

Helene Hovden

# Vernepleierens bidra i den personlige recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser

Litteraturstudie

Bacheloroppgave i vernepleie HVER3007

Veileder: Nina P. Reed

Mai 2021



Helene Hovden

# **Vernepleierens bidra i den personlige recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser**

Litteraturstudie

Bacheloroppgave i vernepleie HVER3007

Veileder: Nina P. Reed

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



*"Det som har hjulpet meg mest, er meg selv, egentlig.  
Jeg har hatt tro på meg selv.  
Jeg begynte å mestre ting,  
og når jeg begynte å mestre det ene etter det andre,  
så åpnet det seg nye bilder av verden for meg."*

*- Anonym (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56).*

## **Sammendrag**

Mennesker med ROP-lidelser har en samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, som for mange kan føre til betydelige funksjonsnedsettelse. Dette kan påvirke flere personlige og sosiale livsområder. De kan ha blitt utsatt for avvisning, stigmatisering og fordommer, som kan ha resultert i manglende sosial tilhørighet og krenket personlig identitet. En personlig recoveryprosess har som formål å finne og styrke den enkelte sine ressurser, til tross sine problemer og begrensninger, skal kunne leve et meningsfullt og konstruktivt liv. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan vernepleieren kan bidra i den personlige recoveryprosessen for mennesker med ROP-lidelser. Metoden er en litteraturstudie, og problemstillingen belyses ved hjelp av fem utvalgte vitenskapelige artikler av nyere dato. Resultatene fra valgte studier viser at vernepleieren kan bidra i den personlige recoveryprosessen. Ved å være "en samarbeidspartner med brukermedvirkning i sentrum, som hjelper med det praktiske i hverdagen" og ved å være "en profesjonell venn og støttespiller". Basert på de vitenskapelige artiklene tyder mye på at personlige relasjoner, brukermedvirkning, samarbeid og praktisk hjelp er særlig betydningsfulle for mennesker i personlig recovery.

**Nøkkelord:** vernepleier, personlig recovery, ROP-lidelser

## **Abstract**

People with a dual diagnosis have a simultaneous mental disorder and substance abuse disorder, which for many can lead to significant disabilities. This can affect several personal and social areas of life. They may have been exposed to rejection, stigma and prejudice, which may have resulted in a lack of social affiliation and a violation of personal identity. A personal recovery process aims to find and strengthen the individual's resources, so that despite their problems and limitations, one will be able to live a meaningful and constructive life. The aim of this study is to investigate how a disability nurse can contribute to a personal recovery process in people with dual diagnosis. The method is a literature study, and the answer to the research question will be based on five selected scientific articles of a newer origin. The results from the scientific articles highlighted two main themes of what a disability nurse can contribute to in a personal recovery process. By being "a partner with user participation in the center, who helps with the practicalities of everyday life" and by being "a professional friend and supporter". Based on the scientific articles it could seem that personal relationships, user participation, collaboration and practical help are particularly important for people in personal recovery.

**Keywords:** Disability Nurse, personal recovery, dual diagnosis

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Hensikt, vernepleierfaglig relevans, avgrensing og definisjoner av begreper .....	6
1.4 Disposisjon .....	8
2.0 Teori .....	9
2.1 ROP-lidelser .....	9
2.2 Recoverybasert tilnærming .....	10
2.3 Vernepleierens kompetanse og faglig skjønn .....	11
2.3.1 Vernepleierens relasjonskompetanse .....	13
2.3.2 Vernepleierens kjerneroller .....	13
3.0 Metode .....	16
3.1 Litteraturstudie som metode .....	16
3.2 Søkeprosessen .....	16
3.3 Litteraturmatriser .....	20
3.3.1 Artikkel 1 .....	21
3.3.2 Artikkel 2 .....	22
3.3.3 Artikkel 3 .....	23
3.3.4 Artikkel 4 .....	24
3.3.5 Artikkel 5 .....	25
3.4 Analyse .....	26
4.0 Resultater .....	28
4.1 En samarbeidspartner med brukermedvirkning i sentrum, som hjelper med det praktiske i hverdagen .....	28
4.2 En profesjonell venn og støttespiller.....	30
5.0 Diskusjon .....	32
5.1 Resultatdiskusjon .....	32
5.2 Metodediskusjon.....	38
6.0 Konklusjon .....	39
7.0 Litteraturliste .....	40



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i mange år hatt et ønske om å jobbe med mennesker med utfordringer knyttet til rus, psykiske lidelser og kriminalitet. Før jeg søkte på vernepleierutdanningen hadde jeg vært innom tanken på politi, men det tilfredsstilte ikke tanken min om å faktisk *jobbe sammen med dem*. Jeg hadde ikke lyst til å være den som sendte de videre inn i systemet, men faktisk være der for å ta de imot. I 2015 kom dokumentarserien "Petter Uteligger", og jeg kan enda huske hvilket engasjement den vekket i meg. Helt usensurert og ekte skildrer den hvordan mennesker, som av ulike grunner, lever på siden av samfunnet. Det som gjorde absolutt størst inntrykk var hvordan Petter Nyquist dannet en relasjon til dem, uten fordommer – med et grunnleggende og ektefølt ønske om å bli kjent med mennesket bak. Mennesker som lever fra dag til dag for å dekke sine grunnleggende behov, men som fortsatt velger å dele det lille de har.

I min siste praksisperiode var jeg i en ROP-bolig, et kommunalt botiltak. Før praksisperioden hadde jeg ingen personlig erfaring innen rus og psykiatri. Gjennom vernepleierutdanningen savnet jeg mer fokus på rehabilitering, rus og psykiatri i undervisningen. Da praksisveilederen min nevnte "ROP-lidelser" og "recoverybasert tilnærming", følte jeg at min faglige kompetanse ikke strakk til. Praksisperioden ble lærerik og utfordrende, der jeg møtte en helt ny brukergruppe og en annen tilnærming. Opplevelsen av trivsel og mestring motiverte meg til videre yrkesutøvelse innen rus og psykiatri. Dette er bakgrunnen for valg av tema på bacheloroppgaven, siden jeg anser arbeidet som en gylden mulighet til å tilegne meg mer kunnskap. Som fremtidig vernepleier ønsker jeg å rette fokuset på mennesker med ROP-lidelser og recoverybasert tilnærming.

## 1.2 Problemstilling

*"Hvordan kan vernepleieren bidra i den personlig recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser?"*

## 1.3 Hensikt, vernepleierfaglig relevans, avgrensing og definisjoner av begreper

Hensikten med denne oppgaven er å anvende teori og vitenskapelige artikler, for å belyse hvordan vernepleieren kan bidra i den personlige recoveryprosessen for mennesker med ROP-lidelser. Dette presenteres som oppgaven sin problemstilling.

En *vernepleier* er autorisert helsepersonell, og er den eneste profesjonen som kan betegne seg som både helse- og sosialarbeider. Vernepleieren har kompetanse om blant annet miljøterapeutisk arbeid, relasjonsbygging, psykologi, jus og rehabilitering. En kan bistå mennesker med ulike kognitive-, fysiske- og sosiale utfordringer i en rekke helse- og omsorgstjenester (FO, 2017). Deriblant i psykisk helsevern med mennesker med ROP-lidelser. Jeg har valgt å trekke frem vernepleieren i problemstillingen, siden oppgaven skal rette fokus på kjerneelementene i vernepleierfaglig arbeid. Vernepleieren kan skape relasjoner gjennom brukermedvirkning, selvbestemmelse, deltagelse og inkludering for å fremme trivsel og livskvalitet (Ellingsen, 2014, s. 66). Selv om oppgaven i hovedsak fokuserer på vernepleieren som profesjon, vil jeg understreke at dette ikke er for å undergrave andre profesjoner sin kompetanse og viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Som vernepleier er det viktig å være bevisst på egen faglig kompetanse, og hvilken kompetanse som kreves i ulike situasjoner. I situasjoner der egen kompetansen ikke strekker til, har tjenesteyteren ansvar for å henvise mennesker videre (Ellingsen, 2014, s. 14-15).

Denne oppgaven tar for seg recoverybasert tilnærming. Dette er en anbefalt tilnærming i "Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelser - ROP-retningslinjen", heretter forkortet ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). William A. Anthony kom i 1993 med den mest brukte definisjonen av recovery. "Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg" (NAPHA, 2017, s. 12).

ROP-lidelser defineres som tilstedeværelsen av minst to selvstendige lidelser samtidig, kombinert psykisk lidelse og ruslidelse. Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse for en rekke tilstander som påvirker væremåte, tanker og følelser. En ruslidelse innebærer skadelig bruk og avhengighet, både av legale og illegale rusmidler (Evjen et al., 2018, s. 24-25). I denne oppgaven vil begrepet ROP-lidelser anvendes, og vil ikke begrense seg til bestemte psykiske lidelser eller bestemt bruk av rusmidler.

## **1.4 Disposisjon**

Denne bacheloroppgaven er i hovedsak bygd opp etter IMRaD-strukturen (Thiedemann, 2019, s. 30). Relevant teori som benyttes i diskusjonen, blir presentert i innledningen og teoridelen. Metodedelen vil gi en systematisk fremstilling av litteratursøket, og fremgangsmåten blir presentert med søkeprosess, inklusjons- og eksklusjonskriterier og søkematrise. De fem utvalgte vitenskapelige artiklene blir presentert i litteraturmatriser. I analysedelen blir Aveyards tematiske analysemodell benyttet, for å analysere hva forskningen fra de utvalgte artiklene sier om temaet. Hovedfunnene fra de utvalgte artiklene blir videre sammenfattet til tema, og presenteres i resultatdelen. Diskusjonsdelen består av både resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjon diskuteres relevant teori og resultater. I metodediskusjonen belyser egen metode og søkeprosess. Avslutningsvis konkluderes en sammenfatning av funnene som svarer på problemstillingen.

