

Esten Furan

Hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser

May 2021

NTNU

Norwegian University of Science and Technology

Faculty of Medicine and Health Sciences

Department of Mental Health

Bachelor's thesis

2021



Esten Furan

Hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser

Bachelor's thesis
May 2021

NTNU

Norwegian University of Science and Technology
Faculty of Medicine and Health Sciences
Department of Mental Health



Norwegian University of
Science and Technology

Sammendrag

En ROP-lidelse er når en person har en psykisk lidelse og en ruslidelse på samme tid. Mange mennesker med ROP-lidelser har manglende tilbud, og mangler derfor ofte muligheten til å delta i utdanning, arbeidsliv og meningsfulle aktiviteter. Dette påvirker også gruppens relasjoner, miljø og felleskap. Samfunnsdeltagelse omfatter muligheten til å delta i utdanning, arbeidsliv og meningsfulle aktiviteter. I tillegg omfatter samfunnsdeltagelse hvorvidt personer har et felleskap, betyr noe for andre og blir verdsatt. Hensikten med denne oppgaven er å se på hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser. Gjennom metoden litteraturstudie, har problemstillingen blitt belyst gjennom fem forskningsartikler. Problemstillingen har blitt belyst videre gjennom artiklenes resultater, noe som fremmet 4 hovedtema: «Å bli en del av samfunnet», «pleieren som støttespiller og veileder», «psykososialt velvære» og «recovery». Temaene peker på at mennesker med ROP-lidelser selv ønsker å bli en del av samfunnet, og at de ønsker å bli godtatt for den de er gjennom fokus på de som menneske og ikke sykdommen de besitter. Funnene tyder også på at samfunnsdeltagelse er helt avgjørende for denne gruppen om de skal ha muligheten til å leve et anstendig liv, og at deres sosiale relasjoner er svært viktige for å nå dette målet.

Nøkkelord: ROP-lidelser; sosiale relasjoner; utdanning; arbeidsliv; meningsfulle aktiviteter; samfunnsdeltagelse.

Abstract

Dual diagnosis is when a person has a simultaneous substance abuse disorder and mental illness. Many of these individuals faces a lack of opportunities, which causes disadvantages in participation of education, work and meaningful activities. This also effects their social relations, environment and participation in the community. Citizenship describes the

opportunity to participate in education, work and meaningful activities. In addition, citizenship emphasizes community participation and to be appreciated in social relations. The aim of this bachelor thesis is to look at how health care individuals can facilitate citizenship for persons with dual diagnosis. A literature study was chosen as method, and the study found five peer reviewed articles to illuminate the issue. The results of these articles showed five main themes: "To become a part of society", "The nurse as a supporter and supervisor", "psychosocial well-being" and "recovery". These themes show that people with dual diagnosis wishes to be a contributing factor in society, and that they wish to be accepted for who they are through focusing on their persona and identity rather than their illness. The results also argues that citizenship is a crucial factor for persons with dual diagnosis if they want to live a fulfilled and valuable life, and that their social relations are a key factor for achieving this goal.

Key words: dual diagnosis; social relations; education; work; meaningful activities; citizenship.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Valg av tema	4
1.2	Valg av problemstilling	4
1.3	Avgrensning	5
1.4	Begrepsavklaring	5
2	Teori	6
2.1	Vernepleierens relevans	6
2.2	ROP-lidelser	6
2.3	Pasient-pleier relasjonen	7
2.4	Samfunnsdeltagelse og recovery	9
3	Metode	10
3.1	Innledende litteratursøk	10
3.2	Systematisk litteratursøk	10
3.3	Litteraturstudie	15
3.4	Analyse og tolkning	20
4	Resultater	23
4.1	Å bli en del av samfunnet	23
4.2	Pleieren som støttespiller og veileder	24
4.3	Psykososialt velvære	25
4.4	Recovery	26
5	Diskusjon	28
5.1	Hvordan bli en del av samfunnet	28
5.2	Hvordan pleieren tilrettelegger for samfunnsdeltagelse	29
5.3	Samfunnsdeltagelse og psykososialt velvære	31
5.4	Samfunnsdeltagelse og recovery	32
6	Konklusjon	35
7	Referanseliste	36

1 Innledning

1.1 Valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt temaet ROP-lidelser. ROP-lidelser er når en person har en psykisk lidelse og en ruslidelse på samme tid. Jeg fanget en interesse og medfølelse for denne gruppen da jeg var i praksis på siste året i vernepleierutdanningen. Jeg opplevde at dette var en sårbar gruppe, og dette inspirerte meg til å lære mer om relasjonen mellom pleier og pasient, og hvordan jeg kunne fremme deres selvbestemmelse på en faglig forsvarlig måte. I løpet av praksisperioden var det mange av personene som kom og gikk, og alle hadde en ROP-lidelse. Mange av disse personene hadde en vanskelig fortid og nåtid som blant annet omfattet flukt fra krig, neglisjering, vold og seksuelt misbruk. Jeg fikk også vite at mange av disse personene ikke hadde noe tilbud å gå til etter utskrivelse. Et fåtall hadde jobb og utdanning, og de manglet en hverdag fylt med meningsfulle aktiviteter. Rusen var for mange deres hovedaktivitet, og mange hadde drevet med rus i flere år. Dette inspirerte mitt valg av problemstilling.

1.2 Valg av problemstilling

Jeg har valgt problemstillingen «Hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser». Jeg har valgt å fokusere på samfunnsdeltagelse ettersom langtidsforløpet i ROP-lidelser ikke påvirkes av avvenningen av rus alene, men påvirkes av tiltak som retter seg mot personens sosiale funksjon og utfoldelse (Snoek & Engedal, 2017, s. 181). Etter å ha jobbet på psykiatrisk institusjon, ble jeg personlig veldig interessert i temaet rundt ROP-lidelser. Dette fordi psykiatriske diagnoser kan være stigmatiserende, og føre til utstøtingsmekanismer (Snoek & Engedal, 2017, s. 22). Jeg har derfor valgt å også fokusere på hvordan helsepersonell kan bidra i samfunnsdeltagelsen for denne gruppen, og dermed vektlegge hvordan helsepersonell kan fremme deltagelse, og ikke utstøtelse, i samfunnet.

1.3 Avgrensning

Som beskrevet i min problemstilling vil jeg fokusere på personer med ROP-lidelser i denne oppgaven. Jeg vil derfor ikke ta for meg personer med kun ruslidelse eller psykisk lidelse. Disse vil bli omtalt som «personer med ROP-lidelser», «person», «gruppe», «tjenestemottaker», «pasient», «deltager» og «menneske», alt ut ifra hvilken del vi er i teksten.

Avgrensninger i henhold til valg av artikler er beskrevet innenfor inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2). Jeg vil forholde meg til APA 7th som referansestil i denne oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

Helsepersonell

I denne oppgaven menes helsepersonell som alle med helsefaglig utdanning som arbeider med mennesker med ROP-lidelser, og ikke eksplisitt vernepleiere. Dette er fordi det ikke kun er vernepleiere som arbeider med denne gruppen, og at kildematerialet refererer mer generelt alle helsearbeidere som samhandler med mennesker med ROP-lidelser.

Samfunnsdeltagelse

Samfunnsdeltagelse er et vidt begrep som omfatter hvorvidt personer har et fellesskap, betyr noe for andre og blir verdsatt. I tillegg omfatter samfunnsdeltagelse muligheten til å delta i meningsfylte aktiviteter, utdanning og arbeidsliv (Opdahl et al., 2019, s. 9). I denne oppgaven vil ikke hovedfokuset kun være hvordan mennesker med ROP-lidelser kan få muligheten til å delta i samfunnet gjennom utdanning- og arbeidsliv, som kanskje er det første som tenkes når en hører ordet samfunnsdeltagelse. I henhold til definisjonen, vil mennesker med ROP-lidelser sin mulighet til å bygge relasjoner, tilhørighet og miljø vil også bli vektlagt i denne oppgaven.

2 Teori

2.1 Vernepleierens relevans

Vernepleierens kompetanse har sitt fundament i tilretteleggingen av egenaktivitet med fokus på tjenestemottakerens livskvalitet i et langtidsperspektiv og relasjonell forståelse av funksjonshemming, hvor vedlikehold av funksjonsevne, behandling, forebygging av skade og sykdom er sentrale faktorer (Nordlund et al., 2015, s. 20-22).

Vernepleieryrket er forbundet med direkte brukerkontakt på de fleste livsområder og i alle faser av livet, og strekker seg eksempelvis over fag som miljøterapi, medisin, helse, habilitering og rehabilitering, psykologi og sosialt arbeid (Ellingsen, 2014, s. 14).

Mennesker kan få betydelige funksjonsnedsettelse ved gjentatte rusutløste psykoser, og gjentatte psykoser kan med stor sannsynlighet gi langvarige nevrologiske skadevirkninger (Helsedirektoratet, 2012, s. 31). Vernepleiere skal bidra til likeverd, økt rettssikkerhet og gode levekår for den enkelte. I tillegg skal vernepleieren synliggjøre og motvirke samfunnsskapt barrierer gjennom å vektlegge mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse (FO, 2017, s. 4-7). Derfor vil vernepleierfaglig arbeid med personer med ROP-lidelser være relevant.

