hensyn til individuelle forskjeller og på den måten være en støtte for brukerens personlige recoveryprosess. I denne bacheloroppgaven vil jeg undersøke hvilke erfaringer personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse har med recoveryorienterte tjenester.

Problemstilling: Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester.

1.2 Aktualitet og Hensikt

Helsedirektoratet ligger under helse- og omsorgsdepartementet i Norge. Det betyr blant annet at de skal sette i gang gjeldende politikk og komme med faglige veiledere. Disse veilederne skal bli brukt i helse- og omsorgstjenestene i landet (Helsedirektoratet, 2020). I veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «*Sammen om mestring*», 2014, blir recovery presentert som noe som bør prege tjenesteytingen. Recoveryperspektivet ser på brukerne som eksperter på sitt eget liv, og tjenestene skal bære preg av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit (Helsedirektoratet, 2014, ss. 31-32).

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke positive og negative sider brukerne opplever i de recoveryorienterte tjenestene de mottar. Hensikten med å studere brukerens perspektiv er at de vet best hva som fungerer i tjeneste. Målet er at brukerens erfaringer skal gi vernepleieren økt kunnskap og forståelse i møte med brukeren.

1.3 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleieren som jobber i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten innen rus- og psykisk helsearbeid vil bruke helsedirektoratets faglige veiledere. Recovery vil dermed være sentralt i vernepleierens arbeidshverdag i rus- og psykisk helsearbeid. Kunnskap om brukeres erfaringer med recoveryorienterte tjenester vil kunne ha nytteverdi for vernepleieren i møte med brukere i arbeidshverdagen.

1.4 Avgrensninger

Problemstillingen: Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester. Problemstillingen krever noen avgrensninger, og en av disse er at oppgaven vil undersøke personer over 18 år. Det er også et krav at personene skal ha en ruslidelse og/eller psykisk lidelse. Personene som er inkludert i litteraturen som undersøkes skal motta en form for recoveryorienterte tjenester. Problemstillingen har ikke flere avgrensninger med tanke på lidelse fordi ruslidelse og psykiske lidelser ofte kan ses i sammenheng. Mennesker med ruslidelser har høy forekomst av psykiske lidelser, og motsatt. Veileder «*Sammen om mestring*» som sier at ruslidelser og psykiske lidelser kan ses i sammenheng. (Helsedirektoratet, 2014, s. 9). Hovedfokuset i oppgaven vil derfor være på ROP – lidelser hvor rus og psykiske lidelser opptrer samtidig. I noen av studiene som brukes i

oppgaven er hovedfokuset på den psykiske lidelsen eller ruslidelsen, men psykisk lidelse eller ruslidelse nevnes i alle studiene som en tilleggsdiagnose selv om det ikke er hovedfokuset.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Recoveryorienterte tjenester

Recoveryorienterte tjenester kan være støtte på personlig, organisasjons- og samfunnsnivå for å bidra personer med rus- og/eller psykiske lidelser i deres recoveryprosess (Karlsson & Borg, 2017). Recoveryprosess innebærer det som bidrar til bedring, altså bedringsprosess. I denne oppgaven vil det være offentlige helsetjenester (kommunehelsetjeneste og erfaringsmedarbeidere) og arbeidsplassen til brukerne som vil være recoveryorienterte tjenester

1.5.2 ROP-lidelse

ROP-lidelse er en samlebetegnelse for mennesker som har samtidig ruslidelse og psykiske lidelse. Andre begrep som også brukes som en samlebetegnelse for disse lidelsene er dobbeltdiagnose og komorbiditet (Helsedirektoratet, 2012, s. 16).

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven skal svare på problemstillingen jeg har beskrevet i innledningen ovenfor. Videre vil oppgavens teori, metode og resultat bli presentert. I diskusjonskapittelet vil resultat og teori bli drøftet opp mot hverandre før det til slutt vil være en konklusjon av studien.

2 Teori

Her vil relevant teori som er grunnleggende for å besvare oppgavens problemstilling bli presentert. Teorien er hentet fra pensumlitteratur fra vernepleiestudiet, og andre utvalgte kilder knyttet til recovery.

2.1 Recovery

Helsedirektoratets beskriver recovery på denne måten i ROP-retningslinjene:

«Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.» (Helsedirektoratet, 2012, s. 59)

2.1.1 Recoveryperspektivet

Recovery handler om å «komme seg» i hverdagslivet uavhengig av de varierende behandlingssideologiene som finnes (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, s. 21). Recoveryarbeidet kan gjøres aleine eller med støtte av andre for å oppleve mening i eget liv. Fokuset er på at personen vet best hva som er til hjelp, og må derfor selv være i førersetet i sin egen recoveryprosess. (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Recovery ses på en sosial og personlig prosess. Det handler om å finne tilhørighet i lokalmiljøet og å kunne håndtere vanskelige følelser og problemer. Personen skal jobbe med dette selv, men også få støtte fra helsetjenester, arbeidsplass eller lokalmiljø (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, s. 21). «Arbeid, bolig, aktivitet, penger, utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie er viktige bidrag i recoveryprosesser» (Karlsson & Borg, 2017, s. 11).

Recoveryperspektivet er oppmerksom på hvilket språk man bruker om personer med rus- og/eller psykiske lidelser. En vil unngå ord som «psykisk syk» og «narkoman», fordi dette kan flytte fokus og oppfattelse av personer i negativ retning. I recoveryperspektivet møter man personen der han/hun er (Karlsson & Borg, 2017, s. 13). Tjenesteutøveren skal være positiv med respekt og tro på at brukeren er eksperten og kan ta styring i eget liv til det bedre (Helsedirektoratet, 2014, ss. 31-32). Begrepet «recovery» kan ikke forstås på en måte. Det

finnes flere ulike måter å jobbe på, og flere tjenester som bidrar til å oppleve bedring i recoveryperspektivet (Karlsson & Borg, 2017, s. 12).

2.1.2 Tradisjonelt perspektiv

Tradisjonelt har det vært forventet at personen med rus- og/eller psykiske lidelser skal ta imot råd, behandlings- og omsorgstiltak fra fagpersoner. Fokuset har i det tradisjonelle perspektivet vært på å kvitte seg med «sykdom», men nå er det større fokus på å ha et meningsfylt liv både med og uten sykdom (Karlsson & Borg, 2017, s. 78). Tidligere har personen som skal motta hjelp blitt objektivisert, der behandleren vet best hvilke behandlingsmetoder som vil være hjelpsomme, og brukeren følger et bestemt behandlingsmønster (Karlsson & Borg, 2017, s. 50). I stortingsmeldingen fra 1981 som er sitert i Karlsson og Borg, 2017, s.40 er dette nevnt: *«Et vanlig trekk ved våre behandlingsmønster til nå har vært at pasienten skulle avansere gjennom en behandlingkjede (...)»*.

Recovery ses ikke på som en behandlingssideologi der man følger et behandlingsprogram, det handler om personens egne bedringsprosesser og egne ressurser. Dette gjør at recoveryperspektivet i dag står i motsetning til det tradisjonelle perspektivet. Recovery er bygget på brukererfaringer, mens tradisjonell behandlingssideologi er bygget på faglige teorier (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, s. 18). Recovery som tilnæringsmetode har vært i utvikling i Norge omtrent i 40 år, på veien mot det man finner i veilederen «sammen om mestring», 2014, i dag (Karlsson & Borg, 2017, s. 40).