## 2.0 Teori

Denne delen av oppgaven er med på å legge grunnlaget for teori, som senere anvendes i drøftingen i diskusjonsdelen.

### 2.1 ROP-lidelser

Det anslås at om lag 4000 mennesker i Norge har ROP-lidelser. I 2012 presenterte Helsedirektoratet ROP-retningslinjen. Den legger føringer for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelser, samt samarbeid mellom ulike instanser. De tidligere anvendte begrepene komorbiditet og dobbeltdiagnose, ble i ROP-retningslinjen erstattet med begrepet ROP-lidelse (Helsedirektoratet, 2012). ROP-lidelse defineres som tilstedeværelse av minst to selvstendige lidelser samtidig, kombinert ruslidelse og psykisk lidelse (Evjen et al., 2018, s. 24).

En ROP-lidelse kan, som nevnt, innebære kombinasjonen av flere ulike psykiske lidelser og ulik bruk av rusmidler, uten nødvendigvis et klart svar på hva som ligger til grunn eller debuterte først. Forskning viser at mange mennesker med ROP-lidelser rapporterer om at de psykiske symptomene oppstod før rusmisbruket, samtidig som mange rapporterer om det motsatte. Det kan være vanskelig å skille mellom symptomer på den psykiske lidelsen og abstinenser knyttet til rusbruken (Helsedirektoratet, 2012). Som en forutsetning for forebygging og behandling, er det dermed helt avgjørende å kartlegge samspillet mellom den psykiske lidelsen og rusbruken. På denne måten kan tjenesteyteren ta hensyn til hva som trigger, og hva som bidrar til bedring og tilfriskning (Evjen et al., 2018, s. 26-27). I denne sammenhengen anbefaler ROP-retningslinjen at lidelsene behandles separat, uavhengig av hverandre (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg må det legges vekt på at behandling ikke kan begrenses til avvenning alene, men også hensyn til tilbakefallstendens og psykososiale

problemer. Dette krever at tjenesteyterne innehar både medisinsk, psykiatrisk og sosialfaglig kompetanse (Snoek & Engedal, 2017, s. 181).

ROP-lidelser kan for mange føre til betydelig funksjonsnedsettelse på flere personlige og sosiale livsområder. Dette kan innebære vansker med å fungere i hverdagen, med å bo og opprettholde forhold til andre mennesker. Som resultat av dette kan de bli utsatt for avvisning, stigmatisering og fordommer. Kombinasjonen av svekket fungering og sosial tilhørighet, kan påvirke selvbilde og skape en ond sirkel som forsterker lidelsene ytterligere. Mange mennesker med ROP-lidelser kan ha lite framtidshåp og føle seg motløse, på grunn av vanskelige livsvilkår og dårlige erfaringer med tjenesteyterne. Dette kan resultere i omfattende og alvorlige konsekvenser for personen, samt være til stor belastning for pårørende og øvrig nettverk (Evjen et al., 2018, s. 24-26).

## **2.2 Recoverybasert tilnærming**

ROP-retningslinjen bidro til et økt fokus på mennesker med ROP-lidelser, og kompleksiteten i deres livssituasjon og behandlingsbehov. I tråd med anbefalinger fra ROP-retningslinjen, baserer store deler av praksisen i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser seg på recoverybasert tilnærming (Helsedirektoratet, 2012). Recovery er et sentralt faglig perspektiv som trekkes frem i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser. Perspektivet tar utgangspunkt i at recovery er en personlig og sosial prosess med formål om at den enkelte, til tross sine problemer og begrensninger, skal kunne leve et meningsfullt og konstruktivt liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31-32). Larry Davidson, en sentral forsker innen recovery, definerer begrepet som en prosess mot et meningsfylt og konstruktivt liv, preget av en følelse av positiv identitet og tilhørighet til samfunnet. Recovery-orientert praksis defineres som en støttende innsats, som forutsetter brukermedvirkning og en tilnærming som er helhetlig og hverdagslig. Selve prosessen bygger nettopp på den enkelte sine

ressurser, ønsker og mål, samtidig som tjenestemottakerne har støttespillere rundt seg som kan bidra i prosessen. Recovery innebærer nye mål og meninger for livet, samt muligheter for å vokse og utvikle seg (Evjen et al., 2018, s. 41-42; NAPHA, 2017, s. 12).

I 2011 gjennomførte Leamy et al., en systematisk gjennomgang av en rekke recoverymodeller, med formål om å skape et internasjonalt rammeverk for personlig recovery. CHIME-rammeverket ble resultatet av dette arbeidet, som identifiserer fem nøkkelprosesser innen personlig recovery. *Connectedness* belyser viktigheten av sosial tilhørighet, samt å få støtte og et forhold til andre mennesker. *Hope and optimism* belyser viktigheten av positiv tenkning og tro på muligheten for bedring, samt relasjoner preget av håp og verdsetting av suksess. Å ha drømmer og ambisjoner vil skape motivasjon til en forandring. *Identity* belyser viktigheten av å gjenopprette og/eller skape en positiv følelse av identitet, samt å overvinne stigma. *Meaning in life* belyser viktigheten av å gjenoppbygge et meningsfullt liv, preget av sosiale roller og mål. Det å anerkjenne og forstå betydningen og meningen med lidelsen sin, og skape livskvalitet til tross for denne. *Empowerment* belyser viktigheten av å fokusere på den enkelte sine ressurser og styrker, ta personlig ansvar og kontroll over livet (Leamy et al., 2011, s. 448).

### **2.3 Vernepleierens kompetanse og faglig skjønn**

Vernepleierkompetansen gjør en kompetent til å jobbe med mennesker på de fleste livsområder i alle faser av livet. Profesjonen innebærer både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse. Dette bidrar til at vernepleieren har en unik forutsetning for å se helheter i det miljøterapeutiske arbeidet. På den ene siden vil vernepleieren ha fokus på å fremme utvikling, mestring, trivsel og livskvalitet. Samtidig på en annen side ha fokus på å avdekke, utrede og behandle sykdom. Desto mer kunnskap og erfaring tjenesteyterne tilegner seg, desto bedre blir kompetansen og

forutsetningen for å utøve godt faglig skjønn. Skjønnsmessige vurderinger, faglighet og personlig egnethet vil stå i et gjensidig og dynamisk samspill med hverandre under hele yrkesutøvelsen (Ellingsen, 2014, s. 14, 27-28, 210-212).

Miljøterapeutisk arbeid er relasjonsorientert. Formålet er å bistå den enkelte med å strukturere og planlegge sin livssituasjon, slik at den blir mer forutsigbar og håndterlig. Innholdet skal bygge på den enkelte, og skal være gjort på en koordinert og systematisk – på denne måten vil alle parter være klar over hensikten og målsettingen med arbeidet (Snoek & Engedal, 2017, s. 59-60).

Som autorisert helsepersonell er vernepleieren underlagt helsepersonelloven (hpl.), og plikter i henhold til §4 å yte omsorgsfull og forsvarlig hjelp. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), skal all helsehjelp som ytes, så fremt det ikke er fare for liv eller helse, være basert på personen sitt informerte og frie samtykke. Samtidig skal tjenesteyteren legge til rette for brukermedvirkning i utformingen og utøvelsen av helse- og omsorgshjelpen. Formålet med brukermedvirkning er å sikre at tjenestemottakeren skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene. I henhold til ROP-retningslinjen skal brukermedvirkning bidra til at den enkelte kan oppnå kontroll over viktige forhold, og dermed få økt myndighet i sitt eget liv (Evjen et al., s. 23, 184-187).

Selvbestemmelse er en menneskerettighet, og defineres som "... å ha kontroll over valg og beslutninger som har betydning i livet. Ikke en absolutt kontroll, men muligheten til å være den som *forårsaker* valg og beslutninger.". Det handler om den enkeltes rett til å bestemme i og over sitt eget liv, med særlig vekt på spørsmål, interesser og mål som er viktige for den enkelte (Brask et al., 2016, s. 67).



### **2.3.1 Vernepleierens relasjonskompetanse**

I ROP-retningslinjen trekkes god terapeutisk relasjon frem som særlig betydningsfullt i det miljøterapeutiske arbeidet, og for resultatet av behandlingen. God terapeutisk relasjon innebærer å balansere aksept, varme, sympati, empatisk lytting, tydelighet og utfordring (Helsedirektoratet, 2012). Å jobbe mot et felles mål skaper følelsen av et arbeidsfellesskap preget av kontinuitet, tilgjengelighet og individuell tilpasning (Evjen et al., 2019, s. 119). Relasjon blir ansett som avgjørende for behandlingen, da forskning viser at behandlerens stil og tilnærming har større betydning enn selve terapimetoden som benyttes (Evjen et al., 2019, s. 119).

Vernepleierens relasjonskompetanse er en viktig del av den faglige kompetansen, og omhandler evnen til å etablere og vedlikeholde relasjoner. Relasjonskompetanse innebærer først og fremst å forstå og samhandle med mennesker på en god og hensiktsmessig måte. Det forutsetter at tjenesteyterne kommuniserer på en måte som gir mening, samt ivaretar hensikten med samhandlingen. I tillegg er det svært sentralt å ikke fremstå kritiserende og krenkende. En vernepleier må være bevisst på å ivareta og forholde seg til den enkelte sine interesser og behov, og ikke forsøke å dekke egne behov på bekostning av den andre. Relasjonskompetansen har som mål å fremme forståelse, tillit, respekt, deltakelse, integritet, brukermedvirkning og selvbestemmelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11).