2.2 ROP-lidelser

En ROP-lidelse er når en person har en samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (NHI, 2021). Nærmere halvparten mennesker med psykiske lidelser har en samtidig ruslidelse, og personer med ROP-lidelser har hyppigere sykehusinnleggelse sammenlignet med personer som kun har en av disse lidelsene (Antai-Otong et al., 2016). Hyppige innleggelse var noe av grunnlaget for Samhandlingsreformen, som vektla koordinerte tjenester og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

ROP-lidelser krever spesiell kompetanse hvor pasienten behandles ut ifra gjeldende retningslinjer (Snoek & Engedal, 2017, s. 181), som i dette tilfellet er den nasjonale faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). Denne omfattende retningslinjen inneholder 93 anbefalinger for tjenesteytere og helsepersonell som jobber med personer med ROP-lidelser. På bakgrunn av disse anbefalingene har Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse satt sammen en liste på 10 anbefalinger. Disse er at de har en individuell plan, at pårørende har en rolle, ivaretagelse av deres psykisk helse, at de har mulighet arbeid og utdanning, deres egne ressurser, at de får oppfølging, at de ikke er bostedsløs, eventuelle psykoser, samordnet inntak og samarbeid (Helsedirektoratet, 2012).

2.3 Pasient-pleier relasjonen

Hvis vi skal vite hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser, må vi se på viktige faktorer når det kommer til samhandlingen mellom helsepersonell og personer med ROP-lidelser. For personer med ROP-lidelser, blir viktigheten av å ha langvarige relasjoner fremmet som spesielt viktig (Mueser et al., 2003). Det er ikke lett å avgjøre hva som gjør at møtet mellom tjenestemottaker og fagperson blir konstruktive, destruktive, betydningsfulle eller betydningsløse, men det er likevel mulig å bygge disse møtene på forståelse. Fagpersoner viser forståelse ved å vise tjenestemottakeren oppmerksomhet og ved å stille spørsmål om hva personen ønsker, tenker og erfarer. Det er også viktig at fagpersoner reflekterer over disse møtene, ettersom erfaringene fra møtene vil skape nyanser for fremtidig samhandling med tjenestemottakere (Skau, 2017, s. 50).

Relasjonskompetanse dreier seg om god forståelse og samhandling med tjenestemottakere fagpersoner møter i yrkessammenheng, og er en viktig del av den faglige kompetansen. Relasjonskompetanse handler også om å forstå tjenestemottakeren og forstå hva som skjer i samhandlingen mellom tjenestemottaker og fagperson, noe som innebærer at fagpersonen også må kjenne seg selv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Fagpersoner kan eksempelvis vise for stor handlekraft når de er usikre på seg selv og sin egen kompetanse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 15).

Hensikten med relasjonen er at fagpersonen skal tilrettelegge for god kommunikasjon hvor det som kommer ut av kommunikasjonen er det beste for tjenestemottakeren, noe som forutsetter at tjenestemottakeren blir møtt som et selvstendig individ som har rett til selvbestemmelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11). Røkenes og Hanssen (2012, s. 16) viser til at å ha mulighet for selvbestemmelse er viktig for ens livskvalitet og helse, ettersom mennesker som opplever å bli styrt av andre lettere gir opp og kan utvikle somatiske- og psykiske sykdommer.

I relasjonen mellom tjenestemottaker og fagperson, er det viktig at fagpersonen møter tjenestemottakeren med et holistisk syn. Dette innebærer at fagpersonen ser hele mennesket og ikke personen som et objekt gjennom å ta hensyn til tjenestemottakerens ønsker, vilje, opplevelse og følelser (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 13). Det er viktig at fagpersoner er handlingsorienterte i akutte situasjoner, men dersom handlingsorientering og regler blir fagpersonens ensidige fokus i yrkesutøvelsen kan dette føre til uheldige utfall for tjenestemottakeren (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 15). Faglig skjønn, som kan variere fra svakt til sterkt skjønn, kan være et viktig virkemiddel i yrkesutøvelsen. Den skjønnsmessige vurderingen kan bli gjort ut ifra alvorlighetsgraden av situasjonen den enkelte står i, og hvilke konsekvenser beslutningene vil gi (Ellingsen, 2014, s. 37).

2.4 Samfunnsdeltagelse og recovery

Når en god relasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker finner sted, er et holistisk perspektiv på pasientens tilfriskning viktig. Her er målet å finne pasientens egne ressurser, noe som innebærer å finne jobb og meningsfylte aktiviteter, øke det sosiale nettverket og løse økonomiske- og boligmessige behov, ettersom dette er med på å øke personens livskvalitet og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Regjeringen definerer samfunnsdeltagelse i sin politikk for likestilling som deltakelse på like vilkår. Her legges det vekt på muligheten for deltakelse i politikk, utdanning og arbeidsliv, i tillegg til deltakelse i familieliv og sivilsamfunn. For at dette skal være mulig må det i alle relasjoner være like muligheter for å være jevnbyrdige. Deltakelse på like vilkår defineres også som fraværet av vold og tvang, marginalisering og utestenging. (NOU, 2012, s. 27).

Samfunnsdeltagelse er et sentralt tema når det kommer til å implementere recovery-orientert praksis i sektoren for mental helse (Jaeger & Hoff, 2012). Målet i recoveryprosessen er en meningsfylt hverdag og et godt liv, og omfatter tilhørighet og deltagelse på ulike samfunnsarenaer, helse og velvære, personlig og sosial identitet, støtte fra omgivelser og gode materielle forhold (NAPHA, 2021). Det skilles mellom klinisk recovery og personlig recovery. Innenfor klinisk recovery vektlegges hovedsakelig symptomlindring og langsiktig psykisk stabilitet, mens personlig recovery er mer individbasert og vektlegger dermed den enkeltes unike ferd mot å leve et verdifullt og godt liv, til tross for utfordringer forårsaket av sin psykiske lidelse. (Jaeger & Hoff, 2012).

3 Metode

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Gjennom litteraturstudien har jeg funnet fem vitenskapelige artikler som vil belyse min problemstilling. Jeg har valgt å følge Thidemanns oppskrift i *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*, og startet derfor med et innledende litteratursøk og etterfulgte dette med et systematisk litteratursøk.

3.1 Innledende litteratursøk

Jeg startet først med et innledende litteratursøk for å få oversikt over hva slags forskning som er tilgjengelig innenfor dette fagfeltet. I de artiklene jeg fant oppdaget jeg relevante søkeord som jeg kunne ta med meg videre i den systematiske søkeprosessen. Eksempelvis ønsket jeg å finne ut hva ROP-lidelser var på engelsk, og søkte derfor på «dual diagnosis substance», noe som ga meg resultatet «coexisting substance use disorders and psychiatric disorders» og «dual diagnosis». I tillegg ga dette meg en pekepinn på andre relevante søkeord jeg kunne benytte i søkeprosessen, som for eksempel «recovery»

3.2 Systematisk litteratursøk

I det systematiske litteratursøket har jeg benyttet meg av Thidemanns seks trinn. I det første trinnet har jeg satt problemstillingen min inn i et PICO-skjema (se tabell 1) for å gjøre den oversiktlig og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). Jeg ønsket ikke å sammenligne to typer tiltak, så comparison uteble fra mitt PICO-skjema.

Det andre trinnet i Thidemanns modell er å velge databaser (Thidemann, 2019, s. 84) For å gjøre prosessen mer oversiktlig har jeg valgt å forholde meg til to databaser, Oria og PubMed. Jeg har valgt Oria fordi denne databasen overlapper med andre databaser, eksempelvis Idunn. Jeg har valgt PubMed fordi denne databasen har et vidt spekter av artikler som

stort sett er fagfellevurderte, og at det er en internasjonal kilde. I tillegg opplevde jeg at disse databasene var oversiktlige å bruke, i form av at det var lett å gjennomføre avanserte søk.

Tabell 1, PICO-skjema

(p) Population/patient/problem	(i) Intervention	(o) Outcomes
- Personer med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser).	Tilrettelegging for samfunnsdeltagelse	Gruppen kan oppleve mestring og et verdig liv ved oppnåelse av samfunnsdeltagelse
- ROP-lidelser - Dual diagnosis - Substance use disorder - Psychiatric disorder - Helsepersonell - Nursing - Coexisting conditions	- Samfunnsdeltagelse - Døgnbehandling - Veiledning - Guidance - Citizenship	- Recovery - Helse - Psykisk helse - Rus - Psykiatri

Det tredje trinnet i Thidemanns modell er å bestemme søkeord (Thidemann, 2019, s. 85). Jeg satte inn utvalgte søkeord under hver kategori i PICO-skjemaet for å systematisere litteratursøket mitt, og brukte søkeordene mellom hverandre for å konstruere relevante søk. Jeg opprettet også en inklusjons- og eksklusjonsliste (se tabell 2) for å vise til hvilke faktorer som var viktige i valg av artikkel. Det fjerde trinnet er å gjennomføre søket. I de søkene jeg gjennomførte, fikk jeg tidvis veldig mange treff. Jeg prøvde derfor å snevre inn søket mitt ytterligere ved å sette sammen flere søkeord, og lese sammendrag og artikler etter dette søket ble gjennomført. Dette gjorde også at søket mitt ble mer treffende for min problemstilling ettersom jeg fikk benyttet flere ord fra PICO-skjemaet i samme søk. Det er også dette Thidemann anbefaler, da dette gir større sjanse for å få færre og mer relevante treff (Thidemann, 2019, s. 87).