2.2 Ruslidelse og psykiske lidelse

Mennesker med ruslidelser har i mange tilfeller flere utfordringer. Eksempelvis knyttet til sosiale forhold, psykisk helse, økonomi og somatikk (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, ss. 32-33). Studier viser at 40-65% av de som har en ruslidelse har en psykisk lidelse i et livsløpsperspektiv, der angst og depresjon er det vanligste (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, ss. 32-33). Mennesker med psykisk lidelse har større misbruk eller avhengighet til rusmidler enn andre mennesker. Bruk av rusmidler øker med den psykiatriske lidelsens alvorlighetsgrad. Dette viser at psykiske lidelser kan føre med seg ruslidelser i et livsløpsperspektiv (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016, ss. 32-33).

Psykisk helsearbeid og rusarbeid bygger i stor grad på samme tilnæringsmetoder og faglige prinsipper, og på bakgrunn av dette kan psykisk helsearbeid og rusarbeid sees i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014, s. 9). Problemer knyttet til rus og psykisk helse kan ha påvirkninger på somatisk helse og det sosiale nettverket til personen. Mennesker med ROP-lidelser har lavere levealder enn gjennomsnittet. Dette grunner i måten mennesker med ROP-lidelser lever på, med somatiske skader og tilleggsproblemer, og trenger ikke alltid knyttes til rus- eller psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2014, ss. 32-33). Lite gunstige levekår kan øke rus- og psykiske problemer. På samme tid bidrar rus- og psykiske problemer til vanskeligheter med jobb, økonomi, sosialt nettverk, skole og boforhold (Helsedirektoratet, 2014, ss. 32-33).

2.3 Vernepleieren

Her vil vernepleierens kunnskapsgrunnlag og arbeidsmetode bli presentert. Vernepleieren har en tredelt kompetanse; helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse. Helsefaglig kompetanse til å gi helsehjelp til personer med sammensatte utfordringer. Dette kan innebære å behandle og forebygge skade og sykdom. Sosialfaglig kompetanse brukes for å legge til rette for individets hverdagsliv. Dette kan innebære å legge til rette for arbeid, skole, hjem og fritid for økt mestring i hverdagslivet. Pedagogisk kompetanse er viktig for å arbeide med tilrettelegging og utviklingsprosesser for mennesker som trenger det. Dette kan innebære å gi brukeren veiledning for å lære nye ferdigheter eller opprettholde funksjoner (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 20-26). Vernepleieren utøver kunnskapsbasert praksis: «*Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon*» (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 32).

Vernepleieren jobber etter Grunnleggende Arbeidsmodell i Vernepleie (GAVE).

Arbeidsmodellen er delt inn i kartlegging, analyse/drøfting, målvalg, tiltak med gjennomføringsplan og evaluering/revurdering (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 63). Alle delene av arbeidsmodellen går inn i hverandre og påvirker hverandre, og fungerer som et verktøy for å jobbe systematisk (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 65-66). I målvalgsprosessen i GAVE er brukeren den sentrale stemmen som bestemmer mål, og som vet hvilke ressurser og ønsker han har (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 76).

I vernepleierens profesjonelle kompetanse inngår også relasjonskompetanse (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 44). Relasjonskompetanse innebærer bevissthet om egne verdier og holdninger i yrkesrollen, og hvordan dette kan påvirke samspill mellom bruker og vernepleieren. Vernepleierens forforståelse eller faglige synspunkter kan ha betydning for relasjonen med bruker, eksempelvis med at vernepleieren mener en behandlingssideologi er å foretrekke foran en annen. (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 44; Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 71-72).

Empowerment er sentralt i vernepleiefaglig arbeid. Begrepet inneholder brukerinvolvering, brukermedvirkning og brukerstyring (Ellingsen, 2014, s. 65). Empowerment er ment til å gi mennesker rusavhengighet og psykiske lidelser mindre følelse av avmakt, og fremme selvtillit og gi personen kunnskap og ferdigheter til å komme ut av utfordringene han opplever (Ellingsen, 2014, s. 67). «Myndiggjøring» og «egenkraftmobilisering» er norske begrep som beskriver empowerment (Helsedirektoratet, 2014, ss. 30-31). Mennesker som mottar helsehjelp har en lovfestet rett til medvirkning etter Pasient- og Brukerrettighetsloven §3-1: *«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (..)»* (Lovdata, 1999).

3 Metode

I dette kapittelet vil metoden som er brukt i oppgaven beskrives. Videre vil framgangsmåte for litteratursøket og framgangsmåte for litteraturstudien bli beskrevet for å vise hvordan det er kommet frem til resultatene i resultatkapittelet. Deretter vil det være metodekritikk som inkluderer forforståelse og kritikk av metode.

3.1 Metode i oppgaven

I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Metoden er verktøyet vårt i møtet med noe vi skal undersøke. Metoden hjelper oss å finne data som inneholder den kunnskapen vi trenger for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017). En litteraturstudie skal samle data fra skriftlige kilder på en systematisk måte og litteraturen som brukes skal være kritisk vurdert. Litteraturstudien skal ha som mål å belyse problemstillingen og søkeprosessen skal være dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2015). Litteraturstudie blir brukt som metode fordi det er et kriterium i oppgaven. Problemstillingen er utformet med vissheten om at oppgaven skal være en litteraturstudie.

I denne oppgaven vil det primært være inkludert artikler med kvalitativ metode. Kvalitativ metode har fokus på erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017, ss. 52-53). Dette samsvarer med problemstillingens mål om å hente inn erfaringer fra individer med rus- og/eller psykisk lidelse. Fenomenologiske undersøkelser har fokus på hvordan noe oppleves fra brukerens perspektiv (Dalland, 2017, s. 45). Noen av de kvalitative studiene vil ha fenomenologisk design. Den kvantitative metoden gir resultater i form av målbare enheter basert på undersøkelser uten direkte kontakt med feltet (Dalland, 2017, ss. 52-53). Det vil ikke være fokus på artikler med kvantitativ forskning i denne oppgaven, siden oppgaven søker subjektive erfaringer.

3.2 Systematisk litteratursøk

Litteraturstudien startet med flere litteratursøk hvor jeg fulgte en trinnvis framgangsmåte som er beskrevet i kapittel 11.2 i Thidemann (2015). Disse trinnene vil videre bli beskrevet, og trinnene går inn i hverandre. I søkeprosessen gikk jeg derfor frem og tilbake mellom trinnene.

Trinn 1. Problemstillingen jeg jobber med er formulert i innledningen. Jeg setter problemstillingen inn i et PICO-skjema for å operasjonalisere den. Jeg har satt inn søkeord

som jeg har brukt under hver bokstav i skjemaet. Dette har fungert som et utgangspunkt for å senere kunne kombinere søkeord, og for å dokumentere hvilke søkeord som er brukt. PICO-skjemaet:

Hvem/hvilke (Patient)	Hva (Intervention)	Alternativer (Comparison)	Resultater (Outcomes)
Personer med ruslidelser og/eller psykiske lidelser	Recoveryorienterte tjenester	X	Erfaringer
Søkeord			
«ROP-lidelser», Substance abuse, Drug abuse, Drugs, Mental disorder	Recovery, Personal Recovery, Mental Health Recovery, recovery-orientated, recovery-oriented	X	Qualitative studies, Experience

I dette trinnet bestemte jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøket. Dette har vært et verktøy for å begrense andelen søkeresultat, og for å komme frem til relevant og oppdatert litteratur.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Over 18 år - Fagfellevurdert artikkel - Etter 2012 - IMRaD struktur - Recoveryorienterte tjenester - Rus- og/eller psykisk lidelse - Kvalitative studier 	<ul style="list-style-type: none"> - Under 18 år - Ikke fagfellevurdert - Før 2012 - Kvantitative studier

Trinn 2. Her valgte jeg databaser jeg skal bruke i litteratursøket. Det er brukt oria som dekker alle fagområder, SveMED+ med medisin og helsevitenskap fra nordiske tidsskrifter og PsycINFO som dekker psykologi og psykiatri (NTNU, 2020). Oria ble brukt i det første søket og ga meg tips til søkeord jeg kunne bruke i andre databaser. Jeg brukte SveMED+ for å fokusere på nordiske tidsskrifter og undersøkelser. Jeg ville at de fleste artiklene skulle ha utgangspunkt i norske forhold. PsycINFO ble brukt for å også inkludere artikler utenfor Norden, da det var ønskelig med minst en artikkel fra et land med sammenlignbare forhold. PsycINFO dekker problemstillingens fagområde og ga meg relevante resultater ut fra problemstillingen til oppgaven.