### **2.3.2 Vernepleierens kjerneroller**

En rolle beskrives som et sett av normer og forventninger, som særlig omgivelsene, så vel som personen selv, skaper i tilknytning til en bestemt posisjon, funksjon, stilling eller faggruppe. Roller skaper en form for forutsigbarhet og orden i mellommenneskelige relasjoner. Hvilke krav og

forventninger som knyttes til vernepleieren avhenger av situasjonen, arbeidsområde og målgruppe. Brask et al. (2016) har i denne forbindelsen utarbeidet en refleksjonsmodell som presenterer vernepleierens kjerneroller. Den har som formål å belyse vernepleierens kompetanse, handlingsalternativer og verdigrunnlag. Samtidig ønske å skape bevissthet knyttet til egen profesjon, ved å bemerke hvordan anvende kompetanse på en fleksible og integrert måte i yrkesutøvelsen. På denne måten fremme at flest mulige valg bidrar til en bedre hverdag for den enkelte. Vernepleierens kjerneroller defineres som partnerrolle, brobyggerrolle, ansvarsrolle og pådriverrolle (Brask et al., 2016, s. 33, 40). På grunn av oppgaven sitt omfang, samt relevansen for problemstillingen, har jeg valgt å trekke frem partnerrollen og brobyggerrollen.

Partnerrollen beskriver den samhandlende vernepleieren på individnivå. I rollen forventes det at vernepleieren skal være mer individrettet enn systemrettet. Dette innebærer direkte samarbeid, samhandling og dialog med den enkelte, med de muligheter dette gir for tilpasning til behov og situasjon. Vernepleieren har en spesiell kompetanse som kommunikasjons- og dialogpartner, med vekt på individuell tilpasning, og et likeverdig samarbeid på den enkelte sine premisser. Samarbeidet skal fremme at begge parter jobber sammen mot felles interesser og mål. Partnerrollen krever på grunnlag av dette en tilpasningsdyktighet og sensitivitet, med evne til å støtte opp den andre og "å spille den andre god". Det er helt sentralt å ha partnerkompetanse som styrker den enkelte sin opplevelse av å delta og bidra i fellesskapet, ved å fremme selvbestemmelse, brukermedvirkning, likeverd og deltagelse i eget liv. Dette krever bevissthet på normer i dialog, som innebærer å være en aktiv lytter, evnen til å kunne endre mening på grunnlag av den andre sine meninger og være åpen for andre sine argumenter. Samtidig er det viktig å understreke at partnerrollen aldri eksisterer alene. Det er viktig å vurdere når det faktisk er riktig å tilpasse seg den andre, og når det er

riktig å utfordre, eller til og med ta over. I denne sammenhengen vil vernepleieren tre inn i ansvarsrollen (Brask et al., 2016, s. 41, 63-68). Brobyggerrollen beskriver den samhandlende vernepleieren på systemnivå. I denne rollen vil vernepleieren tilstrebe å skape et samarbeid mellom instanser, derav navnet brobygger, som vektlegger betydningen av å skape forbindelser og nærhet. Instanser på systemnivå innebærer både nære og fjerne systemer, som befinner seg rundt og påvirker individet. Å skape samarbeid forutsetter en betydelig samhandlingsevne. Dette innebærer reell turtakning, aktiv lytting, gi og få tillit, stille seg åpen for andres perspektiver, samt arbeide for felles løsninger og skape noe sammen. I tilknytning til denne rollen, trekkes viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid frem. Å sikre kvalitet i tjenestene, avhenger av at det foregår et aktivt samspill mellom både tjenesteyterne, og mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne. Ingen profesjon kan sikre kvalitet i tjenestene alene (Brask et al., 2016, s. 42, 161-167).

### **3.0 Metode**

I denne delen av oppgaven blir metodevalg, søkeprosessen, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkematriksen og analysen presentert.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Metode er en systematisk fremgangsmåte, som anvendes for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse problemstillingen.

Metodebeskrivelsen skal være etterprøvbart, noe som innebærer at andre skal kunne følge den og komme frem til samme konklusjon (Thiedemann, 2019, s. 74). Metodevalget for denne bacheloroppgaven er

litteraturstudie. Det som kjennetegner litteraturstudie som metode, er å søke seg frem til, samle inn og systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Kunnskapen vil basere seg på eksisterende forskning om temaet jeg ønsker å fordype seg i, og begrenses av problemstillingen.

Litteraturstudiet skal ha systematisk tilnærming, og fremgangsmåten skal være nøye beskrevet (Thiedemann, 2019, s. 77-78). Kravet til litteraturstudiet i denne bacheloroppgaven er fem vitenskapelige artikler, og fremgangsmåten blir videre presentert i søkeprosessen.

#### **3.2 Søkeprosessen**

For å søke seg frem til vitenskapelige artikler som er relevant for oppgaven startet jeg med å finne søkeord og begreper i problemstillingen. Siden oppgaven sin problemstilling er "*Hvordan kan vernepleieren bidra i den personlig recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser?*", vil formålet med litteratursøket være å finne forskningsresultater som belyser erfaringer til mennesker med ROP-lidelser og tjenesteytere i recoverybasert tilnærming (Thiedemann, 2019, s. 82-84). På denne måten rettes fokuset på hvilken innsats fra vernepleieren som fremmer

den personlige recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser. Videre ble det laget en oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Vitenskapelige artikler (IMRaD struktur)	Fagartikler
Utgitt siste 10 år	Eldre enn 10 år
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning
ROP-lidelser (samtidig psykisk lidelse og ruslidelse)	Psykisk lidelse eller ruslidelse
Overførbart til yrkesutøvelsen som vernepleier	Ikke overførbart til yrkesutøvelsen som vernepleier

Presentasjon av inklusjons- og eksklusjonskriterier - tabell 1

Oversikt over alle de systematiske søkene blir presentert i søkematrisen, tabell 2 (Thidemann, 2019, s. 89). Jeg gjennomførte 7 systematiske søk i søkemotoren Oria, med søkeord og begreper hentet fra problemstillingen. Siden ROP-lidelser innebærer samtidig psykisk lidelse og ruslidelse valgte jeg å benytte meg av disse søkeordene. Jeg leste først og fremst tittelen på artiklene, og videre i sammendraget dersom jeg fant artikkelen interessant (Thiedemann, 2019, s. 82-84). Jeg erfarte i denne prosessen at flere av de samme artiklene kom opp på de samme søkene. Flere av artiklene jeg i utgangspunktet anså som relevant viste seg å være fagartikler, og ble dermed forkastet.

Jeg valgte konsekvent å kun benytte meg av norske søkeord, for å finne norske vitenskapelige artikler – for å forsikre meg om at innholdet i artiklene ble forstått på en korrekt måte. Artikkel 3 er en engelsk artikkel, og ikke et resultat av de systematiske søkene, men resultat av et manuelt søk (Thiedemann, 2019, s. 91). Den er hentet fra referanselisten til en bacheloroppgave med samme tema som min. Til tross for at denne er skrevet på engelsk, valgte jeg å ta den med, da jeg anså den som svært relevant for problemstillingen. Jeg har brukt litt ekstra tid på å oversette og forstå innholdet i denne, men føler at den bidrar til å styrke hva tjenestemottakere vektlegger i møte med tjenesteytere i recoverybasert tilnærming.

For at artikkelen skulle bli ansett som relevant, måtte den oppfylle alle inklusjonskriteriene, presentert i tabell 1. Først og fremst må den være fagfellevurdert og utgitt de 10 siste årene, for å sikre at artikkelen baserer seg på nyere forskning og kunnskap. Fagfellevurdert innebærer at artiklene er kvalitetsvurdert og godkjent av eksperter på området (Thidemann, 2019, s. 67). Videre så jeg etter om artikkelen hadde IMRaD-struktur, da forskningsprosessen i vitenskapelige artikler innen helse- og medisin fag følger denne strukturen. Hensikten med vitenskapelige artikler er å presentere ny kunnskap (Thiedemann, 2019, s. 66-67).

På bakgrunn av problemstillingen er utvalget begrenset til erfaringer fra mennesker med ROP-lidelser, og ikke mennesker med psykisk lidelse eller ruslidelse alene. I tillegg ønsker jeg å belyse erfaringer til tjenesteyterne. Videre må resultatene i artiklene være overførbare til yrkesutøvelsen som vernepleier, men vernepleie som prosessjon måtte ikke nevnes spesifikt.

Siden jeg ønsker å fokusere på erfaringene til tjenestemottakerne og tjenesteyterne, så jeg etter vitenskapelige artikler med kvalitativ metode. Alle de utvalgte artiklene har benyttet seg av intervju, en kvalitativ metode med hensikt om å få kunnskap om menneskelige egenskaper. Spørsmålsformulering som for eksempel *Hvordan oppleves ...?* vil skape rom for refleksjon, erfaring og meninger. I tillegg kan kvalitativ metode utforske dynamiske prosesser som for eksempel samhandling, og vektlegge *hva* som er viktig for mennesker i samhandling med andre mennesker. Intervju som metode kjennetegnes med dybdekunnskap, den vil gi mulighet til å stille oppklarende og utdypende spørsmål underveis (Thiedemann, 2019, s. 76). Etter anbefaling fra Thidemann (2019), søkte jeg opp sjekklister for kvalitativ studie på helsebiblioteket.no (s. 91).