Det femte trinnet er å evaluere søket. I søkeprosessen har jeg brukt de ordene jeg satte inn i PICO-skjemaet. Jeg prøvde først å søke med ett ord av gangen, noe som ga meg veldig mange treff. Jeg prøvde så å søke videre med samme ord, men med et annet ord fra PICO-skjemaet i tillegg.

Under dette søket benyttet jeg bindeord som AND og OG. Ved benyttelsen av disse bindeordene og kombinasjonen av valgte søkeord fikk jeg færre og mer relevante treff. I henhold til treffenes relevans, opplevde jeg at problemstillingen min var treffende og valgte derfor å ikke endre den. (Thidemann, 2019, s. 88). Ved søket «Dual Diagnosis and recovery» fikk jeg 740 treff (se tabell 4). Her valgte jeg likevel ikke å søke videre til tross for mange treff, ettersom jeg på første side fant relevant fagstoff.

Tabell 2, inklusjons- og eksklusjonsliste

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
ROP-lidelser	Kun psykisk- eller ruslidelse
Etter år 2010	Før år 2010
Kvalitativ forskning	Ikke-kvalitativ forskning
Etiske overveielser	Ikke-etiske overveielser

Det sjette og siste trinnet i Thidemanns modell er å dokumentere søkestrategien ved å sette opp søkehistorikken i en tabell. Jeg har tatt utgangspunkt i tabellmatrisen som Thidemann viser til, og har satt opp en tabell for henholdsvis Oria og Pubmed for å gjøre søkehistorikken mer ryddig (Thidemann, 2019, s. 89). Se tabell 3 og tabell 4 for søkehistorikk.

Tabell 3, søkehistorikk Oria

Søke- dato	Søke- nummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
27.04.21	1	Samfunns- deltakelse	115	0	0	0
27.04.21	2	Samfunns- deltakelse og ROP	9	1	1	1
27.04.21	3	Døgnbehandling psykiatri	11	0	0	0
02.05.21	4	ROP-lidelser og recovery	14	1	0	0
04.05.21	5	ROP-lidelser og samfunns- deltakelse	0	0	0	0
05.05.21	6	Psykisk helse og recovery	246	0	0	0
05.05.21	7	Psykisk helse og rus og recovery	90	2	1	1
06.05.21	8	Veiledning og helse	1224	0	0	0
06.05.21	9	Veiledning og helse ROP	58	1	0	0
06.05.21	10	Helsepersonell og ROP-lidelser	31	1	0	0
06.05	11	Helsepersonell og recovery	55	1	0	0

Tabell 4, søkehistorikk PubMed

Søke- dato	Søke- nummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
27.04.21	1	Citizenship and dual diagnosis	2	0	0	0
27.04.21	2	Citizenship	3177	0	0	0
28.04.21	3	Dual diagnosis	25811	0	0	0
28.04.21	4	Dual diagnosis and substance	3129	0	0	0
28.04.21	5	Dual diagnosis and substance and nursing	132	2	1	1
02.05.21	6	Dual diagnosis and recovery	740	2	1	1
03.05.21	7	Citizenship and recovery	70	1	1	0
05.05.21	8	coexisting substance use disorders and psychiatric disorders	932	0	0	0
05.05.21	10	coexisting substance use disorders and psychiatric disorders citizenship	0	0	0	0
05.05.21	11	Coexisting conditions and citizenship	0	0	0	0
06.05.21	12	Guidance dual diagnosis	229	1	0	Fulltekst utilgjengelig
06.05.21	13	Guidance nursing dual diagnosis	6	1	1	1

3.3 Litteraturstudie

Tabell 5, artikkel 1

Artikkel 1: Norge	Semb, R., Borg M. & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? – Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. Tidsskrift for velferdsforskning, 19(3), 204-220. Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2016/03/tilpasning_eller_tilbaketrekning_-_tilhoerighetsstrategier_
Hensikt	Finne ut hvilke erfaringer unge mennesker med ROP-lidelser har med tilhørighet i sitt lokale miljø, og hva disse personene mener fremmer og hindrer tilhørighet.
Metode	Kvalitative individuelle dybdeintervjuer med hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Dataene fra intervjuene ble analysert gjennom fortolkende fenomenologisk metode.
Utvalg	Syv unge voksne med ROP-lidelser i alderen 20 til 30 år, og med 22 år som medianalder.
Resultater	Analyseringen av lydopptakene resulterte i tre hovedtemaer: 1) Å ikke kunne relatere seg til noe i mainstream, 2) å balansere mellom mainstream og outsidersmiljø, og 3) å prøve å få et sterkere fotfeste i mainstream. Deltagerne som befinner seg i hovedtema 1 ser stor forskjell på seg selv og tidligere medelever når det kommer til utdanning og arbeidsliv. De føler at de må bli indoktrinert gjennom kapitalinteresser, skole og massemedier for å være en del av mainstream, og de ønsker heller å gå egne veier enn å bli påvirket av andre. De finner tilhørighet i outsidersmiljø som psykedeliske miljøer og hip/hop-miljøer, hvor de kan ha dype eksistensielle refleksjoner. Deltagerne i hovedtema 2 forklarer at de har gått gjennom erkjennelsesprosesser. Her har de erkjent at de får noe igjen for å samarbeide med andre, at de ikke må skyldes på andre, og at de har lært å få ny tilhørighet. Den nye tilhørighetsstrategien var for enkelte å ikke ta del i sitt gamle miljø, men heller være med folk som var annerledes men som hadde like interesser. For andre var det å veksle mellom å oppholde seg i sitt gamle miljø og et mer nytt A4-miljø en strategi. Deltagerne i hovedtema 3 føler seg mer sårbare. Her opplevde de frykt for å bli dømt, å ikke bli godtatt og vanskeligheter med å bygge tillitt til andre. De ytret at det var godt å ha støttespillere i form av pleiere, kommunale tilbud der de møter like personer og i selvhjelpsgrupper. Det kom også frem at de som har et godt forhold til familie og barndomsvenner får mye drahjelp, i motsetning til de som ikke har det, og at å gjøre nytte for seg gjennom en jobb du mestrer kan skape tilhørighet og motivasjon.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Studien benytter aksjonsforskningstilnærming som innebærer at forskerne alltid samarbeider med personer som er direkte berørt av dette temaet for å generere relevant kunnskap og oppnå endringer for gruppen. Studien påpeker ikke mangler eller vanskeligheter.
Etikk	Deltagerne er anonymisert. Forfatterne har tilgang til deltagerens bakgrunnsinformasjon, men dette ble ikke delt i artikkelen. Deltagerne har fått fiktive navn i artikkelen.
Relevans	Tilhørighet i samfunnet er et nødvendig steg for å oppnå samfunnsdeltagelse, ettersom individer gjennom å oppnå tilhørighet også vil føle seg inkludert. Andre begreper som omfatter tilhørighet er annerkjennelse, omsorg og trygghet. Artikkelen påpeker også at tilhørighet i samfunnet er et viktig tema for personer med ROP-lidelser, da mange preges av lav livskvalitet og overrepresentasjon i NEET.