Trinn 3. I dette trinnet bestemte jeg søkeordene jeg ville bruke og plasserte dem i PICO-skjemaet etter hvert som de ble brukt. I SveMED+ har jeg brukt MeSH. MeSH et verktøy for

standardiserte emneord som beskriver innhold i artikler (Thidemann, 2015). **Mental Health Recovery** er et emneord (MeSH) jeg fant på SveMED+ sin MeSH-emneordliste. Dette var et søkeord som gav begrensa og relevante søkeresultat. Engelske søkeord ble brukt for å inkludere artikler fra flere land.

Trinn 4. I dette trinnet kombinerte jeg søkeordene fra PICO-skjemaet. Jeg brukte **AND** for å sikre at søkeresultatene inkluderte begge søkeordene. Jeg brukte ikke **OR** eller **NOT** da dette ikke har vært nødvendig for å begrense søkeresultat.

Trinn 5. Her evaluerte jeg søkene. Jeg noterte meg hvilke søkeresultater jeg fikk med de søkeordene jeg brukte. Søkeordene og avgrensningen jeg brukte ga med relevante søkeresultat. Etter hvert i søkeprosessen dukket det opp flere søkeord som jeg kunne kombinere for å få mer spesifikke søkeresultater.

Trinn 6. Tabell over litteratursøk som er gjort. Jeg har dokumentert søkene mine i en tabell for å vise hvilke søk som er gjort i hvilke databaser. Tabellen inkluderer ikke ustrukturerte søk som er gjort underveis. Søkene som er presentert i tabellen viser hvilke målretta søk som er gjort knytta til problemstillingen er presentert i innledningen. Tabellen viser også hvor mange abstract og artikler jeg har lest fra hvert søk. I kapittel 4.1 i denne oppgaven er de inkluderte artiklene systematisert i en litteraturmatrise. De er nummerert etter søkenummer. Det vil si at artikkel nr.1 er fra første søk i denne tabellen over litteratursøk.

Søke dato	Søke nr.	Database	Søkeord/MeSH og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antal treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
14.02.20	1	Oria	“ROP-lidelser” recovery	ingen	17	5	3	1
20.04.20	2	SveMed+	Mental Health Recovery	2012-2019, Peer Reviewed	45	6	4	0
20.04.20	3	SveMed+	Mental Health Recovery AND Qualitative research	2012-2019, Peer Reviewed	13	5	2	0
21.04.20	4	SveMed+	Personal Recovery AND Mental Disorder AND Substance Abuse	Peer reviewed	13	3	2	1
21.04.20	5	PsycINFO	Recovery-orientated AND Drugs	Peer reviewed	3	1	1	1
21.04.20	6	PsycINFO	Recovery-oriented AND experience AND Drug Abuse OR Substance Abuse	Peer Reviewed	10	3	0	0
21.04.20	7	SveMed+	Recovery AND Substance Abuse	Peer reviewed	21	4	2	2

3.3 Litteraturstudien

Delkapittel 3.2 viste metoden jeg har brukt, systematisk litteratursøk, for å finne frem til artiklene som skal brukes i litteraturstudien. Dette delkapittelet vil gå trinnvis gjennom hvordan jeg har jobbet med å vurdere og analysere artiklene og systematisere informasjon etter fremgangsmåte som er beskrevet i kapittel 11.3 i Thidemann (2015). Trinnene går inn i hverandre og en beveger seg frem og tilbake mellom trinnene i litteraturstudien.

Trinn 1. I litteratursøkene begynte jeg med å lese artiklenes abstract for å se om de var relevante for oppgavens problemstilling. Deretter leste jeg etter IMRaD-struktur for å videre vurdere artiklenes relevans og kvalitet. «IMRaD-strukturen beskriver i innledningen hovedhensikt med studien (I), deretter presenteres en oppsummering av metoden som er

benyttet (M), etterfulgt av hovedresultatene (R) og en evaluering eller diskusjon av resultatene (D)», (Thidemann, 2015, s. 30). Her fant jeg ut om artiklene hadde inkluderingkriteriene som er satt tidligere og jeg kunne avgjøre om artiklene var relevante for litteraturstudien. Eksempelvis vil artikler som har brukt kvantitativ metode bli utelukket. I løpet av litteratursøkingen har alle artiklene hatt IMRaD-struktur.

Trinn 2. I dette trinnet leser jeg artiklene nøye for å se etter viktige resultater som kan være belysende for oppgavens problemstilling. Også her brukes inklusjons- og eksklusjonskriterier som er beskrevet i kapittdel 3.2.

Trinn 3. Her undersøker jeg artiklenes kvalitet. Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier er brukt (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklistene gir svar på om studiene oppfyller krav til kvalitet og om de er relevante for problemstillingen. Alle artikler er fagfellevurdert og alle artikler skal være publisert på godkjente publiseringskanaler i register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2020).

Trinn 4. I analysen studerer jeg artiklene nøye for å hente ut relevant data som svarer på oppgavens problemstilling. I denne prosessen jobbes det beskrivende, analyserende og reflekterende (Thidemann, 2015, s. 93). I gjennomlesing av artiklene ble viktig data identifisert og markert med markeringspenn. Artiklene ble lest flere ganger delvis og i helhet for å kunne få en helhetlig forståelse av artikkelen. Jeg noterte ned viktige resultater i et annet dokument, her kunne jeg også sammenligne resultater fra artiklene og danne meg et bilde av hva som skulle være litteraturstudiens hovedfunn.

Under analysearbeidet mitt var det hele tiden viktig å se etter brukernes erfaringer siden det er dette oppgavens problemstilling spør om. I noen av artiklene hadde for eksempel lederne i de recoveryorienterte tjenestene noen innspill, og disse prøvde jeg å utelukke fordi de ikke er i oppgavens fokusområde. Etter hvert kunne jeg sette inn informasjonen fra artiklene i litteraturmatriser for å se likheter og sammenhenger tydeligere. I en litteraturmatrise systematiseres viktig data fra hver artikkel (Thidemann, 2015, s. 95). **Trinn 5** litteraturmatrise og **Trinn 6** hovedfunn er sentrale trinn i analysearbeidet, men disse trinnene vil bli presentert i kapittel 4 i denne oppgaven.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Forforståelse

Vår forforståelse er blant annet preget av vår personlige bakgrunn og faglig forståelse som styrer vår måte å tenke på (Røkenes & Hanssen, 2012). I arbeidet med en oppgave skal en være oppmerksom på egen forforståelse siden den vil være der uavhengig av hvor objektiv man forsøker å være i arbeidet med oppgaven (Dalland, 2017). Jeg har bakgrunn fra et ROP-team der jeg har jobbet recoveryorientert, og jeg har vært begeistret for recoverytankegangen i emnet «HVER2009 Habilitering og rehabilitering». Jeg kommer derfor inn i denne oppgaven med en oppfatning om at recoveryorienterte tjenester er bra for tjenestemottakere. Dette kan påvirke oppgaven ved at jeg setter større fokus på brukeres positive erfaringer enn brukeres negative erfaringer med tjenestene. Til tross for at jeg har som mål å være objektiv.