Dato	Søkemotor	Søkeord og ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
29/3/21	Oria	Personlig recovery	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	71	5	3	0
29/3/21	Oria	«Personlig recovery»	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	8	3	2	1 (1)
29/3/21	Oria	Recovery "rop-lidelser"	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	14	4	2	1 (2)
11/4/21	Oria	Samtidig psykisk lidelse og ruslidelse	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	28	6	3	0
11/4/21	Oria	Alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	71	9	5	1 (5)
26/4/21	Oria	Vernepleier psykisk helsearbeid	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	20	3	2	0
26/4/21	Oria	«Psykisk helsearbeid» «ROP-lidelser»	2011-2021 Fagfellevurdert Artikler	23	4	2	1 (4)

Søkematrise: presentasjon av systematiske søk - tabell 2 (Fritt etter Thiedemann, 2019, s. 89).

### **3.3 Litteraturmatriser**

Inspirasjon til anvendelsen av litteraturmatriser i oppgaven, er hentet fra tidligere bacheloroppgaver og Thiedemann. Litteraturmatriser et nyttig hjelpemiddel i litteraturstudier. Det skaper en strukturert oversikt over hovedelementene i artiklene. En slik strukturert fremstilling kan være svært nyttig i videre arbeid. Litteraturmatrisene blir videre presentert i tabeller, fritt etter Thiedemann, med selvvalgt oppbygning og kategorier. Jeg har valgt kategoriene: artikkel, hensikt, metode, utvalg, resultat, kvalitetsvurdering og etiske overveielser (Thiedemann, 2019, s. 95).



### 3.3.1 Artikkel 1

<b>Artikkel 1 Norge</b>	<b>Biong, S. &amp; Soggiu, A-S. (2015). Her tar de tingene i henda og gjør noe med det. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol. 12 (nr. 1), s. 50-60. DOI: <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06</a></b>
<b>Hensikten med studien</b>	Studiet har som hensikt å undersøke "Hvordan beskriver personer med samtidige lidelser sine erfaringer med recovery-orienteringen i et lokalt psykisk helse- og rusteam?".
<b>Metode</b>	Studien gjennomføres med kvalitativ metode, der 13 personer med samtidige lidelser deler subjektive erfaringer og refleksjoner gjennom individuelle intervjuer. Dette gjør studiet eksplorativt og deskriptivt. Individuelle intervjuer ble valgt for å få frem beskrivelser, samt gi forskerne mulighet til å spørre oppklarende og utdypende spørsmål. Temaene som ble gjennomgått baserte seg på erfaringer med kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene. Intervjuene varte fra 20 til 90 minutter. Informantene kunne selv velge hvor de ønsket å bli intervjuet, og om intervjuet kunne bli tatt opp. 11 deltakere samtykket til å bli tatt opp på bånd, og ble transkribert ordrett. 2 deltakere samtykket ikke til å bli tatt opp på bånd, og ble nedtegnet ord for ord underveis i intervjuet.
<b>Utvalg</b>	13 personer med samtidige lidelser (ROP-lidelser), 10 menn og 3 kvinner, alder mellom 40 og 60 år. Flesteparten hadde hatt kontakt med temaet i flere år, mens noen kun i kort tid.
<b>Resultater</b>	Etter at de individuelle intervjuene var gjennomført, anvendte forskerne systematisk tekstkondensering. Dette resulterte i fire kodegrupper, som ble sammenfattet til "her tar de tingene i henda og gjør noe med det": <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>De er nysgjerrige på ressursene mine:</b> beskriver hvordan tjenestemottakerne opplever kontakten med teamet. Det blir beskrevet som preget av nysgjerrighet, respekt, likeverd og anerkjennelse, samtidig som det tar utgangspunkt i den enkelte sine ressurser.</li> <li>- <b>Lager mål sammen:</b> beskriver hvordan tjenestemottakerne opplever samarbeidet med teamet. Her blir viktigheten av fleksibilitet og muligheten til å lage egne mål trukket frem. Samarbeidet er preget av mestring av hverdagslivet og praktisk hjelp. Tjenestemottakerne utformer og mottar hjelp etter egne ønsker og behov. Gjennom samhandling og hjelp dannes relasjon, gjensidig respekt og tiltro til tjenesteyterne.</li> <li>- <b>Ikke noen rammer på hjelpen de kan få:</b> beskriver hvordan tjenestemottakerne opplever innholdet i tjenestene knyttet til praktisk hjelp, som generelt oppleves som helhetlige. De opplever at teamet er tilgjengelige og fleksible, da særlig med vekt på at de går utover den tradisjonelle hjelperrollen, kveldstid og helg. Innebærer bla. samtaler, samvær, praktisk hjelp, hjelp til økonomi, arbeid/aktivitet og helsehjelp. De erfarer at teamet kan fungere som en støttespiller i møte med andre instanser. Gjennom teamet sin innsats opplever tjenestemottakerne en mer tilfredsstillende boevne, og økning av fysisk- og sosial aktivitet.</li> <li>- <b>Jeg blir jo ikke bli avvist:</b> beskriver hvordan tjenestemottakerne opplever innholdet i tjenestene knyttet til psykisk helse og rusbruk. Teamet har et generelt mål om at rusbruken burde reduseres, men tilnærmingen er realistisk og individuelt tilpasset. Klare avtaler og grenser som er satt på forhånd, gjør det enklere å vite hvordan alle skal forholde seg til hverandre i perioder preget av rusbruk og dermed forhindre opplevelsen av å bli avvist.</li> </ul>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fra et fagfellevurdert tidsskrift, av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. Forskerne oppgir potensielle svakheter/begrensninger ved studien, bla. at deltakerne ble selektert av teamet, og valg av individuelle intervju som metode kan ha ført til et mindre nyansert bilde av erfaringer. Videre kan dette ha ført til at intervjuene ble gjennomført noe ulikt, til tross for at alle de samme temaene ble gjennomgått. Forskerne tilstrebet at all informasjon skulle bli transkribert ordrett, men i de intervjuene som ikke ble tatt opp på bånd, kan noe informasjon ha gått tapt i prosessen. Validitet og reliabilitet blir ivaretatt, ved at forfatterne anvender sitater fra deltakerne.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studiet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Alle informantene ble informert muntlig og skriftlig, og ga sitt samtykke. Det baserte seg på frivillighet, med mulighet for å trekke seg når som helst. Krav til konfidensialitet og anonymisering, og alle opplysningene ble slettet senest ved prosjektslutt.

### 3.3.2 Artikkel 2

<b>Artikkel 2 Norge</b>	<b>Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. &amp; Torkelsen, I. H. (2013). "Å delta med det du kan": Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol. 10 (nr. 3), s. 219-228. DOI: <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-04">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-04</a></b>
<b>Hensikten med studien</b>	I regi av Blå Kors Øst ble Steg for Steg (SFS), et lavterskel aktivitetstilbud for mennesker med rusproblemer opprett i 2005. Studiet har som hensikt å undersøke hvordan SFS, bidrar til aktivitet, mestring, sosial deltakelse og nettverk. Studiet sin problemstilling er "hvordan kan aktivitet på en rusfri arena være til nytte og gi økt opplevelse av mestring og fellesskap?".
<b>Metode</b>	Denne studien ble gjennomført med metoden flerstegs gruppeintervju, en kvalitativ datainnsamlingsmetode som basert på diskusjon og refleksjon, har som mål å sette fokus på erfaringer deltakerne har til felles. Det ble arrangert tre flerstegs gruppeintervjuer i perioden mai til august 2011, med en varighet på 60 til 90 minutter hver gang. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Baserer seg på de to forskningsspørsmålene: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan beskriver brukere ved SFS nytten av aktivitetene?</li> <li>2. Hvordan bidrar aktivitetene til å skape nettverk, aktivitet og mestring?</li> </ol>
<b>Utvalg</b>	Aktivitetene i SFS blir planlagt, organisert og gjennomført av aktivitetsledere, basert på tjenestemottakerne sine ønsker. Aktivitetslederne er selv tjenestemottakere, men har i tillegg en lederfunksjon. Det er nettopp aktivitetslederne som er utvalget i denne studien for å få dybdekunnskap om deres erfaringer. Totalt 15 aktivitetsledere deltok.
<b>Resultater</b>	Etter at gruppeintervjuene var gjennomført, gikk forskerne gjennom datamaterialet for å skape felles forståelse av innholdet. De så på hvilke refleksjoner som gikk igjen, og utarbeidet ut ifra dette fire overordnede tema. I oppgaven blir kun tre av disse trukket fram, da de anses som mest relevant: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Personlig og sosialt utviklende aktiviteter:</b> tilbudet stiller ingen krav til ferdigheter, det handler i all hovedsak om å ha det gøy. Tjenestemottakerne kan oppleve mestring, utvikle ferdigheter og bli utfordret i trygge rammer. Arenaen gjør det mulig å møte andre mennesker og utvide det sosiale nettverket, samtidig som en opplever tilhørighet i et fellesskap. Nevnte faktorer gir glede og økt livskvalitet.</li> <li>- <b>Kontinuitet og stabilitet i livet.</b> tilbudet baserer seg på kontinuitet, forutsigbarhet, trygghet, regelmessighet og stabilitet. Viktigheten av at noe varer ble trukket frem som særlig betydningsfullt, tilbudet gir innhold i hverdagen og et stabilt miljø.</li> <li>- <b>Å bli møtt med respekt og verdighet:</b> tilbudet beskrives som et inkluderende miljø, uten fordommer og avvisning. Tjenestemottakerne føler seg alltid velkommen, uavhengig av antall deltakelser - på gode og dårlige dager. En overordnet holdning er å gjøre deltagelse til en positiv opplevelse, uten å fokusere på alle gangene det ikke gikk. Alle mennesker kan snuble, men kunsten er å reise seg igjen.</li> </ul>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fra et fagfelleverdert tidsskrift, av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. Forskerne oppgir potensielle begrensninger/svakheter ved studiet, bla. at de samme deltakerne både var informanter og sentrale i analysen. Utvalget fikk dermed en sentral stemme, og øvrige erfaringer og synspunkter fra andre deltakere kan ha gått tapt i prosessen. Validitet og reliabilitet blir ivaretatt, ved at forfatterne anvender sitater fra deltakerne.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studiet er godkjent i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Krav til konfidensialitet og anonymisering.