Tabell 6, artikkel 2

Artikkel 2: Canada	Ould Brahim L, Hanganu C, Gros CP. Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020 May/Jun;26(3):250-261. doi: 10.1177/1078390319878773. Epub 2019 Oct 5. PMID: 31587601.
Hensikt	Finne ut hvilke handlinger, holdninger, tiltak og atferd hos helsepersonell som pasienter finner hjelpsomme i psykiatriske sykehus.
Metode	Individuelle, semistrukturerte intervju ble gjennomført, hvor dataen fra intervjuene ble analysert gjennom innholdsanalyse.
Utvalg	Tolv strategisk utvalgte pasienter i alderen 19-61 år med ROP-lidelser.
Resultater	Funnene ble fordelt i tre hovedtema: 1) Å fremme helse i hverdagen, 2) administrere psykisk lidelse og ruslidelse samtidig å ikke separat, og 3) bygge en terapeutisk relasjon. Hovedtema 1 ble fordelt i to undertema. Det første undertemaet omhandler å fremme fysisk helse. Her trekkes det frem å legge til rette for å spise ute og å la pasienten selv velge måltidet sitt. Pasientene så på dette som et viktig steg for å gå over i et nytt liv, og at pleiernes interaksjoner ga de en form for egenverdi. Det andre undertemaet som vektlegges er psykososial velvære. Her trekkes det frem at pasientene ønsker større grad av aktivisering for å unngå kjedsomhet. I tillegg ønsket flere av pasientene at personalet la til rette for møte med familie, informasjon til familie og som hjelper i konfliktløsning mellom pasient og familie. Dette ga større velvære, en følelse av forsikring og en følelse av å bli støttet av personalet. Hovedtema 2 deles også i to undertemaer. Det første undertemaet omhandler å håndtere rus- og alkoholisbruk. Deltakerne fant det hjelpsomt at sykehusets regler angående rusbruk hindret dem i å innta rus, men ønsket i større grad at personalet informerte om farene ved rusinntak. Det andre undertemaet omhandler å håndtere psykisk lidelse. Deltakerne ytret at det var fint å kunne få medisiner når de eksempelvis kjente på angst. Likevel følte de at medisiner av symptomer ble vektlagt for sterkt, og at de derfor ønsket at alternative tiltak ble vurdert. Hovedtema 3 deles inn i tre undertema. Det første undertemaet omhandler væremåte. Deltakerne ønsker større grad av oppmerksomhet og tilstedeværelse, i tillegg til støtte og empati fra helsepersonellet. Det andre undertemaet omhandler å bli kjent. Deltakerne ytrer her at det er fint om personalet blir kjent med dem, og at de er oppmerksomme på hvordan de føler seg. Det tredje undertemaet omhandler personalets måter å gjøre ting på, og her vektlegges spesielt det å bli behandlet som et menneske. Dette ga deltakerne positiv egenverdi.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Overholder retningslinjene til «Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research». Studien ble godkjent av en forskningskomité på McGill Universitetet, og Douglas Mental Health University Institute ga siste klarsignal for å gjennomføre studien.
Etikk	Deltakerne har underskrevet samtykkeskjema. Intervjuene ble gjennomført privat og i kjente omstendigheter. Deltakerne ble informert om rettighetene sine, blant annet at de kunne avbryte studien når som helst de skulle ønske. Deltakerne er anonymiserte.
Relevans	Hvilke holdninger, handlinger, tiltak og hvilken atferd helsepersonellet utøver kan skape en god terapeutisk relasjon. Denne relasjonen vil skape tillit mellom pasienten og helsepersonellet, noe som gir rom for å tilrettelegge livet etter innleggelse på psykiatrisk institusjon.

Tabell 7, artikkel 3

Artikkel 3: Stor-britannia	De Ruyscher C, Vandevelde S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. J Dual Diagn. 2017 Oct-Dec;13(4):264-279. doi: 10.1080/15504263.2017.1349977. Epub 2017 Jul 12. PMID: 28699834.
Hensikt	Få innsikt i hvilke faktorer personer med ROP-lidelser legger vekt på i deres egen recoveryprosess, ved benyttelse av forskningsspørsmålene: Hva tenker mennesker med ROP-lidelser om deres personlige recovery? Hva opplever mennesker med ROP-lidelser at tilrettelegger og ødelegger for deres egen recovery?
Metode	Litteraturstudie
Utvalg	Et generelt overblikk av personer i recovery, basert på 16 kvalitative studier. Av forskningsdesign var 8 dybdeintervjuer, 6 fokusgrupper, ett intervju basert på fotofremkalling og en studie gjennomgikk internett for å finne narrativ.
Resultater	Gjennom de 16 kvalitative studiene som ble undersøkt, ble 4 overlappende tema med totalt 10 undertema trukket frem som tilretteleggende faktorer i recovery. Det første temaet kalles sosiale relasjoner, og tar for seg støtte fra familie- og nærpå personer og samfunnsdeltakelse. Når personer går over til en rusfri hverdag mister mange et sosialt nettverk, derfor blir relasjonsbygging og strukturell støtte fra familie viktig. Det å få støtte fra mennesker i tilsvarende situasjoner innad i selvhjelpsgrupper sees på som et trygt sted hvor de kan dele sine opplevelser uten stigmatisering. Noen deltagere nevner likevel at familieliv kan oppleves som en byrde, og at selvhjelpsgrupper kan kolliderer med den enkeltes mål i recoveryprosessen. En gjengående faktor i studien er også at gruppen ønsker å bli en del av samfunnet gjennom jobb, utdanning og andre samfunnsaktiviteter, ettersom dette tilrettelegger for recovery. Det andre temaet tar for seg behandlingen, og har mange undertemaer. Her ønsker gruppen en helhetlig og individbasert tilnærming til behandlingen som tar for seg personens egne behov. De ønsker også at prosessen blir organisert innad i samfunnet og at det fokuseres på autonomi og samfunnsdeltakelse. I pasient-pleier relasjonen ønsker gruppen ærlighet, aksept og at pleieren øker pasientens selvverd ved å fokusere på personen og ikke sykdommen. Mange sa seg enige i at medikasjon kunne være symptomlindrende, mens andre mente at medikasjonen ikke ble brukt terapeutisk men som en styringsmekanisme. Det tredje temaet omhandler gruppens personlige tro, og tar for seg identitet, håp, spiritualitet, ansvar og autonomi. Mange nevner her at lidelsene er en stor del av deres identitet, noe som følte stigmatiserende. Likevel har de håpet, som er selve driveren i deres recoveryprosess. Det å ta ansvar for sine egne problemer og finne sine egne grenser ga autonomi og ansvarsfølelse. Det fjerde temaet omhandler meningsfulle aktiviteter. Her nevnes blant annet lesing, skriving, fysisk trening, utdanning og arbeid. Aktivitetene bidrar i recoveryprosessen fordi de gir struktur i hverdagen, øker produktiviteten og skaper en sosial arena.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Litteraturstudie gjennomført i henhold til PRISMA statement sine retningslinjer. Studien begrenser seg til engelskspråklige databaser og artikler mellom år 2000-2013.
Etikk	Artikkelen tar for seg allerede eksisterende litteratur, og tar derfor ikke høyde for egne etiske overveielser.
Relevans	Gjengående faktorer i denne artikkelen er helhetlige og fleksible behandlingsmetoder. I tillegg blir muligheten til å delta i samfunnet, samfunnsdeltagelse, trukket frem. For at helsepersonell skal være klar over hvordan de kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for denne gruppen, må de også vite hva individene selv tenker om deres recoveryprosess.

Tabell 8, artikkel 4

Artikkel 4: Norge	Andvig, E., Lyberg, A., Karlsson, B. & Borg, M. (2013). Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2(10), 160-168. Hentet fra https://www.idunn.no/tph/2013/02/et_anstendig_liv_erfaringer_med_aa_ska_pe_ethjemforperson
Hensikt	Belyse og beskrive erfaringer med å skape et hjem for personer med ROP-lidelser, ved hjelp av forskningsspørsmålene: Hva innebærer mulighetene for å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer? Hvordan viser dette seg i personens hverdag?
Metode	Kvalitativ forskning, utforskende design. Artikkelen baserer seg på data fra et boligprosjekt i Norge som var inspirert av modellen «Housing First» fra USA. Deltakerne var med i planleggingen og byggingen, og fikk bistand av personer med snekkerbakgrunn og helsepersonell. Som dataskapningsmetode har det blitt benyttet fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer.
Utvalg	To kvinner og fire menn i alderen 30 til 60 år med langvarige rus- og psykiske helseproblemer.
Resultater	Gjennom alle intervjuene kom det frem en lengsel etter et anstendig liv. Dette ble derfor det overordnede temaet. Hva et anstendig liv innebærer for denne gruppen ble belyst gjennom fem andre tema. Det første temaet omhandler gleden over å få et hjem. Dette ga positive forventninger til framtiden, og skapte privatliv for deltakerne. Det skapte også et behov for sosial kontakt, og noen av deltakerne valgte å gjenoppta kontakten med sin familie og inviterte de på besøk. Det andre temaet omhandler trygghet og forutsigbarhet. Her deler mange av deltakerne at de fikk bedre psykisk helse av å ha fått et sted å bo. De kjente trygghet gjennom å ha beskyttelse mot tidligere ruskamerater på grunn av boligens beliggenhet, og kjente på forutsigbarhet gjennom å være sikker på at de ikke blir kastet ut neste dag. Deltakerne kjente også på trygghet og forutsigbarhet gjennom de ansattes oppfølging. Det tredje temaet omhandler å bli regnet med. Her vektlegger deltakerne viktigheten av å få delta i byggeprosessen, og at de fikk være med på å vurdere nye deltakere i prosjektet for å forsikre seg om at miljøet ble trygt. Det fjerde temaet omhandler ansvarsfølelse. Her vektlegges det å ha kontroll på egen økonomi og opprettholde god standard på egen bolig. Deltakerne signerte en boavtale som forpliktet dem til å holde boligen i forsvarlig tilstand, noe som førte til ansvarsfølelse og at de måtte strukturere hverdagen. Det femte temaet omhandler felleskap og samhold. Her kommer det frem at deltakerne fikk et godt samhold gjennom prosjektet, noe som skapte vennskap og omtanke og førte til at de hjalp hverandre med praktiske ting. Deltakerne ønsket også å bli kjent i nærmiljøet, og synes det var fint å kunne dra på butikken og ta bussen inn til byen.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
Etikk	Deltakerne er anonymiserte og har skrevet under samtykkeerklæring. Kommunens helse- og omsorgsdirektør har gitt godkjenning for gjennomføring av studien. Studien har fulgt Helsinkideklarasjonens etiske prosedyrer.
Relevans	FNs menneskerettighetserklæring sier at et tilfredsstillende sted å bo er en forutsetning for helse, utdanning og samfunnsdeltagelse. Artikkelen peker også på at uavklarte bosituasjoner skaper en barriere for å ta del i samfunnet med normale aktiviteter. For å etablere dette trengs omsorg, støtte og biveiledning over lang tid, noe helsepersonell kan ta del i.