3.4.2 Kritikk av metoden

Denne litteraturstudien skal bygge på data fra andre kilder. Tolkning av reliabilitet, validitet og resultater i kildene kan være feil eller unøyaktig. Jeg har brukt verktøy som blir beskrevet i delkapittel 3.2 og 3.3 i denne oppgaven for å unngå feiltolkninger, men det er likevel viktig å være oppmerksom på at feiltolkninger kan påvirke resultatet i oppgaven. Kritikk av metoden som blir presentert her tar også utgangspunkt i litteraturmatrise og hovedfunn fra kapittel 4 i denne oppgaven.

Reliabilitet vil si at kildene som brukes skal være pålitelige, og at studiene som blir brukt må være utført korrekt (Dalland, 2017). Min forforståelse kan gjøre at studier som ikke oppfyller krav til reliabilitet blir valgt, fordi studiene samsvarer med min forforståelse. Samtidig er det et krav om at studiene skal være fagfellevurdert. Dette reduserer risikoen for at jeg velger studier som ikke oppfyller krav om reliabilitet. Etter å ha lest artiklene og valgt hovedfunn er det tydelig for meg at de fleste har positive erfaringer med recoveryorienterte tjenester. Dette samsvarer med min forforståelse. Unntaket er studien til Qgundipe, et al (2019) der det er fokus på utfordringer med tjenesten. Dette gjør at denne litteraturstudien vil presentere flere positive sider ved recoveryorienterte tjenester enn negative.

Litteraturstudien bygger på artikler med kvalitativ metode. Hovedfunnene er basert på enkeltpersoner eller et lite utvalgs erfaringer av de recoveryorienterte tjenestene. Slike erfaringer kan ikke generaliseres og funnene i denne oppgaven vil ikke være gjeldende for

alle. Det er likevel en nytteverdi i subjektive erfaringer for å få et dypere innblikk i hvordan tjenestene kan erfares i et brukerperspektiv. Utvalget i studiene er ofte valgt av de som utfører studien. Dette kan være en svakhet ved at stemmer som har positive erfaringer kan bli valgt fremfor de som har negative erfaringer eller ikke har mulighet til å være med. Dette kan være en av grunnene til at det er en overvekt av positive erfaringer i studiene.

Validitet handler om relevans og gyldighet. De studiene som brukes må være relevante for problemstillingen (Dalland, 2017). Her kan også forforståelse og tolkning gjøre at artikler som ikke oppfyller krav om validitet blir valgt. Artikkene som er inkludert har et bredt spekter av hva som fungerer som den recoveryorienterte tjenesten. Dette kan gjøre at tjenesten i seg selv ikke nødvendig har grunnlag for å kunne sammenlignes. Jeg velger å ha et så bredt tjenestespekter med grunnlag i det som er presentert i teoridelen i denne oppgaven, der det står beskrevet at flere typer tjenester kan bidra til recovery (Karlsson & Borg, 2017).

4 Resultat

I dette kapittelet blir resultater fra artiklene som er funnet gjennom systematisk litteratursøk presentert i en litteraturmatrise. Deretter blir hovedfunnene presentert.

4.1 Litteraturmatrise

I litteraturmatrisene systematiserer data fra artiklene.

Artikkel 1: 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*, Vol.12(1), s. 50-60.

<https://www.idunn.no/tph/2015/01/her-tar-de-tingene-i-henda-og-gjoer-noe-med-det-om-recov>

Hensikt	Undersøke subjektive brukererfaringer i et kommunalt rus- og psykisk helseteam som er recoveryorientert.
Metode	Kvalitativ metode. Fenomenologisk forskning.
Utvalg	13 deltakere med ROP-lidelser som mottar kommunale tjenester. Alder 40-60 år. 10 menn og 3 kvinner.
Resultater	Studien antyder at ROP-teamet har fokus på det brukernes ressurser. Samarbeid og relasjoner med det recoveryorienterte teamet skaper muligheter for ny sosial identitet og for å gjøre ting på nye måter som bidrar til bedring.
Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk	Fagfellevurdert artikkel. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020. (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Styrker: Studien kan bidra til nye forståelser til hva som bidrar til bedring. Svakheter: Deltakere ble rekruttert av teamet og det kan bety at viktige stemmer kan ha blitt utelatt. Ikke alle intervju ble tatt opp og informasjon kan ha gått tapt.
Redegjort for etiske overveielser	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Deltakere er informert om studiens hensikt, og kan trekke seg fra studien når som helst.
Hvorfor valgt/ Relevans	Studien tar utgangspunkt i norske forhold. Brukererfaringer er grunnlaget for studien.

Artikkel 2:

Qgundipe, E., Borg, M, Sjøfjell, T., Bjørklykhaug, K. I., & Karlsson, B. (2019). Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 21(1), s. 177-185. <http://doi.org/10.16993/sjdr.580>

Hensikt	Undersøke tjenestemottakeres utfordringer med å etablere gode relasjoner med erfaringsmedarbeidere i ROP-tjenester.
Metode	Kvalitativ metode. Fenomenologisk forskning. Fem fokusgruppeintervjuer var grunnlaget for dataen. Tematisk analyse med sammensatt gruppe på 7 personer (erfaringsmedarbeider, tjenestebrukere, forskere og helsearbeidere) som grunnlag for resultattolkning.
Utvalg	Personer over 18 år med rus- og/eller psykisk lidelse. Hadde hatt relasjon med erfaringsmedarbeider fem eller flere ganger de siste 6 månedene. 9 menn og 17 kvinner.
Resultater	Erfaringsmedarbeidere bidrar ikke alltid til hjelpsomme relasjoner for tjenestebrukere. Når og hvordan erfaringer blir delt spiller en viktig rolle i relasjonen. Tjenestebrukere trenger forskjellige tilnærminger, forskjellige erfaringsmedarbeidere og forskjellige veier mot bedring.
Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk	Fagfellevurdert artikkel. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020. (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Styrker: Brukerstemmer kan gi mer dybde og innsikt til temaet. Svakheter: Rekrutteringen av utvalget ble gjort ved hjelp av kontaktpersoner og utvalget kan ha følt en plikt til å bli med, samtidig kan viktige stemmer ha blitt utelatt.
Redegjort for etiske overveielser	Godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Deltakere er informert om studiens hensikt med mulighet for å trekke seg fra studien når som helst.
Hvorfor valgt/Relevans	Erfaringsmedarbeidere er viktig for å jobbe recoveryorientert (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). Det var derfor ønskelig med en studie som utforsker hvordan erfaringsmedarbeidere fungerer som i recoveryorienterte tjenester. Hvordan kan de bidra og hvilke utfordringer kan oppstå.