### 3.3.3 Artikkel 3

<b>Artikkel 3 Norge</b>	<b>Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R. &amp; Davidson, L. (2017). "Sorting things out together": Young adult's experiences of collaborative practices in mental health and substance use care, <i>American Journal of Psychiatric Rehabilitation</i>, 20:2, s. 126-142. DOI: 10.1080/15487768.2017.1302369</b>
<b>Hensikten med studien</b>	Studiet har som hensikt å undersøke hvordan mennesker med ROP-lidelser forstår og beskriver samarbeidende praksis med tjenesteyterne innen psykisk helsevern i kommunen.
<b>Metode</b>	Studien gjennomføres med kvalitativ metode, der deltakerne deler subjektive erfaringer og refleksjoner gjennom individuelle dybdeintervjuer. Temaene som ble gjennomgått baserte seg på erfaringer om hvordan samarbeidet oppleves, samt utfordringer og hva samarbeidet bidrar til. Intervjuene varte fra 45 til 90 minutter.
<b>Utvalg</b>	7 personer med ROP-lidelser, 5 menn og 2 kvinner, alder mellom 20 og 30 år. Alle deltakerne måtte ha erfaring med å motta tjenester innen psykisk helsevern i minst to år.
<b>Resultater</b>	Etter at de individuelle dybdeintervjuene var gjennomført, gikk forskerne gjennom datamaterialet for å skape felles forståelse av innholdet. De anvende tematisk innholdsanalyse, og utarbeidet ut ifra dette fire overordnede tema: - <b>Ikke prøv å fikse meg eller dømme meg:</b> beskriver hvordan tjenestemottakerne ønsker å bli møtt av, og samarbeide med tjenesteyterne. Tjenestemottakerne opplever at hovedprioriteten til tjenesteyterne er å bli kjent med hver enkelt. Tjenestemottakerne vil bli møtt som et medmenneske og med ydmykhet, siden det vil danne et samarbeid preget av respekt, verdighet og likeverd. Viktigheten av å bli tatt på alvor og lyttet til med tålmodighet blir også trukket frem som særlig betydningsfullt. - <b>Ikke gi opp:</b> beskriver at samarbeidet oppleves mottakelig, ukonvensjonelt og fleksibelt. Tjenestemottakerne beskriver at tjenesteyterne fungerer som sosial støtte, som veileder og støtter de i møte med andre instanser. Videre understrekes viktigheten av å lage sin egen plan, og ta egne valg. Fokus på håp og tro, det er viktig å ikke gi opp. - <b>Noen å sortere ut problemene sammen med:</b> beskriver viktigheten av å danne tillitsfulle og personlige relasjoner. Dette vil åpne for å fokusere på fremtiden, og hjelpe tjenestemottakerne med å sortere ting i livet som kan oppleves overveldende. Viktigheten av at tjenesteyterne stiller seg undrende og ikke kritiserende trekkes frem som særlig betydningsfullt. - <b>Praktisk hjelp:</b> innebærer bla. økonomi, boevne (rengjøring og matlaging), aktiviteter og sosialt nettverk. Dette ble trukket frem som særlig betydningsfullt innimellom de terapeutiske samtalerne, siden det skaper en bedre hverdagssituasjon. Videre vil dette gi tjenestemottakerne informasjon om ulike kommunale tilbud de kan delta i, som kan danne nye hobbyer og bekjentskaper, og ta fokuset bort fra rusbruken. Dette vil fremme rutiner, selvtillit, inkludering og selvrespekt, og skape en mer meningsfull hverdag.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fra et fagfellevurdert tidsskrift, av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. Forskerne oppgir potensielle begrensninger/svakheter ved studiet, bla. at utvalget er nokså begrenset. Samtidig opplyses det om at to av deltakerne ikke deltok på oppfølgingsintervjuene. Validitet og reliabilitet blir ivarettatt, ved at forfatterne anvender sitater fra deltakerne.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studiet er godkjent i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Det foreligger skriftlig informert samtykke av alle deltakerne. Krav til konfidensialitet og anonymisering.

### 3.3.4 Artikkel 4

<b>Artikkel 4 Norge</b>	<b>Torbjørnsen, E. A. B, Strømstad, J. V., Aasland, K. A. M. &amp; Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol. 11 (nr. 4), s. 328-338. DOI: <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-05">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-05</a></b>
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten med studiet er å undersøke hvordan endring av praksis, kan føre til nye refleksjoner og holdninger i en personalgruppe. I dette tilfellet ble det implementert systematisk refleksjon, med fokus på tjenestemottakeren sin livshistorie, tapsopplevelser og mestring. "Hvilken betydning har systematisk refleksjon over pasienten sine mestringsstrategier for utvikling av empati hos helsepersonell?"
<b>Metode</b>	Studien gjennomføres med kvalitativ metode, der 8 tjenesteytere på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) delte sine refleksjoner i to fokusgruppeintervjuer. De ble arrangert med fire ukers mellomrom. Fokusgruppeintervjuer er en induktiv prosess, med formål å skape dypere forståelse basert på deltakernes refleksjoner. Intervjuene ble gjennomført av en moderator og en assisterende moderator, som observerte gruppedynamikken og oppsummerte intervjuene. Valg av intervju som metode ga forskerne mulighet til å stille oppklarende og utdypende spørsmål underveis. Fokusgruppeintervju 1: Baserte seg på en utarbeidet halvstrukturert intervjuguide. Deltakerne fikk i oppgave å reflektere over hva som påvirker holdningene, og hvordan disse tankene formidles og vedlikeholdes. Hvordan påvirker kjennskap til livshistorien symptomer som kommer til uttrykk? Fokusgruppeintervju 2: Baserte seg på utdyping av tema, samt oppklarende og utdypende spørsmål fra forskerne.
<b>Utvalg</b>	8 tjenesteytere på en sengepost på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). 7 sykepleiere, og 1 hjelpepleier. 6 kvinner og 2 menn. Alle med lang erfaring innen psykisk helsevern, erfarne miljøterapeuter og jobbet i enheten i minst et år.
<b>Resultater</b>	Etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført, gikk forskerne gjennom datamaterialet for å skape felles forståelse av innholdet. De så på hvilke refleksjoner som gikk igjen, og utarbeidet ut ifra dette tre overordnede tema: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ønske om å forstå pasientens livsverden:</b> beskriver tjenesteyterne sitt grunnleggende ønske om å forstå mennesket bak sykdommen, og på denne måten endres holdninger. Tjenesteyterne kan betrakte symptomer som en tillært måte å takle lidelsen på. På denne måten kan en anerkjenne historien, og måten tjenestemottakeren har lært seg å leve med sykdommen sin og takle sine livsutfordringer.</li> <li>- <b>Personalet sin språklige makt:</b> setter fokus på bevissthet på hvordan tjenestemottakerne omtales. Det ble diskutert hvordan kjennskap til den enkelte sin livshistorie, åpnet for å omtale symptomene på en positivt ladet måte. Tjenesteyterne vil i denne sammenhengen kunne se symptomer som mestringsstrategier, som tjenestemottakerne har tillært seg som en måte å takle livsutfordringer og uttrykke seg på.</li> <li>- <b>En anerkjennende tilstedeværelse:</b> beskriver hvordan tverrfaglig refleksjon vil bidra til å danne et helhetlig bilde av tjenestemottakerne. Dette forutsetter at en anerkjenner alle tjenesteyternes sider og observasjoner, og skaper forståelse og velvilje.</li> </ul>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fra et fagfelleverdert tidsskrift, av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. Validitet og reliabilitet blir ivaretatt, ved at forfatterne anvender sitater fra deltakerne.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Godkjent av personvernombudet i Helseforetaket. Det foreligger skriftlig informert samtykke av alle deltakerne. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett i sin helhet. Det ble stilt oppklarende og utdypende spørsmål underveis, for å sikre at deltakerne ble forstått riktig.