Tabell 9, artikkel 5

Artikkel 5: Stor-britannia	Stewart D, Warren J, Odubanwo A, Bowers L. Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors. <i>Int J Ment Health Nurs</i> . 2015 Dec;24(6):527-37. doi: 10.1111/inm.12152. Epub 2015 Aug 23. PMID: 26300518.
Hensikt	Studiens mål var å identifisere hyppigheten av rusbruk og kliniske trekk for innlagte pasienter over en 12-måneders periode, og hvordan helsepersonell grep inn.
Metode	Data hentet fra pasientnotater i NHS, gjennom databasen Clinical Record Interactive Search system (CRIS). Et systematisk søk etter hendelser av rusinntak etter innleggelse ble gjennomført. Forskningsteamet konstruerte en søkeliste på 46 temaer som baserer seg på kliniske vilkår. Alle funn ble sjekket for relevans. En pasient-personell konfliktsjekkliste ble benyttet. I analysen av dataene ble en logistisk analyse på flere nivåer benyttet.
Utvalg	Alle pasienter, totalt 2217 og i alderen 18 til 74, som ble innlagt på fire bestemte psykiatriske sykehus mellom januar og desember 2012.
Resultater	Studien fant store datamengder knyttet til innleggelsene. Her er det verdt å nevne at to tredjedeler av alle innleggelser var basert på tvang, og de fleste pasientene hadde vært innlagt tidligere, hvor 9% hadde flere innleggelser i løpet av året. Den vanligste primærdiagnosen var schizofreni og 10% av alle pasientene hadde også en ruslidelse. Det ble oppdaget 826 hendelser av rusbruk blant 291 av pasientene. Av disse, var over halvparten involvert i flere hendelser med rusbruk, og over en tredjedel ble mistenkt av personellet på grunn av lukt eller rusliknende adferd. 204 hendelser av utagering under påvirkning av rusmidler ble rapportert, hvor 71% var verbal aggresjon. I forhold til disse hendelsene ble tiltak som eventuell medisin, observasjon, time out og skjerming rapportert 104 ganger. Helsepersonellet henviste til pasientens ruspåvirkede adferd ved halvparten av tilfellene hvor rus var involvert, hvor det mest vanlige tiltaket var å snakke med pasienten om hendelsen. Her var to fremgangsmåter mest vanlig. 1) Å konfrontere pasienten om følgene av bruk og spørre om pasientens grunnlag for bruk, og 2) Veilede pasienten til å ikke bruke rus, og informere om avdelingens regler og rusbrukens effekt på pasientens helse og faste medisiner. De resterende tiltakene var av straffende natur, i form av romgjennomgang og endringer i utskrivelsesdato, men ble rapportert mye sjeldnere. Analysen viste også at sannsynligheten for at helsepersonellet gjennomførte tiltak etter rusbruk var større om pasienten var formelt innlagt, og at personellet i større grad fokuserte på reglement enn terapi.
Kvalitet	Fagfellevurdert.
Etikk	Pasientdata er anonymisert. Bruk av CRIS i slike studier er godkjent av Oxfordshire Research Ethics Committee.
Relevans	For at helsepersonell skal tilrettelegge for samfunnsdeltakelse, må de også ha kjennskap til hensiktsmessige intervensjoner når det kommer til pasientenes rusbruk. Artikkelen henviser hovedsakelig til rusbruk på institusjon, men påpeker også at pasientene ofte hadde en sekundærdiagnose.

3.4 Analyse og tolkning

I analysedelen tok jeg utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell, *Thematic analysis: A simplified approach*, ettersom denne metoden passer bra for de med liten erfaring innenfor tematiske analyser. Ved å lese artiklene nøye, kom jeg frem foreløpige temaer som jeg ønsker å sammenligne. Ved å sammenligne disse, ønsket jeg å komme frem til endelige tema.

Temaene som blir generert, bør kunne stilles direkte opp mot problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 141). Jeg fokuserte derfor på dette i utvelgelsen av tema, og valgte å ekskludere tema og informasjon som ikke var relevant for min problemstilling. Etter å ha lest resultatdelen i de utvalgte artiklene på nytt, identifiserte jeg tema som jeg fant relevant for problemstillingen og satte disse inn i tematabellen (se tabell 10). Aveyard (2019) anbefalte å identifisere disse temaene ved å benytte markeringstusj, noe jeg også gjorde ved å skrive ut artiklene. Denne metoden inspirerte meg også under sammenfatningen av tema, da jeg gjennomførte denne prosessen elektronisk (se tabell 10). Under sammenfatning av tema valgte jeg sammenfattet tema på bakgrunn av hva som fremsto som en fellesnevner for artikkeltemaene. Jeg valgte en farge for hver av disse, og satte sammenfattet tema i fet skrift. Jeg valgte å beholde fargene i tabellen for å illustrere hva jeg hadde gjort. I tillegg fokuserte jeg på å velge sammenfattede tema som ville belyse min problemstilling og komplimenterte mine undertema. Funnene som ble gjort i mine artikler, både engelske og norske, er parafraserte.

Jeg har hatt problemstillingen min foran meg under hele analyseprosessen, og har derfor fokusert på de temaene som fører til samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser. Flere av disse temaene kunne havnet under andre sammenfattede tema. Eksempelvis er recoveryprosessen noe som påvirker psykososialt velvære, men recovery er en såpass omfattende del av de utvalgte artiklene så jeg valgte å ha

dette som et eget sammenfattet tema.

Tabell 10, tema fra artikler

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
<p>1. Å gå sin egen vei i livet.</p> <p>2. Å ta farvel med sitt gamle miljø.</p> <p>3. Å veksle mellom sitt gamle miljø og nye A4-miljø.</p> <p>4. Å være sårbar.</p> <p>5. Viktigheten av et godt forhold til pleiere.</p> <p>6. Viktigheten av et godt forhold til familie og venner.</p> <p>7. Tilhørighet gjennom arbeid, skole og miljø.</p>	<p>1. Autonomi og selvbestemmelse</p> <p>2. Psyko-sosialt velvære</p> <p>3. Muligheten for aktivisering.</p> <p>4. Pleieren som mellomledd i møte med familie.</p> <p>5. Recovery</p> <p>6. Pleieren som støttespiller og veileder.</p> <p>7. Å se mennesket, ikke bare lidelsen.</p>	<p>1. Å miste sitt sosiale nettverk.</p> <p>2. Å bygge relasjoner.</p> <p>3. Å få støtte fra familie.</p> <p>4. Å bli en del av samfunnet.</p> <p>5. Individ-basert tilnærming til behandlingen.</p> <p>6. At pleieren ser personen, ikke bare sykdommen.</p> <p>7. Å ta ansvar for sine egne problemer.</p> <p>8. Medikasjon for symptom-lindring, ikke som styrings-mekanisme.</p> <p>9. Meningsfulle aktiviteter</p>	<p>1. Et anstendig liv.</p> <p>2. Å ha sosial kontakt med familie og venner.</p> <p>3. Trygghet og forutsigbarhet.</p> <p>4. Å bli regnet med.</p> <p>5. Å få ansvars-følelse</p> <p>6. Struktur i hverdagen.</p> <p>7. Hjelpen av å ha en god pleier.</p> <p>8. Samhold</p>	<p>1. Bruk av tvang og makt.</p> <p>2. Å konfrontere pasienten ved rusbruk.</p> <p>3. Å veilede pasienten ved rusbruk.</p> <p>4. Å bli informert om rusbrukens effekt på kroppen.</p> <p>5. Manglende miljøterapi i møte med rus.</p>

Jeg valgte sammenfattet tema på bakgrunn av hvilke tema som jeg oppfattet hadde sterkest forskningsgrunnlag (Aveyard, 2019). Jeg gransket temaene mine nøye for å oppdage sammenhengene, likhetene og forskjellene. Dette ga meg innblikk i hvordan disse temaene henger sammen, noe som gjorde at jeg kunne skape sammenfattede tema, med andre tema fra artiklene som undertema (Aveyard, 2019). De

sammenfattede temaene vil bli tatt med videre inn i resultatdelen (se tabell 11 for sammenfattede tema).