Artikkel 3:

Hillen, P., Cree, V. E., & Jain, S. (2014). Facilitating recovery from drug and alcohol problem. - Refelctions on interviews with service users in Sctoland. *Practice: Social Work in Action*, Vol. 26, s. 281-297. <https://doi.org/10.1080/09503153.2014.958453>

Hensikt	Hensikten med studien er å belyse hva som er hjelpsomt i en recoveryprosess fra rusmiddelproblemer. Basert på brukererfaringer.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ metode. Deltakerobservasjon i fokusgrupper og intervju som grunnlag for kvalitativ metode. Litteraturstudie av politiske dokumenter og forskningsbevis, og analyse av rapporter og caserapportert som grunnlag for kvantitativ metode.
Utvalg	Personer med alkohol/rus problemer som mottar, har brukt eller bruker sosialtjenester i Skottland, noen har også andre tilleggsproblemer (blant annet psykisk helse). Alle er over 18 år. 15 menn og 5 kvinner.
Resultater	Brukere sier at relasjon til hjelpere, tilrettelegging av tjenester og tilpasset tidsramme for tjenestene er viktig. Sosialarbeidere har en sentral rolle i brukernes recovery, og det er viktig at sosialarbeiderne hører på hva brukerne har å si.
Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk	Fagfellevurdert artikkel. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020. (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Styrker: De fleste i utvalget er valgt tilfeldig av de som har brukt tjenestene. Svakheter: Noen få ble valgt av ansatte fordi det manglet noen informanter til studien. De som deltok i studien var folk som de ansatte klarte å få kontakt med, stemmer som ikke var å komme i kontakt med kunne hatt andre perspektiver.
Redegjort for etiske overveielser	Informasjon til deltakere om hensikt med studien og samtykkeskjema er gitt i forkant av studien.
Hvorfor valgt/ Relevans	Studien ble inkludert for å ha internasjonal forskning. Skottland er et vestlig land med sammenlignbare forhold til Norge, selv om det er sentrale forskjeller. Beskrivelsen av recoveryforståelsen i studien som ble presentert innledningen til studien har likheter med recoveryforståelsen i Norge. Studien inkluderes selv om kvantitativ metode er inkludert, kvantitativ metode var et eksklusjonskriterie. Likevel sier studien at intervjuene med tjenestebrukere vil være hovedfokus. I videre arbeid vil jeg fokusere på de kvalitative brukererfaringene fra artikkelen.

Artikkel 4:

Hansen, G. V., Fugletveit, R., & Arvesen, P. (2019). Arbeid som recovery strategi. *Tidskrift for Psykisk Helsearbeid*, Vol. 16(2), s. 80-89, <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-03>

Hensikt	Belyse arbeid som en recovery-strategi for mennesker med rus- og/eller psykiske lidelser. Med brukererfaringer som datagrunnlag.
Metode	Kvalitative metode. Intervjuer og observasjon av deltakere, frivillige og ledere på arbeidsstedet.
Utvalg	11 informanter. 7 av dem er eller har vært deltakere i arbeidstreningen (rus- og/eller psykisk lidelse). Over 18 år, 6 menn og 1 kvinne. 4 av informantene var ledere og frivillige.
Resultater	Studien viser at arbeidere opplever mestring, å være en del av et sosialt fellesskap og opplever at de gjør noe meningsfullt. Studien poengterer at dette samsvarer med målsettingen ved recovery, og at arbeid derfor bør være en viktig recovery-strategi.
Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk	Fagfellevurdert artikkel. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020. (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Styrker: Intervjuer i tillegg til observasjon gir et helhetlig inntrykk av hvordan arbeidsstedet fungerer som recovery-strategi. Svakheter: Studien har skjedd på arbeidsplassen og utvalget kan ha følt plikt til å omtale arbeidsplassen positivt.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Personidentifiserende opplysninger er ikke benyttet.
Hvorfor valgt/Relevans	Arbeid kan ofte være positivt i en recoveryprosess. Arbeid kan gi mestring og selvtillit (Karlsson & Borg, 2017, s. 104). Denne studien er inkludert for å se hvordan personer med rus- og/eller psykisk lidelse erfarer arbeid som en del av recoveryprosessen. Studien er under norske forhold.

Artikkel 5:

Olufsen Aasen, R., & Andershed, B. (2015). Å komme i balanse ved hjelp av Grønn omsorg - brukernes erfaring. *Nordisk sygeplejeforskning*, Vol 5(4), s. 343-355.

https://www.idunn.no/nsf/2015/04/aa_komme_i_balanse_ved_hjelpavgroenn_omsorg_brukernes_erf

Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke mennesker med rus- og/eller psykiske problemer sine erfaringer med arbeid på gård.
Metode	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju.
Utvalg	Personer med rus- og/eller psykiske problemer med erfaring fra Grønn Omsorg i minst 3 måneder. 4 kvinner og 5 menn i alderen 18-64 år. Deltakerne er valgt ut fra 4 forskjellige gårdsbruk.
Hovedfunn	Erfaringer fra arbeidere i studien sier at arbeidet bidrar til å føle seg verdifull, følelsen av å lære noe nytt og til å få et sosialt nettverk. Arbeiderne fremhever at det er bedre å være fysisk sliten enn psykisk sliten og at arbeidet på gården bidrar til dette. Arbeiderne sier at arbeidet på gården gir større følelse av sammenheng og at arbeidet dermed bidrar til recovery.
Kvalitetsvurdering/ Kildekritikk	Fagfelleurdert artikkel. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020. (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Styrker: Åpen intervjumetode gir utvalget mulighet til å fortelle om egne erfaringer og opplevelser. Svakheter: Gårdsbrukene bestemte utvalget sammen med Høgskolen i Hedmark, som utførte studien. Andre stemmer enn de som har blitt valgt ut kan ha andre oppfatninger av Grønn Omsorg som recoveryorientert tjeneste.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Skriftlig og muntlig informasjon om hensikten med studien til deltakere. Deltakere har signert samtykkeskjema og kan trekke seg fra studien når som helst.
Hvorfor valgt/ Relevans	Arbeid kan ofte være positivt i en recoveryprosess. Arbeid kan gi mestring og selvtilit (Karlsson & Borg, 2017, s. 104). Denne studien er inkludert for å se hvordan fysisk arbeid i naturen kan påvirke recoveryprosesser. Arbeidet skjer på norske gårder.

4.2 Mine hovedfunn

Her vil hovedfunn fra artiklene bli presentert. Disse hovedpunktene danner grunnlaget for å diskutere opp mot problemstillingen: *Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester*. Hovedfunnene er delt i tre kategorier:

«tilgjengelige og tilpassede tjenester», «fokus på egne ressurser» og «personlig og sosial recovery».

4.2.1 Tilgjengelige og tilpassede tjenester

Felles i artiklene er at brukerne av de recoveryorienterte tjenestene oppfatter at de er tilgjengelige og tilpassede. I Biong & Soggiu (2015) fremhever deltakerne at tjenestene er tilgjengelige, også på kveldstid og i helgene. Flexibiliteten til tjenestene gjorde at deltakerne kunne ha nytte av dem på det tidspunktet de har behov for hjelp. Deltakerne opplevde at de fikk hjelp av det kommunale ROP-teamet på flere arenaer. Eksempelvis samtaler, praktisk hjelp hjemme, økonomisk hjelp m.m. De erfarer at dette gjør det lettere å mestre hverdagen (Biong & Soggiu, 2015). En deltaker beskriver tjenestene slik: «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det». Bak dette ligger det at tjenestene kan hjelpe med det deltakeren trenger i den situasjonen han er i nå (Biong & Soggiu, 2015). Deltakerne opplevde at tjenestene var løsningsorienterte med tanke på rus. ROP-teamet i studien hadde som mål at rusbruk skulle være lavest mulig, men deltakerne kunne få hjelp selv om de var i en aktiv rusperiode (Biong & Soggiu, 2015).

I Qgundipe, et al (2019) beskriver deltakerne noen dilemmaer dersom tjenestene ikke er tilpasset personen som mottar tjenester. En person i studien sier at han drar nytte av å bli stilt krav til, mens en annen person ønsker en roligere fremgangsmåte. Dette er noe som tydet på at forskjellige personer trenger ulike tilnærminger (Qgundipe, et al., 2019). Studien viser at deltakerne har ulike preferanser for hvilke erfaringsmedarbeidere de vil ta imot hjelp fra. Eksempelvis synes en deltaker at det var lettere å motta hjelp fra en mann enn fra en kvinne. I studien ble det også sagt at erfaringsmedarbeidere som trodde de hadde løsningen på brukerens problemer opplevdes som lite hjelpsomme. Tjenestene måtte være tilpasset brukerens egen vei mot bedring, ikke det erfaringsmedarbeideren trodde var best (Qgundipe, et al., 2019).