### 3.3.5 Artikkel 5

<b>Artikkel 5 Norge</b>	<b>Olsø, T. M., Almvik, A., &amp; Norvoll, R. (2015). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 10(2), s. 121-131. DOI: <a href="https://doi.org/10.7557/14.3327">https://doi.org/10.7557/14.3327</a></b>
<b>Hensikten med studien</b>	Denne studien har som hensikt å beskrive hva som karakteriserer hjelpsomme relasjoner, og hvilken betydning hjelpsomme relasjoner har for å yte god hjelp for mennesker med ROP-lidelser.
<b>Metode</b>	Studiet ble gjennomført med kvalitativ metode, der alle deltakerne ble intervjuet med individuelle dybdeintervjuer. Intervjuene baserte seg på temaene generelle kjennetegn ved den oppsøkende hjelpen, samt kjennetegn på god hjelp og faktorer som fremmer og hemmer god hjelp til brukerne. Intervjuene varte i 60 minutter og ble transkribert ordrett.
<b>Utvalg</b>	Utvalget består totalt 19 tjenesteytere og 9 tjenestemottakere. Tjenesteyterne er i alderen 31-61 år, 10 kvinner og 9 menn. Alle med lang erfaring fra helse- og omsorgstjenester, og med profesjonsutdanninger. Tverrfaglig sammensatt med bla.: vernepleiere, sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og psykologer fordelt på to oppsøkende team: Team 1) er kommunalt, og gir tilbud om samtaler og praktisk hjelp utenom åpningstider. Team 2) er et tverrfaglig ambulant team, med formål om å gi tilbud og tjenester, der det ordinære ikke er tilstrekkelig. Tjenestemottakerne er i alderen 20-60 år, 5 kvinner og 4 menn. De er mennesker med ROP-lidelser (samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk), som mottar bistand fra teamene. Mennesker med ROP-lidelser, og problematikken denne medfører beskrives som "typiske" tjenestemottakerne for de to teamene.
<b>Resultater</b>	Etter at de individuelle dybdeintervjuene var gjennomført, gikk forskerne gjennom datamaterialet for å skape felles forståelse av innholdet. De anvendte tematisk innholdsanalyse, og utarbeidet ut ifra dette tre overordnede tema. Forfatterne så store sammenhenger mellom hva tjenesteyterne og tjenestemottakerne beskrev som viktige kvaliteter ved relasjonene som var hjelpsomme, samt hvilke arbeidsformer som bidra til å utvikle slike relasjoner. - <b>Samvær gjennom hverdagslige aktiviteter:</b> beskrives som en hjelpsom arbeidsform, hvor en møtes på hverdagslige arenaer. Teamet kan i denne sammenhengen bidra med å gjenoppta kontakten med det øvrige samfunnet. I tillegg opplevde de samværet med teamet som et "pusterom" fra psykiske og sosiale plager i hverdagen. - <b>Et likeverdig samarbeid:</b> beskriver at samarbeidet har fokus på brukermedvirkning, og at dette fører til at tjenestene blir individuelt tilpasset. Det skapes en felles forståelse av hva tilbudet innebærer, og samarbeidet blir preget av frivillighet og likeverdighet. - <b>Den personlige kontakten:</b> tjenestemottakerne omtaler tjenesteyterne som "profesjonelle venner", og det ble tilstrebet at relasjonene skulle være preget av åpenhet og gjensidig tillit. Alminnelig samvær får fokuset vekk fra "terapi-situasjonen", som kan gjøre samhandlingen mer naturlig.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fra et fagfellelvurdert tidsskrift, av nyere dato. Fremgangsmåten er nøye beskrevet. Validitet og reliabilitet blir ivaretatt, ved at forfatterne anvender sitater fra deltakerne.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studiet er godkjent Regional etiske komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Alle informantene ble informert muntlig og skriftlig, og ga sitt samtykke. Det baserte seg på frivillighet, med mulighet for å trekke seg når som helst. Krav til konfidensialitet og anonymisering.

### 3.4 Analyse

For å analysere innholdet og merke meg sentrale tema i de utvalgte artiklene har jeg benyttet meg av Aveyards tematiske analysemodell. Aveyard beskriver denne modellen som tilpasset for nybegynnere, og har som hensikt å identifisere sentrale temaer fra resultatdelene i de vitenskapelige artiklene (Thiedemann, 2019, s. 96).

I alle artiklene blir det presentert overordnede temaer i resultatdelen. For å identifisere temaene og skape en helhetlig oversikt lagde jeg et tankekart. Jeg erfarte i denne utarbeidingen at det var temaene *brukermedvirkning, støttespiller, praktisk hjelp og relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter* som var gjennomgående. Der ble alle de overordnede temaene fra de ulike artiklene skrevet ned, og markert med fargekoder etter tema. Jeg valgte å gjøre det på denne måten etter inspirasjon fra Aveyards "klipp og lim" variant, siden jeg erfaringsmessig jobber best visuelt. Hensikten med dette var å finne sammenhengene mellom resultatdelene i artiklene, samt identifisere tema som var gjennomgående (Thiedemann, 2019, s. 97).

På bakgrunn av tankekartet, utformet jeg en krysstabell. Der jeg skrev ned alle de overordnede temaene fra artiklene. Videre skrev jeg opp temaene, for å skape et visuelt bilde av hvilket overordnet tema som "hørte hjemme" under hvert tema. I denne sammenhengen opplevde jeg at det var vanskelig å skulle plassere de overordnede temaene under kun et tema, da flere av de overordnede temaene går inn i og om hverandre. Som et resultat av dette valgte jeg å lage en forenklet tabell, tabell 3, der jeg presenterer de overordnede temaene fra artiklene, undertema og til slutt sammenfattet tema. I denne prosessen valgte jeg i lys av problemstillingen, å trekke frem vernepleieren som «*en samarbeidspartner med brukermedvirkning i sentrum, som hjelper med det praktiske i hverdagen*» og «*en profesjonell venn og støttespiller*».

Tema fra artiklene	Undertema	Sammenfattet tema
<p>De er nysgjerrige på ressursene mine</p> <p>Lager mål sammen</p> <p>Kontinuitet og stabilitet i livet</p> <p>Å bli møtt med respekt og verdighet</p> <p>Ikke noen rammer på hjelpen du kan få</p> <p>Personlig og sosialt utviklende aktiviteter</p> <p>Praktisk hjelp</p> <p>Samvær gjennom hverdagslige aktiviteter</p> <p>Et likeverdig samarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid: Preget av nysgjerrighet, anerkjennelse, respekt, fleksibilitet, likeverd, verdighet og inkludering</li> <li>• Brukermedvirkning: utformingen og innholdet i tjenestene baserer seg på den enkelte sine ressurser og ønsker, individuelt tilpasset</li> <li>• Praktisk hjelp: hjelpsom arbeidsform, møtes «der en er», trygge rammer, helhetlig, tilgjengelig, fleksibelt</li> <li>• Sosial tilhørighet, økt boevne, fysisk- og sosial aktivitet, felleskap, mestring, selvutvikling</li> </ul>	<p>En samarbeidspartner med brukermedvirkning i sentrum, som hjelper med det praktiske i hverdagen</p>
<p>Noen å sortere ut problemene sammen med</p> <p>Ikke prøv å fikse meg eller dømme meg</p> <p>Ikke gi opp</p> <p>En anerkjennende tilstedeværelse</p> <p>Jeg blir jo ikke avvist</p> <p>Den personlige kontakten</p> <p>Ønske om å forstå pasientens livsverden</p> <p>Personalet sin språklige makt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personlige, tillitsfulle, og likeverdige relasjoner</li> <li>• Medmenneske</li> <li>• Støttespiller</li> <li>• Profesjonell venn</li> <li>• En anerkjennende tilstedeværelse: uten fordommer, krenkelser og avvising</li> <li>• Almennelig samvær</li> <li>• Holdninger og språklig makt</li> <li>• Klare grenser og avtaler</li> <li>• Grunnleggende ønske om å forstå den enkelte sin livsverden</li> </ul>	<p>En profesjonell venn og støttespiller</p>

Sammenfatning av tema - tabell 3

## 4.0 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres hovedfunnene fra de fem utvalgte vitenskapelige artiklene. Analysen resulterte i sammenfatning av to temaer, men jeg ønsker å understreke at de påvirker og går inn i hverandre. Temaene presenteres hver for seg, og støttes opp av sitater fra noen av de utvalgte artiklene.

### 4.1 En samarbeidspartner med brukervedvirkning i sentrum, som hjelper med det praktiske i hverdagen

Flere av de utvalgte artiklene tar for seg viktigheten av å motta praktisk hjelp, utforme egne tjenester, samt skape et samarbeid gjennom å gjøre hverdagslige aktiviteter sammen i trygge omgivelser. Bistand til praktisk hjelp i hverdagen innebærer blant annet hjelp til bolig, økonomi, helse, koordinering av tjenester fra interne samarbeidspartnere og sosialt nettverk. Tjenestemottakerne trekker frem at praktisk hjelp oppleves særlig betydningsfullt innimellom de terapeutiske samtalene, siden det skaper en bedre hverdagssituasjon (Ness et al., 2017, s. 136; Biong & Soggiu, 2015, s. 52, 55-56).

*«What helped me to use help, was that they didn't always needed to talk, but also do practical stuff with me. Than could be helping me with financial issues, cooking, cleaning ... helping me to create routines in my everyday life, as I had never learned that.»* (Ness, 2017, s. 136).

Samvær gjennom hverdagslige aktiviteter blir beskrevet som en hjelpsom arbeidsform, siden de kan møtes "der de er". Mange av tjenestemottakerne beskrev seg som ensomme og sosialt isolerte, de har opplevd mange tillitsbrudd i livet og har et lite sosialt nettverk. Mange av tjenestemottakerne var preget av lange institusjonsopphold, og følte seg som et resultat av dette som om de var på utsiden av samfunnet.



Tjenesteyterne kunne dermed bidra med å gjenoppta kontakten med det øvrige samfunnet. I tillegg opplevde tjenestemottakerne at samværet ga de et "pusterom" fra psykiske og sosiale plager i hverdagen. Først og fremst ved å gjøre positive aktiviteter som fikk de på andre tanker, samtidig som de fikk praktisk hjelp som gjorde hele livssituasjonen mer håndterlig (Olsø et al., 2015, s. 125-127). Praktisk hjelp skaper rom for samhandling og informasjonsutveksling, en forutsetning for deltagelse. Det finnes en rekke aktiviteter tjenestemottakerne kan delta på, som kan resultere i nye hobbyer og bekjenskaper (Ness et al., 2017, s. 136). Tjenestemottakerne påpeker viktigheten av å være del av et inkluderende miljø, uten fordommer og avvisning. Et miljø der tjenestemottakerne alltid føler seg alltid velkommen, uavhengig av antall deltakelser - på gode og dårlige dager. En overordnet holdning er å gjøre deltagelse til en positiv opplevelse, uten å fokusere på alle gangene det ikke gikk (Ness et al., 2013, s. 225).

*«Jeg isolerte meg og hadde angst, kunne ikke ta bussen, det var en prosess ... Det var da teamet kom inn og tok noen grep, vi tok turer på byen og trente ... Så nå fungerer det veldig greit. ... Vi hadde rett og slett trening, for jeg trengte det da ...»* (Biong & Soggiu, 2015, s. 56-57).