Tabell 11, sammenfattede tema

Sammenfattede tema	Tema fra artikler
Å bli en del av samfunnet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilhørighet gjennom arbeid, skole og miljø. 2. Struktur i hverdagen. 3. Å gå sin egen vei i livet. 4. Å ta ansvar for sine egne problemer. 5. Å få ansvarsfølelse. 6. Å være sårbar. 7. Et anstendig liv. 8. Å veksle mellom sitt gamle miljø og nye A4-miljø.
Pleieren som støttespiller og veileder	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å bli regnet med. 2. Å se mennesket, ikke bare lidelsen. 3. Viktigheten av et godt forhold til pleiere. 4. Hjelpen av å ha en god pleier. 5. Pleieren som mellomledd i møte med familie. 6. Individbasert tilnærming til behandlingen. 7. Å veilede pasienten ved rusbruk. 8. Å konfrontere pasienten ved rusbruk.
Psykososialt velvære	<ol style="list-style-type: none"> 1. Viktigheten av et godt forhold til familie og venner. 2. Å ha sosial kontakt med familie og venner. 3. Å få støtte fra familie. 4. Muligheten for aktivisering. 5. Å bygge relasjoner. 6. Trygghet og forutsigbarhet. 7. Å miste sitt sosiale nettverk. 8. Samhold
Recovery	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medikasjon for symptom-lindring, ikke som styrings-mekanisme. 2. Manglende miljøterapi i møte med rus. 3. Autonomi og selvbestemmelse. 4. Bruk av tvang og makt. 5. Å bli informert om rusbrukens effekt på kroppen. 6. Å ta farvel med sitt gamle miljø. 7. At pleieren ser personen, ikke bare sykdommen.

4 Resultater

4.1 Å bli en del av samfunnet

Det å bli en del av samfunnet er et gjennomgående tema i artiklene jeg har valgt, både direkte og indirekte. Noen av deltagerne er allerede delvis integrert innenfor utdanning- og arbeidsliv, men beskriver at det er vanskelig å finne en plass som er passende og som de kjenner tilhørighet til. De kjenner spesielt på manglende tilhørighet da de sammenligner avstanden mellom seg selv og tidligere medelevers A4-liv, og velger da å gå sin egen vei i livet og ta del i outsidersmiljø. Noen valgte å veksle mellom sitt gamle- og nye miljø, mens andre deltagere valgte å bryte med sitt gamle miljø helt og kjente seg derfor veldig sårbare. De fryktet for å bli dømt og ikke bli godtatt i sitt nye miljø, og kjente i på vanskeligheter når det kommer til å bygge tillit til nye personer (Semb et al, 2016). Mange personer med ROP-lidelser føler at lidelsene er en del av deres identitet, og at dette kan føles stigmatiserende (De Ruyscher et al., 2017). Noen av deltakerne var enige om at det å gjøre nytte for seg gjennom en jobb de mestrer, kan skape tilhørighet og motivasjon (Semb et al., 2016).

I artikkelen til De Ruyscher pekes det på at mennesker med ROP-lidelser ønsker å bli en del av samfunnet gjennom jobb, utdanning og andre samfunnsaktiviteter, ettersom dette legger til rette for recovery. De ønsket også å ha muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter som lesing, skriving, fysisk aktivitet og utdanning- og arbeid. Aktivitetene gir struktur i hverdagen, øker produktiviteten og skaper en sosial arena, noe som er et sterkt bidrag i deres recoveryprosess. Artikkelen viser også at det å ta ansvar for sine egne problemer og finne sine egne grenser ga autonomi og ansvarsfølelse hos mennesker med ROP-lidelser (De Ruyscher et al., 2017).

For å ha mulighet til samfunnsdeltagelse, viser Andvig i sin artikkel at deltagerne har deltatt i et boligprosjekt hvor de fikk muligheten til å skape sitt eget hjem. Målet med boligprosjektet var å skape muligheter for et anstendig liv for gruppen. Det å ha et eget hjem skapte ansvarsfølelse for deltagerne da de signerte en boavtale som forpliktet dem til å opprettholde god standard i boligen, og som medførte at de måtte strukturere sin hverdag (Andvig et al., 2013).

4.2 Pleieren som støttespiller og veileder

I flere av artiklene jeg har valgt er pleieren som støttespiller og veileder et sentralt tema, og dette vektlegges spesielt i pleier-pasient relasjonen. Når mennesker med ROP-lidelser føler seg sårbare og utrygge, er det godt at pleieren er der for de som en sterk støttespiller (Semb et al., 2016). I psykiatriske sykehus følte pasientene seg trygge og forsikret da pleieren ga de støtte gjennom å koordinere møter med pasientens familie, i tillegg til å gi informasjon til familien angående pasientens tilstand ettersom dette kunne bidra til konfliktløsning. Pasientene ønsket også at pleieren hadde et mer holistisk fokus gjennom å se mennesket bak lidelsen. I tillegg ønsket pasientene at pleierne ga større grad av informasjon om farene ved rusbruk (Ould Brahim et al., 2019).

I psykiatriske sykehus iverksetter pleieren flere tiltak når pasienten har brukt rus. I Stewart et al. (2015) sine funn var det mest vanlige tiltaket å snakke med pasienten om rusbruket, noe som oftest ble gjort på to måter: Å konfrontere pasienten og spørre om personens grunnlag for rusbruk; og å veilede pasienten til å ikke bruke rus på grunn av rusbrukens helsemessige effekt og påvirkning på faste medisiner, i tillegg til å informere om avdelingens regler når det kommer til rusbruk. De resterende tiltakene var av straffende natur, i form av romgjennomgang og endringer i utskrivelsesdato, men ble rapportert mye sjeldnere. I tillegg viste notatene fra NHS at pleierne i stor grad vektla avdelingens

reglement, heller enn å fokusere på terapeutiske virkemidler (Stewart et al., 2015).

I henhold til pasientens behandling i psykiatriske sykehus, ønsket pasientene en helhetlig og individbasert tilnærming som fokuserer på personens egne behov (De Ruyscher et al., 2017). Pasientene ønsker at pleieren regner med dem og dermed lar de være med å ta viktige beslutninger som angår deres eget liv. I tillegg ønsker de at pleieren gir de oppfølging, ettersom dette kan gi trygghet og forutsigbarhet (Andvig et al., 2013).

4.3 Psykososialt velvære

Personer med ROP-lidelsers psykososiale velvære er et tema som har vært sentralt i de utvalgte artiklene. Pasientene ønsker større grad av aktivisering for å unngå kjedsomhet ved for eksempel innleggelse, for å fremme sin egen fysiske helse (Ould Brahim et al., 2019). For å oppnå psykososialt velvære er også personens relasjoner viktige. Når personer med ROP-lidelser går over til en rusfri hverdag mister de et sosialt nettverk, noe som gjør relasjonsbygging og strukturell støtte fra familie viktig. Meningsfylte aktiviteter som jobb- og utdanning kan skape en sosial arena som bidrar i relasjonsbyggingen (De Ruyscher et al., 2017). Personer som har et godt forhold til familie og venner vil få mer drahjelp enn de som ikke har det (Andvig et al., 2013). Samtidig nevner likevel noen av deltagerne at samhandling med familie kan oppleves som en byrde (De Ruyscher et al., 2017).

I boligprosjektet som ble omtalt tidligere kommer det frem at deltagerne ønsket å ta opp igjen kontakten med familie og gamle venner etter å ha fått egen bolig, og at boligen ga de positive forventinger til fremtiden. I tillegg rapporterte deltagerne i prosjektet at de opplevde trygghet og forutsigbarhet ettersom boligen var plassert utenfor sentrum og gamle ruskameraters rekkevidde, og at boligen var deres og at de dermed ikke

hadde frykt for å bli kastet ut. Boligprosjektet førte også til samhold blant deltagerne, hvor de opprettet vennskap og omtanke for hverandre gjennom å bistå hverandre i dagligdagse gjøremål (Andvig et al., 2013).

4.4 Recovery

De artiklene som er utvalgt til denne oppgaven viser til at mange mennesker med ROP-lidelser gjennomgår en recoveryprosess. Prosessen kan være utfordrende da mange må ta farvel med sitt gamle miljø, som er en tilhørighetsstrategi som kan føre til relasjonsbrudd og sårbarhet (Semb et al., 2016). For mange personer med ROP-lidelser kan de oppleves at lidelsene er en del av deres identitet, noe som igjen kan oppleves stigmatiserende. Derfor vektlegges håp sterkt, ettersom det er selve driveren i deres recoveryprosess (Ould Brahim et al., 2019). Funn viser at personene ønsker at recoveryprosessen skal bli organisert innad i samfunnet, med sterkt fokus på autonomi og samfunnsdeltakelse (De Ruyscher et al., 2017).

Mye av arbeidet med gruppen skjer likevel på institusjoner med strenge regler, hvor de blant annet gjennomgår tvang og makt i form av ransaker og utvidet tvangsopphold ved rusbruk (Stewart et al., 2015). Noen deltagere har påpekt at medisineringen på institusjonsnivå ikke alltid blir benyttet som et terapeutisk virkemiddel, men heller som en styringsmekanisme (De Ruyscher et al., 2017).

Pasientene opplevde større egenverdi da pleierne viste interesse for å bli kjent med dem. De opplevde også større egenverdi da de fikk ta selvstendige valg, som for eksempel å velge sitt eget måltid, ettersom dette fremmet deres autonomi og selvbestemmelse (Ould Brahim et al., 2019). Det kommer også frem at pasientene ønsker ærlighet, aksept og at pleieren øker pasientens selvverd ved å rette fokuset på personen og ikke sykdommen i recoveryprosessen (De Ruyscher et al., 2017).