Hillen, Cree & Jain (2014) underbygger funnene i Biong og Soggiu (2015) om at de recoveryorienterte tjenestene ble oppfattet som tilgjengelige da de kunne ringe når som helst. Sosialarbeiderne i tjenesten var til å stole på og de var tilgjengelige. De kunne møtes på hverdagslige arenaer, som i hjemmet eller på en kafe. På denne måten erfarte deltakerne at tjenestene var tilgjengelige og tilpassede (Hillen, Cree, & Jain, 2014).

I Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) og Olufsen Aasen & Andershed (2015) erfarer deltagerne at tilpassede arbeidsoppgaver er en viktig del av tjenesten. Tilpassede oppgaver gir nye ferdigheter som gir deltagerne utvikling og følelse av mestring (Olufsen Aasen & Andershed, 2015). Arbeidsoppgaver tilpasset egne ønsker og behov gjør arbeidsstedet til et positivt sted å være og bidrar i recoveryprosessen (Hansen, Fugletveit, & Arvesen, 2019).

4.2.2 Fokus på egne ressurser

Den recoveryorienterte tjenesten i ROP-teamet i Biong & Soggiu (2015) har utgangspunkt i et likeverdig forhold mellom deltaker og tjenesteytere, med deltakernes ressurser i sentrum. Det at ROP-teamet var nysgjerrige på ressurser ga deltakerne en følelse av at de var respektert. En deltaker understreker dette: «Jeg føler at teamet respekterer meg og de grensene jeg har. Teamet maser på meg, det er ok at de maser. De er nysgjerrige på ressursene mine» (Biong & Soggiu, 2015). I dette recoveryorienterte ROP-teamet var det deltakerne som bestemte hvor mye kontakt de ville ha med teamet. Likevel tyder en brukerstemme på at det er greit at teamet presser dem litt, så lenge det er fordi de er interesserte i deltakerens ressurser (Biong & Soggiu, 2015). Dette samsvarer med erfaringer fra en deltaker i Qgundipe, et al (2019) som også opplevde det som nyttig med litt press for å oppnå bedring. Hillen, Cree & Jain (2014) viser også til erfaringer der noen brukere opplever at å bli presset i riktig retning gir dem større tilgang til egne ressurser.

En ansatt på arbeidsstedet i Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) sier at de har fokus på arbeidernes ressurser: «.. Jeg har en liten samtale med hver enkelt og jeg ser også hele tiden an kunnskapen deres. Hva de kan og slikt. (...)». Deltakerne opplever at dette fokuset gir dem mulighet til å utvikle seg med utgangspunkt i egne ressurser. Dette gir mindre negativt fokus på hva de ikke behersker, men fremmer heller det de klarer (Hansen, Fugletveit, & Arvesen, 2019). Deltakerne på arbeidsstedet i Olufsen Aasen & Andershed (2015) opplever at å kunne bruke egne ressurser til å bidra i et samfunnsnyttig arbeid bidrar til økt mestring og tro på seg selv. Erfaringer fra deltakerne er at når de får arbeide med utgangspunkt i egne ressurser blir

det lettere å velge arbeid enn å bli hjemme. Samtidig var det godt å komme hjem fra arbeid og være fysisk sliten i stedet for å være psykisk sliten (Olufsen Aasen & Andershed, 2015).

4.2.3 Personlig og sosial recovery

I Biong & Soggiu (2015) opplever deltakerne at de kan bruke det recoveryorienterte ROP-teamet til personlig og sosial recovery. Tjenestene bidro sosialt ved at de bisto i å kontakte NAV, samtidig som de kunne hjelpe med arbeid som gir en plass i et fellesskap (Biong & Soggiu, 2015). Qgundipe, et al (2019) viser også at tjenesten bidro til at deltakerne følte at de fikk støtte til sin sosiale recovery ved at de kunne bli med ut på ting som ga deltakeren et sosialt nettverk. I Hillen, Cree & Jain (2014) opplevde deltakerne at sosialarbeiderne i tjenesten var lite forhåndsdømmende. Dette hjalp på selvfølelse og selvtillit, og det var lettere å møte personlige problemer. Sosialarbeiderne kunne hjelpe i personlige problemer som samlivsbrudd. Sosialarbeiderens kunnskap om rusavhengighet gjorde at en deltaker følte at sosialarbeideren forsto henne og bedre kunne hjelpe henne gjennom samlivsbruddet (Hillen, Cree, & Jain, 2014). Det tyder på at de recoveryorienterte tjenestene gir deltakerne erfaring av at de kan få hjelp til personlig og sosial recovery samtidig.

I Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) opplever deltakerne at arbeidsstedet fungerer som et sted for personlig og sosial recovery. Deltakerne opplever mestring når de utfører arbeidsoppgaver, men de påpeker også hvordan arbeidsstedet gir dem et fellesskap de kan være en del av. Arbeidsstedet tilrettelegger for sosiale aktiviteter som for eksempel dagsturer på sykkel. Dette opplever deltakerne som positivt. Deltakerne opplever også at arbeidsstedet gir dem en følelse å være en del av samfunnet, og en deltaker poengterer viktigheten av dette: «Ja en må føle at en er en del av samfunnet. At du gjør noe nyttig. Og kommer hjem og ja, har gjort noe» (Hansen, Fugletveit, & Arvesen, 2019). Arbeidsstedet bidrar til personlig og sosial recovery på flere måter.

I Olufsen Aasen & Andershed (2015) erfarer også deltakerne at arbeid kan være en positiv recoveryorientert tjeneste. De trekke frem at det å ha et arbeid gir håp om en bedre fremtid, trivsel, mulighet til å lære seg nye ferdigheter og oppnå personlig recovery. En deltaker beskriver det på denne måten: «Det ser ut som det blir bedre. Ting går fremover, jeg kommer meg mer ut og jeg blir i bedre humør. Det er jo sånn at en gleder seg nesten til å komme hit» (Olufsen Aasen & Andershed, 2015). Deltakerne opplever at arbeidsstedet gir dem mulighet

til å være del av et sosialt fellesskap og at dette er meningsfullt (Olufsen Aasen & Andershed, 2015).

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil hovedfunn fra artiklene bli diskutert opp mot teori og problemstillingen som oppgaven er bygget på. Oppgavens problemstilling er: *Personer med rus- og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester*. Vernepleierens rolle vil også bli inkludert i diskusjonen.

5.1 Tilgjengelige og tilpassede tjenester

I studien til Biong & Soggi (2015) og Hillen, Cree & Jain (2014) mener deltakerne at tilgjengelighet i tjenestene skaper gode samarbeidsforhold. At de recoveryorienterte tjenestene er fleksible når det gjelder tidspunkt for hjelp og møtearena var faktorer som ble trukket fram som positive. I studien til Biong & Soggiu (2015) er den recoveryorienterte tjenesten presentert i et kommunalt ROP-team. Det ser ut til at denne kommunale ROP-tjenesten oppnår noe som er sentralt i recoveryperspektivet, nemlig å bistå brukerne i hverdagslivet (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). Deltakernes erfaringer tyder dermed på at de foretrekker recoveryperspektivet fremfor det tradisjonelle perspektivet. I det tradisjonelle perspektivet går brukeren gjennom et fastsatt behandlingsprogram (Karlsson & Borg, 2017) med oppmøtetider som kan være utfordrende å overholde. Nettopp fleksibiliteten som recoveryperspektivet gir ble av deltakerne trukket fram som positivt (Biong & Soggiu, 2015; Hillen, Cree & Jain, 2014).