Tjenestene blir generelt beskrevet som helhetlige, tilgjengelige og fleksible. Det var rom for å tilpasse og endre tjenestene etter situasjonen og behovene til den enkelte (Biong & Soggiu, 2015, s. 56).

Tjenestemottakerne beskriver seg selv som aktive pådrivere, der de utformer og mottar hjelp etter egne ønsker og behov. Tjenesteyterne stiller krav og pusher, de får hjelp til praktiske gjøremål samtidig som de kan samhandle (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56). Tjenestemottakerne fikk i større grad muligheten til å delta i beslutningsprosesser, og fikk selv uttrykke hva de trengte og ønsket hjelp til. De fikk også ta stilling til om de ønsket hjelp i det hele tatt. På denne måten ble tilbudet individuelt tilpasset og preget av frivillighet (Olsø et al., 2015, s. 126-127). Dette bidro til et likeverdig samarbeid med brukermedvirkning i sentrum.

*«Det jeg synes er bra, er at fokuset er på å mestre hverdagen og ok, jeg har et rusproblem, jeg har psykiske problemer ... Vi snakker heller om hvordan det funker i hverdagen» (Biong & Soggiu, 2015, s. 55).*

## **4.2 En profesjonell venn og støttespiller**

Alle de utvalgte artiklene tar for seg relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Å danne tillitsfulle og personlige relasjoner med hverandre, er en viktig forutsetning for å komme i posisjon til å hjelpe. I denne sammenhengen må tjenesteyter være bevisst på at snakke sammen med, og ikke til tjenestemottakeren. Tjenesteyterne må legge til rette for at tjenestemottakeren kan ta egne selvstendige valg, siden dette vil føre til selvutvikling og troen på seg selv. Det kan være utfordrende å stå for egne livsvalg. Gjennom å stille seg undrende og ikke kritiserende, vil tjenesteyterne skape større grad av refleksjon over egne valg hos tjenestemottakeren. En annen sentral forutsetning er en langvarig relasjon, siden dette vil skape fokus på fremtiden. Dersom tjenestemottakeren hele tiden må forholde seg til en ny tjenesteyter, kan dette forhindre fokus på fremtiden - siden tjenestemottakeren hele tiden blir tvunget til å dvele ved og fortelle om fortiden (Ness et al., 2017, s. 134-135).

*«If the practitioners don't know me, and they don't ask me questions, but just give me advice or tell me what to do, that always make me do the opposite.» (Ness, 2017, s. 135).*

Flere av de utvalgte artiklene tar for seg verdien av en anerkjennende tilstedeværelse, der tjenestemottakerne blir møtt uten avvising og fordommer. Ved å forstå tjenestemottakerens livsverden, kan tjenesteyterne anerkjenne historien og betrakte symptomer som en tillært mestringsstrategi. Dette skaper en holdningsendring preget av empati, samtidig som det skaper en forståelse for måten tjenestemottakeren har lært seg å leve med sykdommen og takle livsutfordringer på. I denne sammenhengen spiller bevisstheten rundt tjenesteyterne sin språklige

makt en sentral rolle. Hvordan tjenestemottakerne omtales, vil skape holdninger som er positivt eller negativt ladet. Et eksempel på dette er der tjenestemottakerne før har blitt omtalt som "paranoid", ser tjenesteyterne dette nå i sammenheng med en livshistorie preget av mange "tillitsbrudd". På denne måten kan tjenesteyterne rette fokuset på årsaken til symptomet (Thorbjørnsen et al., 2014, s. 333-334). For mange har rusen en funksjon i livet. I denne sammenhengen spiller avtaler og grenser en viktig rolle, slik at en forhindrer at tjenestemottakerne opplever å bli avvist (Biong & Soggiu, 2015, s. 57).

*«Når jeg ruser meg ... kunne jeg tenkt meg mer kontakt da, selv om det er ok at de setter noen grenser også ... De grensene er satt på forhånd, så jeg blir jo ikke avvist.»* (Biong & Soggiu, 2015, s. 57).

Det er helt avgjørende at relasjonen er preget av håp og tillit, og at tjenesteyterne ikke gir opp. Tjenestemottakerne uttrykker at de setter pris på et mottakelig, ukonvensjonelt og fleksibelt samarbeid, preget av en formidling av tro på dem. Det er viktig å ikke gi opp. (Ness et al., 2017, s. 133-134). Viktigheten av å anerkjenne hverandre som medmennesker med verdi, gjør det lettere å danne en alminnelig relasjon. Tjenesteyterne ble i noen sammenhenger omtalt som "profesjonelle venner". Det ble tilstrebet at relasjonene skulle være preget av åpenhet og gjensidig tillit. Alminnelig samvær får fokuset vekk fra "terapi-situasjonen", som kan gjøre samhandlingen mer naturlig. Det kan føre til at tjenestemottakerne forteller fordi de vil, ikke fordi de føler de må (Olsø et al., 2015, s. 127-128). Tjenestemottakerne erfarer at tjenesteyterne kan fungere som støttespillere i møte med andre instanser (Biong & Soggiu, 2015, s. 55).

*«I have really felt the practitioners wanted to help me, and they didn't give up on me. That was important, because I gave up on me always, but they called, stopped by, and that helped me to have better days.»* (Ness et al., 2017, s. 134).

## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil de sammenfattede temaene fra resultatdelen, blir diskutert opp mot relevant teori. Problemstillingen «Hvordan kan vernepleieren bidra i den personlige recoveryprosessen for mennesker med ROP-lidelser?» vil være grunnlaget for diskusjonen, og relevant teori vil bli inkludert for å gi flere ulike synspunkt på de ulike teamene. Videre vil egen metode og fremgangsmåte bli belyst i metodediskusjon.

### 5.1 Resultatdiskusjon

Brukermedvirkning og selvbestemmelse er en sentral forutsetning for deltakelse og samarbeid, og bidrar til at innholdet i tjenestene bygger på den enkelte sine ressurser og ønsker (Ness et al., 2017, s. 136; Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56). Tjenesteyterne sine oppfatninger og holdninger påvirker hvordan hjelpen fungerer. Gjennom å vise at de har tro på den enkelte sine evner, ressurser og muligheter, samt ved å ha et generelt positivt syn. Vil tjenesteyterne bidra til at den enkelte får kontroll og innflytelse, og vil ha lettere for å ta initiativ og være en aktiv del av eget liv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 16-17). Betydningen av dette trekkes også frem i gjennom nøkkelprosessene CHIME-rammeverket (Leamy et al., 2011, s. 448). Formålet med brukermidvirkning og selvbestemmelse er å sikre at alle skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene, og at legges særlig vekt på spørsmål, interesser og mål som er viktige for den enkelte. I henhold til ROP-retningslinjen skal brukermidvirkning bidra til at den enkelte kan oppnå kontroll over viktige forhold, og dermed få økt myndighet i sitt eget liv (Evjen et al., s. 23, 184-187; Brask et al., 2016, s. 67). Studier viser at brukermidvirkning skaper en felles forståelse og forventninger om hva tjenestene skal innebære. Når det tilpasses tjenestemottakeren sine premisser, er det lettere å danne et likeverdig og forpliktende samarbeid (Olsø et al., 2015, s. 126-127). Å lage sin egen plan, og ta egne valg er en helt sentral forutsetning.

Tjenestemottakerne skal ikke basere livet sitt på å tilfredsstille andre (Ness et al., 2017, s. 133-134). Samtidig finnes det noen åpenbare grenser for selvbestemmelse alle mennesker må forholde seg til. Ved å være en del av et felleskap, og innrette seg etter bestemte lover og regler. I tillegg vil ikke alle de frie valgene som mennesker tar bli ansett til å være like konstruktive og bærekraftige. Tjenesteyterne vil møte en rekke etiske og faglige utfordringer knyttet til dette, siden de må finne en balanse mellom retten til selvbestemmelse og ansvaret for den enkeltes liv og helse (Brask et al., 2016, s. 67).

Mennesker med ROP-lidelser har forskjellige utgangspunkt og forskjellig fortid bak seg. For noen kan livet i stor grad basere seg på å finansiere og skaffe rusmidler, samt å dekke grunnleggende fysiologiske behov (Evjen et al., 2019, s. 159 - 160). Det kommer frem at mange av tjenestemottakerne i studiene er preget av sosial angst, er ensomme og sosial isolerte. De har lite sosialt nettverk og har opplevd mange tillitsbrudd i livet (Olsø et al., 2015, s. 125-127; Thorbjørnsen et al., 2014, s. 333-334). Mange mennesker med ROP-lidelser kan som resultat av dette være preget av manglende sosial tilhørighet, stigmatisering og utestenging. Mange kan ha opplevd å ikke blitt møtt på en god måte, når de først har bedt om hjelp. Kanskje har tjenesteyterne erfart, til tross sin gjentatte og iherdige innsats, at de møter den samme personen igjen og igjen. I en slik situasjon kan håpet være svakt, og det å bli møtt med oppgitthet kan forverre situasjonen ytterligere (Evjen et al., 2019, s. 159 - 160, 244-245). Studiene trekker frem betydningen av en anerkjennende tilstedeværelse, der alle anerkjenner hverandre som medmennesker, uten kritikk, fordommer og avvisning. Dette forutsetter et grunnleggende ønske om å forstå den enkelte sin livsverden, og en bevissthet knyttet til språklig makt og holdninger (Thorbjørnsen et al., 2014, s. 333-334). En tjenestemottaker i studiet til Ness et al., (2017) beskriver at det ikke fungerer å være en «bedreviter», som forteller hva tjenestemottakerne skal gjøre. For mange har rusen en funksjon i livet, de er klar over sine

problemer, og trenger ikke at noen påpeker de - det oppleves som nedverdiggende og ydmykende. Hvis alle derimot møter hverandre som medmennesker, vil det danne et samarbeid preget av ydmykhet, respekt, verdighet og likeverd. For å forhindre at tjenestemottakerne opplever å bli avvist, blir viktigheten av avtaler og grenser trukket frem. Klare grenser som er satt på forhånd, gjør det enklere å vite hvordan begge parter skal forholde seg til hverandre i perioder preget av rusbruk (Ness et al., 2017, s. 132-133; Biong & Soggiu, 2015, s. 57). Å bli møtt med verdighet og respekt er et grunnleggende behov hos alle mennesker. Alle mennesker kan snuble, men kunsten er å reise seg igjen (Ness et al., 2013, s. 225).