Det å få støtte fra mennesker som også har ROP-lidelser innad i selvhjelpsgrupper blir ansett som et trygt sted hvor personene kan dele sine opplevelser uten å bli utsatt for stigmatisering (Ould Brahim et al., 2019). Noen av deltagerne nevner likevel at slike selvhjelpsgrupper kan kollidere med den enkeltes mål i recoveryprosessen (De Ruyscher et al., 2017).

5 Diskusjon

5.1 Hvordan bli en del av samfunnet

De Ruyscher et al. (2017) påpeker mange mennesker med ROP-lidelser opplever at lidelsene er en del av deres identitet, og at dette kan oppleves som stigmatiserende. I tillegg beskriver Semb et al. (2016) at mange personer med ROP-lidelser kjenner på en manglende tilhørighet i samfunnet, noe som gjør at de føler seg sårbare, sliter med å bygge nettverk og tillit til nye personer og at de frykter for å bli dømt og ikke godtatt i nye miljø. Dette til tross for Regjeringens (2012) politikk for likestilling som påpeker at deltakelsen i samfunnet skal skje på like vilkår, og at det må være like muligheter for jevnbyrdighet i alle relasjoner. I tillegg beskriver Helsedirektoratet (2012) blant annet at å skaffe jobb og øke det sosiale nettverket er med på å øke personens selvfølelse og livskvalitet. Noen av deltagerne i Semb et al. (2016) sin artikkel påpekte at det å ha en jobb de mestrer kan bidra til å skape tilhørighet. Det fremstår derfor slik at mange personer med ROP-lidelser ønsker å delta i samfunnet gjennom arbeid, men at stigmatisering, manglende nettverk og tillit, og frykten for å ikke bli godtatt, men dømt kan stå i veien.

De Ruyscher et al. (2017) viser også til at meningsfulle aktiviteter som lesing, skriving, fysisk aktivitet, utdanning og arbeid er viktige for personer med ROP-lidelser, ettersom aktivitetene bidrar til struktur i hverdagen, øker produktiviteten og kan skape en sosial arena. Helsedirektoratet (2012), viser også til at meningsfulle aktiviteter er viktige for personens livskvalitet og selvfølelse. Nordlund et al. (2015) skriver at vernepleierens kompetanse har sitt fundament i tilretteleggingen av egenaktivitet med fokus på tjenestemottakers livskvalitet. Det vil derfor innebære at en vernepleiers oppgave i en slik sammenheng vil omfatte å legge til rette for meningsfulle aktiviteter for personer med ROP-lidelser. I tillegg definerer Opdahl et al. (2019) meningsfulle aktiviteter som et viktig aspekt innenfor samfunnsdeltagelse.

I Andvig et al. (2013) sin artikkel ble det konstruert et boligprosjekt for personer med ROP-lidelser, hvor hensikten var å skape et anstendig liv for gruppen. Det å få et eget hjem ga gruppen ansvarsfølelse og skapte struktur i hverdagen, ettersom de måtte jobbe for å opprettholde standarden i boligen. De Ruyscher et al. (2017) beskriver også at det å ta ansvar for egne problemer kan skape autonomi og ansvarsfølelse hos personer med ROP-lidelser. Å skape et hjem for personer med ROP-lidelser er også en av de 10 anbefalingene Helsedirektoratet (2012) satte sammen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, og det å løse boligmessige behov er ifølge Helsedirektoratet (2012) en viktig faktor for økt livskvalitet og selvfølelse. Basert på Helsedirektoratets anbefalinger og funne i artiklene er det tydelig at det er vanskelig å skape rom for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser om de er bostedsløse, ettersom det å eie egen bolig øker livskvaliteten og selvfølelsen, og er med på å gi gruppen autonomi og ansvarsfølelse.

5.2 Hvordan pleieren tilrettelegger for samfunnsdeltagelse

Mueser et al. (2003) beskriver at langvarige relasjoner er spesielt viktige for personer med ROP-lidelser. Opdahl et al. (2019) beskriver at samfunnsdeltagelse blant annet omfatter hvorvidt personer har et fellesskap, betyr noe for andre og blir verdsatt. Ould Brahim et al. (2019) beskriver at da pleieren koordinerte møter mellom pasient og familie, og delte informasjon videre til familien kjente pasienten seg trygg og støttet. I tillegg påpeker Semb et al. (2016) at når mennesker med ROP-lidelser føler seg sårbare og utrygge, er det godt at pleieren er der for de som en sterk støttespiller. Andvig et al. (2013) beskriver at når pleieren følger opp pasienten, skaper dette trygghet og forutsigbarhet.

For at slike gode relasjoner skal finne sted mellom pleier og pasient, er relasjonskompetanse viktig. I relasjonskompetansen beskriver Røkenes & Hanssen (2012) at det er viktig å forstå tjenestemottakeren og forstå hva

som skjer i samhandlingen mellom tjenestemottaker og fagperson, noe som også innebærer at fagpersonen må kjenne seg selv. De beskriver videre at hensikten med relasjonen er at fagpersonen tilrettelegger for god kommunikasjon som gagnar tjenestemottakeren. Dette forutsetter at fagpersonen møter tjenestemottakeren som et selvstendig og autonomt individ. Ould Brahim et al. (2019) beskriver i sin artikkel at pasientene uttalte at de ønsker et større fokus på seg selv som menneske, og et mindre fokus på lidelsene. Dette viser også Røkenes & Hanssen (2012) til da de beskriver at det er viktig å ha et holistisk syn i relasjonen mellom tjenestemottaker og fagperson, noe som innebærer å se hele mennesket.

Samfunnsdeltagelse defineres av Regjeringen (NOU, 2012) som deltakelse på like vilkår, hvor blant annet fraværet av vold og tvang, marginalisering og utestenging inngår. Stewart et al. (2015) viser til at pleieren iverksetter flere tiltak ved rusbruk, og at det vanligste tiltaket er å snakke med pasienten gjennom konfrontering og veiledning. De resterende tiltakene var av straffende natur, som romgjennomgang og forskyvning av utskrivelsesdato, og ble rapportert mye sjeldnere. I tillegg viste Stewart et al. (2015) sin studie at pleierne la større fokus på reglement enn miljøterapi. Røkenes & Hanssen (2012) påpeker at det kan føre til uheldige utfall for tjenestemottakeren dersom handlingsorientering og regler blir fagpersonens ensidige fokus. Røkenes & Hanssen (2012) viser også til at dette kan komme av at fagpersonen er usikre på seg selv og sin egen kompetanse, noe som kan føre til for stor handlekraft i samhandlingen med tjenestemottaker. Basert på disse funnene kan en skjønnsmessig vurdering, som Ellingsen (2014) viser til, bli gjort i situasjoner hvor tvang og makt er et alternativ. På denne måten kan pleierne ta den beste beslutningen for pasienten og skape rom for samfunnsdeltagelse i pasientens behandlingsmiljø.

5.3 Samfunnsdeltagelse og psykososialt velvære

Ould Brahim et al. (2019) beskriver at personer med ROP-lidelser ønsker større grad av aktivisering for å unngå kjedsomhet i behandlingssituasjoner og for fremme sin egen fysiske helse, og som påpekt tidligere av Opdahl et al. (2019) er meningsfulle aktiviteter en viktig del av samfunnsdeltagelsen. De Ruyscher et al. (2017) viser til at sosiale relasjoner er viktige for å oppnå psykososialt velvære. Mange personer med ROP-lidelser som har valgt å gå over til en rusfri hverdag mister sitt sosiale nettverk, noe som gjør relasjonsbygging og støtte fra familie viktig. Helsedirektoratet (2012) peker på at å øke det sosiale nettverket er viktig for livskvaliteten og selvfølelsen, mens De Ruyscher et al. (2017) viser til at meningsfylte aktiviteter som jobb og utdanning kan skape en sosial arena for relasjonsbygging. Det virker derfor som at faktorer innenfor samfunnsdeltagelse som jobb og utdanning påvirker psykososialt velvære hos personer med ROP-lidelser, og at samfunnsdeltagelsen er et kriterium for å få psykososialt velvære.

Boligprosjektet til Andvig et al. (2013) viste til at deltagerne ønsket å ta opp igjen kontakten med familie og venner etter å ha fått egen bolig, og at dette skapte positive forventninger for fremtiden. I tillegg skapte deltagerne et samhold gjennom deltagelsen i prosjektet. Dette kan ha en sammenheng med at fagpersonene tok hensyn til deltagernes ønsker i prosessen. Skau (2017) viser til fagpersonens forståelse i møtet med tjenestemottaker, hvor tjenestemottakerens ønsker, tanker og erfaringer vektlegges i samhandlingen. Røkenes & Hanssen (2012) påpeker også at selvbestemmelsen er viktige for livskvaliteten og helsen, ettersom mennesker som blir styrt av andre lettere kan utvikle somatiske- og psykiske helseplager. I henhold til Skau (2017) og Røkenes & Hanssen (2012) sin teori på dette feltet, virker det som at å vise forståelse gjennom å ta hensyn til tjenestemottakerens ønsker, tanker og erfaringer og å legge vekt på tjenestemottakerens selvbestemmelse kan være med på å skape psykososialt velvære. Ettersom det tas hensyn til

tjenestemottakerens ønsker, er dette også med på å skape deltagelse på like vilkår og jevnbyrdighet, noe som Regjeringen (2012) definerer som samfunnsdeltagelse. Fokus på psykisk helse er også en anbefaling for helsepersonell i den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse som ble utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012.