Mennesker med ruslidelser har ofte tilleggsvansker med angst og depresjon, som gjør det utfordrende å komme seg ut og ta offentlig transport (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). Dette er en faktor som poengterer viktigheten av at tjenestene er tilgjengelige. Grunnen til at brukeren ikke kan møte på et gitt tidspunkt og sted kan skyldes ROP-lidelsen, og vernepleieren må møte brukeren der han er. Brukererfaringer viser at denne tilgjengeligheten gjør det lettere å motta hjelp til å mestre hverdagen (Biong & Soggiu, 2015). Det kan likevel tenkes at andre personer foretrekker det tradisjonelle perspektivet. Et fast behandlingsprogram kan gi faste rammer og krav som kan virke positivt, men resultater fra studiene viser at brukerne foretrekker recoveryorienterte tjenester. Det kan skyldes at utvalget i studiene befinner seg i recoveryorienterte tjenester, og fokuset er på de tjenestene de mottar.

Arbeidsplassen kan gi støtte i en recoveryprosess og kan være et viktig sted for å oppleve mestring og tilhørighet (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016; Karlsson &

Borg, 2017). I Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) og Olufsen Aasen & Andershed (2015) erfarer deltakerne at arbeidsstedet er et positivt sted å være og at det bidrar til bedring. En viktig faktor for at arbeidsplassen er et sted med trivsel er at arbeidsoppgavene er tilpassede. Dersom deltakeren møter på jobb og opplever at han har arbeidsoppgaver som han ikke mestrer kan arbeidsstedet bli et sted som virker mot recoveryprosessen. Det kan se ut til at det er viktig med tilpassede oppgaver som gir grunnlag for mestring og at man etter hvert kan bygge på med nye ferdigheter for å oppleve utvikling. De recoveryorienterte arbeidsstedene gir støtte i personens recoveryprosess ved å tilrettelegge og tilpasse individuelt (Karlsson & Borg, 2017).

I Hillen, Cree & Jain (2014) beskrives dilemmaer som kan oppstå dersom de recoveryorienterte tjenestene ikke er individuelt tilpasset. Deltakerne erfarer at måten man blir møtt på er avgjørende for relasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Utfordringene ser ut til å forekomme når tjenesteyteren tar styring i recoveryprosessen og ikke lytter til hva som er viktig for brukeren. Recoveryperspektivet skal ha respekt for at brukeren er i førersetet i sin egen recoveryprosess, og man skal møte brukeren der han er (Karlsson & Borg, 2017). Erfaringene fra Hillen, Cree & Jain (2014) der noen opplever at de blir møtt med tjenesteytere som hadde løsningen på deres problemer uten å høre ordentlig på hva brukeren mente opplevdes som lite hjelpsomme. En kan mene at denne måten å møte brukere på strider imot recoveryperspektivet. Dette kan tyde på at vernepleierens relasjonskompetanse blir særlig sentral for at tjenestene skal gi brukeren en positiv erfaring. Recoveryperspektivet kan derfor på den ene siden oppleves som positiv hvis relasjonskompetansen til vernepleieren er god, men på den andre siden mot sin hensikt den ikke er det.

Vernepleieren skal være bevisst sin egne verdier og holdninger i yrkesutøvelsen. Det vil si at vernepleieren skal ha forståelse for at egne synspunkter på brukerens situasjon kan ha en innvirkning på relasjonen (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015; Røkenes & Hanssen, 2012). Vernepleieren bør lytte til brukeren og gi støtte i brukerens verdier og synspunkter på hva som bidrar til bedring. En kan derfor argumentere for at vernepleieren skal ha forståelse for noe sentralt i recoveryperspektivet, nemlig at brukeren er i førersetet av sin egen recoveryprosess (Karlsson & Borg, 2017). Erfaringer fra Hillen, Cree & Jain (2014) sier at hjelperelasjoner med respekt for brukerens preferanser og hva brukeren opplever at gir bedring har et bedre utgangspunkt for å være hjelpsomme. Tjenestene bør være tilpasset hvert individ og brukeren skal ha medvirkning i hva tjenestene skal inneholde. Pasient- og

brukerretighetsloven §3-1 lovfester brukerens rett til å ha medvirkning i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Lovdata, 1999).

5.2 Fokus på egne ressurser

I Helsedirektoratet (2012) beskrives det at et mål med recovery skal være å finne personens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfull aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. I Biong & Soggiu (2015) erfarer brukerne at ROP-teamet er nysgjerrige på deres ressurser og at dette ga en følelse av å være respektert. En kan tolke det som at brukerne opplever at de blir sett for den de er og det kan, og at dette fokuset på ressurser og muligheter baner vei for bedring. Det er viktig at tjenesteutøveren skal være positiv til at brukeren kan ta styring i eget liv (Helsedirektoratet, 2014). Tjenesteyters holdning ser ut til å påvirke brukerens erfaringer av tjenestene. Dersom tjenesteutøveren har liten tro på brukerens ressurser kan en anta at dette gir brukeren mindre følelse av å være respektert, og negative erfaringer av tjenestene.

Artikkelen til Qgundipe, et al (2019) og Hillen, Cree & Jain (2014) viser i likhet med Biong & Soggiu (2015) at noen kan oppleve at press i riktig retning fra de recoveryorienterte tjenestene kan være positivt. En forutsetning for at dette presset skulle oppleves som positivt var at presset hadde utgangspunkt i personen ressurser, at tjenesteutøveren ser noe i brukeren som han mener er en ressurs. I kapittel 5.1 i denne oppgaven ble det diskutert at det er viktig for brukerne å bli møtt med troen på at de kan være lederne i deres egen recoveryprosess. Å ha fokus på brukerens ressurser kan se ut til å styrke brukerens følelse av at han er lederen i egen recoveryprosess.

I Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) og Olufsen Aasen & Andershed (2015) opplever brukerne at arbeidsplassene gir dem mulighet for mestring økt tro på seg selv, fordi arbeidstedene har tro på ressursene deres. Det er viktig at deltakerne blir støttet i egne ressurser på en måte som gjør at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012). I Olufsen Aasen & Andershed (2015) sier en deltaker at arbeidstedet gir han en følelse av å være fysisk sliten i stedet for psykisk sliten, og at arbeidsplassen dermed gir han noe positivt. Psykiske lidelser kan føre til økt bruk av rusmidler (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). Dersom arbeidstedet letter på den psykiske lidelsen, kan dette også lette på ruslidelsen. Ruslidelser kan føre med seg psykiske lidelser (Landheim, Wiig, Brendbekken,

Brodahl, & Biong, 2016). Dersom følelsen av å være fysisk sliten også kan lette på behovet for å bruke rusmidler kan en også argumentere for at bedre rusmestring kan gi en positiv effekt for den psykiske lidelsen. Arbeidsstedet med utgangspunkt i personens ressurser for mestring kan på denne måten gi bedring i personens ROP-lidelse. På den ene siden kan altså arbeidsstedet med utgangspunkt i personers ressurser gi mestring og dermed lette ROP-lidelsen. På den andre siden vil dette forutsette at tjenesteyteren klarer å se hva som er en god tilpasning, og har god relasjonskompetanse. Vernepleieren kan legge til rette for arbeid for brukeren, og se sammenheng mellom arbeid og bedring av sykdomsbildet i lys av vernepleierens sosialfaglige og helsefaglige kompetanse (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015).

Vernepleierens sosialfaglige kompetanse kan være nyttig når man skal legge til rette for arbeid i brukerens hverdagsliv (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015). Det vil si at vernepleieren også bør ha et fokus på at arbeidsstedet skal være et sted for mestring der brukeren får brukt sine ressurser. Gjennom sin helsefaglige kompetanse skal vernepleieren behandle og forebygge sykdom (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015), og vernepleieren kan se sammenheng mellom arbeid og bedring i sammensatte lidelser som ROP-lidelser. Eksempelvis som at arbeidet kan gi mindre behov for bruk av rusmidler, og at dette kan være positivt for den psykiske lidelsen. Vernepleierens arbeidsmodell, GAVE, har også utgangspunkt i brukerens ressurser. I målvalgsprosessen er det også fokus på at brukeren vet hvilke ressurser han har og hvilke ønsker han har for tjenesten (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015). På denne måten har GAVE og recoveryperspektivet fellestrekk ved at begge fokuserer på brukerens ressurser.

5.3 Personlig og sosial recovery

Personlig recovery innebærer å kunne håndtere vanskelige følelser og problemer. Personen jobber med dette selv, men skal også få støtte fra recoveryorienterte tjenester (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). I Hillen, Cree & Jain (2014) opplever en deltaker at å bli møtt uten å bli forhåndsdomt gir økt selvfølelse og selvtillit. Samtidig opplever han at sosialarbeideren kan gi støtte i personlige problemer, som for eksempel et samlivsbrudd. Den recoveryorienterte tjenesten kunne hjelpe personen til å håndtere utfordringer i hverdagen. I studien til Olufsen Aasen & Andershed (2015) opplever også deltakerne at tjenesten bidrar til personlig recovery ved at tjenesten gir håp om en bedre

fremtid, trivsel og muligheter for å lære seg nye ferdigheter. Det ser ut til at de recoveryorienterte tjenestene kan gi brukerne håp for et bedre liv og for bedring, med utgangspunkt i å møte personen der han er og støtte han i det som er vanskelig.

Sosial recovery innebærer å finne tilhørighet i samfunnet. Personen jobber med dette på egen hånd, men skal også få støtte fra de recoveryorienterte tjenestene (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl, & Biong, 2016). I Hansen, Fugletveit & Arvesen (2019) og Olufsen Aasen & Andershed (2015) opplever deltakerne at arbeidsstedet gir en følelse av å være en del av et fellesskap. Samtidig som det også gir en følelse av å gjøre noe nyttig for samfunnet gjennom jobben. På den måten bidrar de recoveryorienterte tjenestene til meningsfulle aktiviteter, få jobb og øke det sosiale nettverket, som er et mål i recovery fra Helsedirektoratet (2012).

Vernepleierens sosialfaglige og pedagogiske kompetanse kan være sentralt i personlig og sosial recovery. Sosialfaglig kompetanse kan innebære å legge til rette for jobb og fritid (Nordlund, Thronsen, og Linde, 2015). Å ha et sted å arbeide har vist seg å bidra til sosial recovery, og vernepleieren har dermed kunnskapen til å bidra i brukerens recoveryprosess. Pedagogisk kompetanse kan innebære å veilede brukeren i å opprettholde daglig funksjon (Nordlund, Thronsen, og Linde, 2015). Hillen, Cree & Jain (2014) viser til at denne kompetansen kan hjelpe til personlig recovery gjennom støtte i å håndtere vanskelige følelser, og på denne måten gi brukeren et bedre utgangspunkt til å fungere i dagliglivet. De recoveryorienterte tjenestene gir brukerne håp om bedring, gjennom å gi selvtillit, kunnskap og ferdigheter til å komme ut av det som er vanskelig. Dette er det samme som ligger i empowermentbegrepet, som er sentralt i vernepleiefaglig arbeid (Ellingsen, 2014). Empowerment inneholder brukerinvolvering, brukermedvirkning og brukerstyring (Ellingsen, 2014). I denne oppgaven har man sett at empowerment er viktig i brukerens recovery.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har jeg belyst problemstillingen:

Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse sine erfaringer med recoveryorienterte tjenester.

Hensikten med oppgaven har vært å undersøke hvilke positive og negative erfaringer brukere har med recoveryorienterte tjenester. Disse erfaringene skulle ha som mål å gi økt kunnskap og forståelse for vernepleieren i møtet med brukere. Recovery er forankret i helsedirektoratets veiledere i rus og psykisk helsearbeid, der recovery beskrives som noe som bør være sentralt i tjenesteytingen. Oppgaven har brukt fem kvalitative studier for å undersøke problemstillingen.

Jeg har kommet fram til tre hovedfunn etter litteraturstudien. Personer med ruslidelse og/eller psykisk lidelse erfarer at tjenestene:

- Er tilgjengelige og tilpassede
- Har fokus på egne ressurser
- Bidrar til personlig og sosial recovery

Det er funnet flest positive erfaringer med recoveryorienterte tjenester i denne oppgaven, og det kan tenkes at det finnes flere negative erfaringer som ikke er inkludert i studiene oppgaven bygger på. Funnene tyder på at utfordringer forekommer når tjenesteyteren tar styring i recoveryprosessen og ikke lytter til hva som er viktig for brukeren. En forutsetning for at recoveryorienterte tjenester skal erfares som positive vil derfor være at tjenestene nettopp lar brukeren være lederen i recoveryprosessen, og støtter opp om brukerens mål og ressurser. Dette gir håp og selvtillit og tro på bedring. Flere brukererfaringer om hva som er viktig i recoveryorienterte tjenester kan knyttes til vernepleierens kompetanse og arbeidsmodell. I denne oppgaven er viktigheten av vernepleierens relasjonskompetanse, helsefaglige kompetanse, sosialfaglige kompetanse og pedagogiske kompetanse i tjenestene diskutert. Samtidig har vernepleierens arbeidsmodell, GAVE, i likhet med recovery fokus på brukerens ressurser og mål (Nordlund, Thronsen, og Linde, 2015).

7 Litteraturliste

- 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. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 12(1), s. 50-60.
<https://www.idunn.no/tph/2015/01/her-tar-de-tingene-i-henda-og-gjoer-noe-med-det-om-recov-et-om-recov>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg) Oslo: Gyldendal.
- Ellingsen, K. E. (2014). *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*. (red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, G. V., Fugletveit, R., & Arvesen, P. (2019). Arbeid som recovery-strategi. *Tidskrift for Psykisk Helsearbeid*, Vol. 16(2), s. 80-89. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-03>
- Helsebiblioteket. (2016, mars 3). Hentet 02.05.20 fra Sjekklister:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2012, mars). Hentet 15.04.20 fra Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfoelging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inl](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfoelging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inl)
- Helsedirektoratet. (2014, mars). Hentet 15.04.20 fra Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.:
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8
- Helsedirektoratet. (2020, januar 23). Hentet 23.04.20 fra Dette gjør helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Hillen, P., Cree, V. E., & Jain, S. (2014). Facilitating recovery from drug and alcohol problems. - Refelctions on interviews with service users in Sctoland. *Practice: Social Work in Action*, Vol. 26, s. 281-297. <https://doi.org/10.1080/09503153.2014.958453>

- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal.
- Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer. (red.)* Oslo: Gyldendal.
- Lovdata. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet 03.05.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis i grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). Hentet 05.05.20 fra Register over vitenskapelige publiseringskanaler: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NTNU. (2020). Hentet 06.05.20 fra Databaser/artikler: <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Olufsen Aasen, R., & Andershed, B. (2015). Å komme i balanse ved hjelp av Grønn omsorg - brukernes erfaring. *Nordisk sygeplejeforskning*, Vol 5(4), s. 343-355.
https://www.idunn.no/nsf/2015/04/aa_komme_i_balanse_ved_hjelpavgroenn_omsorg_brukernes_erf
- Qgundipe, E., Borg, M, Sjøfjell, T., Bjørklykhaug, K. I., & Karlsson, B. (2019). Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 21(1), s. 177-185.
<http://doi.org/10.16993/sjdr.580>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg) Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