5.4 Samfunnsdeltagelse og recovery

Recovery-orientert praksis og begrepet samfunnsdeltagelse har store likhetstrekk når begrepene blir sammenlignet. Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2021) er målet i recoveryprosessen en meningsfylt hverdag og et godt liv. I tillegg omfatter recoveryprosessen tilhørighet og deltagelse på ulike samfunnsarenaer, helse og velvære, personlig og sosial identitet, støtte fra omgivelser og materielle forhold. Opdahl et al. (2019) vektlegger i sin definisjon av samfunnsdeltagelse fellesskap, det å bli verdsatt og bety noe for andre og meningsfylte aktiviteter som utdanning- og arbeidsliv. Regjeringen (2012) peker på deltagelse på like vilkår innenfor politikk, utdanning og arbeidsliv, familieliv og sivilsamfunn.

Mange personer med ROP-lidelser gjennomgår recoveryprosess. I følge De Ruyscher et al. (2017) ønsker mennesker med ROP-lidelser at denne prosessen skal bli organisert innad i samfunnet med sterkt fokus på autonomi og samfunnsdeltagelse. Jaeger & Hoff (2012) viser til at samfunnsdeltagelse er et sentralt tema når det kommer til å implementere recovery-orientert praksis i sektoren for mental helse. Likevel foregår mye av arbeidet med denne gruppen på institusjonsnivå, og personer med ROP-lidelser har ifølge Antai-Otong et al. (2016) hyppigere sykehusinnleggelse sammenlignet med personer som kun har en av lidelsene. På institusjonene er det strenge regler, og ifølge Stewart et al. (2015) kan pasientene bli utsatt for tvang og makt i form av ransaker og utvidet tvangsopphold ved rusbruk. Deltagerne i De

Ruysscher et al. (2017) sin artikkel opplever også at medisineringen ikke alltid blir brukt som et terapeutisk virkemiddel, men som en styringsmekanisme. Jaeger & Hoff (2012) beskriver at klinisk recovery hovedsakelig vektlegger symptomlindring og langsiktig psykisk stabilitet. I slike situasjoner som beskrevet ovenfor, kan det være mulig at fokuset har ligget innenfor klinisk recovery.

Personer med ROP-lidelser som velger å gå over i en mer recovery-orientert hverdag kan oppleve å bli satt i en sårbar situasjon siden de går ut fra en kjent miljø og inn i en ukjent hverdag. Semb et al. (2016) viser til at mange i recoveryprosessen velger tilhørighetsstrategien å bryte med sitt gamle miljø, noe som kan føre til relasjonsbrudd. NAPHA (2021) sier at en del av målet i recoveryprosessen er personlig og sosial identitet. Ould Brahim et al. (2019) viser til at lidelsene føles som en del av deres identitet og at dette oppfattes som stigmatiserende, men skriver videre at håpet om å bli bedre driver de videre i recoveryprosessen. For å unngå stigmatisering, skriver Ould Brahim et al. (2019) at å møte andre mennesker med ROP-lidelser innad i selvhjelpsgrupper hvor de kan dele sine opplevelser er et godt tiltak. Å ha støtte fra omgivelser er i følge NAPHA (2021) et sentralt mål innenfor recovery. De Ruysscher et al. (2017) viser likevel til at selvhjelpsgrupper kan kollidere med den enkeltes mål i recoveryprosessen. De Ruysscher et al. (2017) beskriver også at for mange kan familieliv være en byrde. Basert på dette er det tydelig at støtte fra sine omgivelser for mange er en viktig del av recoveryprosessen, men at den må baseres på hvert enkelt individs ønsker.

I følge Jaeger & Hoff (2012) er personlig recovery individbasert og vektlegger den enkeltes unike ferd mot å leve et verdifullt og godt liv, til tross for utfordringene knyttet til lidelsen. Ould Brahim et al. (2019) vektlegger i sin artikkel selvbestemmelse og egenverdi. Her viser de til at personer med ROP-lidelser kjente på selvbestemmelse og større egenverdi

da de fikk ta selvstendige valg. De Ruysscher et al. (2017) viser til at personer med ROP-lidelser som er i en recoveryprosess ønsker større fokus på seg selv som menneske, og mindre fokus på sykdommen. I tillegg ønsker de at pleierne er ærlige, og aksepterer de for dem de er. På bakgrunn av dette ser det ut som at slike faktorer kan ha stor påvirkning på deres helse og velvære, og personlige og sosiale mål som i følge NAPHA (2021) er sentralt innenfor recovery.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har jeg sett på hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser. I henhold til funnene artiklene og resultatene som er presentert, virker det som at personer med ROP-lidelser opplever bedring når de blir inkludert i samfunnet gjennom utdanning- og arbeidsliv, meningsfulle aktiviteter og selvbestemmelse. For helsepersonellet sin del virker det som at fokus på gruppens egne ønsker, i tillegg til å ha et holistisk syn hvor det fokuseres på de selv som menneske, har positive ringvirkninger som bidrar til å inkludere personer med ROP-lidelser i samfunnet. Det virker også som at helsepersonellet fremmer samfunnsdeltagelse ved å vektlegge gruppens relasjoner og ressurser, og ved å fokusere på å skape en god pleier-pasient relasjon. Denne relasjonen vil hjelpe helsepersonellet og den enkelte pleier til å kunne tilpasse den enkelte pasients recoveryprosess. Funnene presentert for å besvare problemstillingen har hatt en tydelig sammenheng. Funnene peker blant annet på at samfunnsdeltagelse for personer med ROP-lidelser blir vanskelig om selvbestemmelse, psykososialt velvære, recovery, meningsfylte aktiviteter og gode relasjoner er fraværende. Det ser også ut som at disse påvirker hverandre, eksempelvis gjennom at selvbestemmelse og psykososialt velvære skaper forutsetninger for en god recoveryprosess. Funnene tyder også på at samfunnsdeltagelse er helt avgjørende for denne gruppen om de skal ha muligheten til å leve et anstendig liv, og at deres pleiere, familie og venner er svært viktige for å nå dette målet. Likevel er det viktig at hvert enkelt individs ønske må tas hensyn til når det kommer til å utarbeide mål for å oppnå samfunnsdeltagelse.

7 Referanseliste

Andvig, E., Lyberg, A., Karlsson, B. & Borg, M. (2013). Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(10), 160-168.

Hentet 27. april fra

https://www.idunn.no/tph/2013/02/et_anstendig_liv_erfaringer_med_aa_skape_ethjemforperson

Antai-Otong, D., Theis, K., Patrick, D. D. (2016). *Dual diagnosis: Coexisting substance use disorders and psychiatric disorders*. *Nursing Clinics of North America*, 51, 237-247. Hentet 20. mai fra

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646516000086?via%3Dihub>

Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide*. (4. utg). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

De Ruyscher C, Vandeveldel 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*, 264-279.

Hentet 2. mai fra

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2017.1349977?scroll=top&needAccess=true>

Ellingsen, K. E. (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2017). *Vernepleierbrosjyre: om vernepleieryrket*. Oslo: Seksjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen (FO).

Helsedirektoratet. (2012). *10 viktige anbefalinger du bør kjenne til*. Hentet 18. mai fra <https://rop.no/globalassets/ropbruker/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-rop-kortversjon-is-0352.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Hentet 13. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 21. mai fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Jaeger, M., & Hoff, P. (2012). *Recovery: Conceptual and ethical aspects*. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6). Hentet 22. mai fra https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2012/11000/Recovery_conceptual_and_ethical_aspects.12.aspx

Mueser K. T., Noordsy D. L., Drake R. E., Fox L. (2003) *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective practice*. The Guildford Press.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2021). *Recovery*. Hentet 22. mai fra <https://www.napha.no/content/13883/recovery>

NHI. (2021). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*. Hentet 1. mai fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norges Offentlige Utredninger (NOU). (2012). *Politikk for likestilling*. Hentet 28. mai fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-15/id699800/?ch=4>

Opdahl, S., Rangul V., Heimburg D.v., Gravaas B. C., Eiksund S., Sliper J. O., Kvistad K., Moa P. F., Krokstad S. & Sund E. R. (2019). *Samfunnsdeltagelse i Trøndelag*. Hentet 26. april fra https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Rapport+HUNT4_5-Samfunnsdeltakelse.pdf/4be9849d-48c6-d2e0-eadb-077e1412eb2a?t=1603175590365

Ould Brahim L, Hanganu C, Gros CP. (2019). *Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 250-261. Hentet 28. april fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31587601/>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H, (2012). *Bære eller breste – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. (3. utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Semb, R., Borg M. & Ness, O. (2016). *Tilpasning eller tilbaketrekning? – Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer*. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 204-220. Hentet 5. mai fra

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2016/03/tilpasning_eller_tilbaketrekning_-_tilhoerighetsstrategier_

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser – personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Stewart, D., Warren, J., Odubanwo, A. & Bowers, L. (2015). *Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors*. *International Journal of Mental Health Nursing*. Hentet 6. Mai fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12152>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.