Forskning viser at mennesker med ROP-lidelser trenger behandling og oppfølging som er relasjonsorientert, støttende og mindre konfronterende (Evjen et al., 2018, s. 26). I studiet til Thorbjørnsen et al., (2014) kommer det frem at tjenesteyterne opplever at tjenestemottakerne er sensitive på om de blir møtt med velvilje og uten fordommer. Det viktigste er at tjenesteyterne prøver å forstå, men samtidig erkjenner at det ikke er alt de kan forstå (s. 334-335). I recovery-orientert praksis vil tjenesteyterne kunne fungere som støttespillere i prosessen, med utgangspunkt i den enkeltes ressurser (Evjen et al., 2018, s. 41-42). I studiet til Ness et al., (2013), Ness et al., (2017) og Biong & Soggiu (2015) blir tjenesteyterne omtalt som et medmenneske, profesjonelle venner og støttespillere i møte med andre instanser, og viktigheten av en personlige relasjoner preget av håp, tro og gjensidig tillit blir trukket frem som særlig betydningsfulle. I denne sammenhengen kan vernepleierens partnerrolle og brobyggerrolle, samt vernepleierens relasjonskompetanse spille en sentral rolle. I partnerrollen vil vernepleieren ha fokus på samhandling og dialog på individnivå, for å fremme individuell tilpasning og et likeverdig samarbeid. I brobyggerrollen vil vernepleieren ha fokus på å danne et samarbeid mellom individet og instanser på systemnivå (Brask et al., 2016, s. 41-42). Dette krever at vernepleieren er tilpasningsdyktig og sensitiv til den enkelte sine meninger, med evnen til å støtte og spille

den andre god. I disse rollene vil vernepleieren fungere som en partner, som vil jobbe sammen med den enkelte mot felles interesser og mål (Brask et al., 2016, s. 41-42).

På den ene siden vil vernepleieren være underlagt et handlingspress, en instruks om hvilket problem som skal løses eller jobbes med i en gitt situasjon. På den andre siden må tjenesteyterne være forberedt på at det kan avdekkes faktorer som vil anses som mer påtrengende, enn det som var utgangspunktet. Dette krever en stor omstillingsevne, samt en evne til å gripe muligheter som kan bidra til bedring der og da. Etikk handler ikke utelukkende om å forholde seg til regler og retningslinjer, men også å kunne anvende og stole på eget skjønn, samt et grunnleggende ønske om å forstå et menneske i en vanskelig situasjon. Det er viktig å være bevisst på at alle mennesker og situasjoner er unike. I denne sammenhengen vil det aldri være tilstrekkelig å kun forholde seg til satte regler og retningslinjer, siden kilden til kunnskapen om etiske valg alltid vil være basert på den enkelte. Desto mer aktivt tjenesteyterne er tilstede, og jo bedre relasjonell kompetanse - desto bedre blir en slik avveining. En vernepleier må alltid tilstrebe å øke sine kunnskaper og ferdigheter, for å stadig kunne gjøre en bedre innsats til det beste for den enkelte (Evjen et al., 2019, s. 159 - 160, 244-245).

Studiet til Ness et al. (2017) trekker frem betydningen av å ha noen å sortere ut problemene med. Livets mange krav og problemer kan oppleves overveldende, og det kan være utfordrende å sortere og takle disse alene. På bakgrunn av dette synes tjenestemottakerne at det er betydningsfullt å ha noen å reflektere sammen med, få veiledning og støtte (s. 134-135). Samtidig må den enkelte tjenesteyter være i stand til å sette grenser for seg selv og andre. På denne måten vil tjenesteyterne kunne forebygge utbrenthet i yrkesutøvelsen, samt forhindre at personlige grenser krenkes (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 40-41). En tjenesteyter kan skape trygghet og forutsigbarhet ved å være der gjennom hele

behandlingsopplegget. Samtidig er det viktig å være bevisst på at tilknytningen ikke blir så sterk at den isolerer den enkelte fra resten av fellesskapet (Snoek & Engedal, 2017, s. 60). I et langtidsperspektiv vil rehabiliteringstiltak som baserer seg på å skape, eller gjenopprette en sosial tilhørighet og personlig identitet være til aller størst hjelp for den enkelte (Snoek & Engedal, 2017, s. 181). Relasjon blir ansett som avgjørende for behandlingen, siden forskning viser at tjenesteyteren sin tilnærming har større betydning enn selve terapimetoden som benyttes (Evjen et al., 2019, s. 119).

Det er flere nevnte faktorer som kan bidra til at mennesker med ROP-lidelser har en uforutsigbar, sårbar og utrygg livssituasjon. Som kan være lite forenlig med å ivareta egen helse, forholde seg til avtaler, be om hjelp og ha kontakt med andre mennesker. I denne sammenhengen kan det å møtes på hverdagslige arenaer være sentralt for individuell tilpasning, bedring og mestring. Dette kan gi tjenesteyterne større mulighet til å kartlegge den enkelte sitt funksjonsnivå og hjelpebehov, siden det å komme bak fasaden vil avdekke kompleksiteten i livssituasjonen (Evjen et al., 2019, s. 159 - 160, 244-245). Å møtes "der en er", trekkes frem som en særlig betydningsfull arbeidsform i studiet til Olsø et al., (2015), Biong & Soggiu (2015) og Ness et al., (2017). Ved å samhandle og motta praktisk hjelp i trygge omgivelser, kan tjenesteyterne tilrettelegge for læring, selvstendighet og utvikling. Tjenestemottakerne vil etterhvert kunne håndtere sosiale situasjoner utenfor hjemmet, og gjenoppta kontakten med det øvrige samfunnet. Studiene viste at praktisk hjelp og samhandling ga de et "pusterom" fra psykiske og sosiale plager i hverdagen. Først og fremst ved å gjøre positive aktiviteter som fikk de på andre tanker, samtidig som de fikk praktisk hjelp som gjorde hele livssituasjonen mer håndterlig (Olsø et al., 2015, s. 125-127). Gjennom samhandling og hjelp dannes relasjon, gjensidig respekt og tiltro til tjenesteyterne (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56). Muligheten til å kunne delta på aktiviteter gir utfordring og utvikling. Tjenestemottakerne kan



oppleve mestring, og utvikle ferdigheter i trygge rammer. Aktiviteter gjør det mulig å møte andre mennesker og utvide det sosiale nettverket, samtidig som tjenestemottakeren opplever tilhørighet i et felleskap. Nevnte faktorer gir glede og økt livskvalitet (Ness et al., 2013, s. 223). Gjennom å få praktisk hjelp i hverdagen, erfarer tjenestemottakerne en mer tilfredsstillende boevne, samt økning av fysisk- og sosial aktivitet. I sin tur har dette ført til en bedring av den psykiske helsen, og redusert rusbruk (Biong & Soggiu, 2015, s. 54). Å håndtere og mestre hverdagen vil fremme rutiner, selvtillit, inkludering og selvrespekt. Som vil skape en mer meningsfull hverdag (Ness et al., 2017, s. 136).

## 5.2 Metodediskusjon

I denne delen skal jeg diskutere egen metode og søkeprosess. Denne bacheloroppgaven baserer seg på fem vitenskapelige artikler, med kvalitativ metode. Disse belyser erfaringene til tjenestemottakerne og tjenesteyterne, knyttet til hvordan de opplever kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene i en recoverytilnærmet praksis. Anvendelsen av sjekklister for kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2018) hjalp meg til å lese og forstå, vurdere relevans, kvalitet og etikk i de vitenskapelige artiklene. Alle de vitenskapelige artiklene som er inkludert i denne studien oppfyller alle punktene på denne sjekklisten.

Utvalget i de fem vitenskapelige artiklene består i alt av 29 tjenestemottakere og 27 tjenesteytere. De 15 aktivitetsledere i utvalget i artikkel 2, kan regnes som både tjenestemottakere og tjenesteytere. Dette gir en generell forståelse av både tjenestemottakernes- og tjenesteyternes perspektiv, men vil ikke være tilstrekkelig for å dekke hva alle vektlegger i en personlig recoveryprosess.

Jeg valgte kun å benytte av søkemotoren Oria, siden jeg fant tilstrekkelig vitenskapelige artikler her. Jeg burde kanskje ha søkt i andre søkemotorer også, men de vitenskapelige artiklene som er inkludert anser jeg relevante for å belyse problemstillingen.

## 6.0 Konklusjon

Mennesker med ROP-lidelser har en samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, som for mange kan føre til betydelige funksjonsnedsettelse. Dette kan påvirke flere personlige og sosiale livsområder. De kan ha blitt utsatt for avvisning, stigmatisering og fordommer, som kan ha resultert i manglende sosial tilhørighet og krenket personlig identitet. ROP-retningslinjen bidro til et økt fokus på mennesker med ROP-lidelser, og kompleksiteten i deres livssituasjon og behandlingsbehov. Recoverybasert tilnærming er en anbefalt praksis for mennesker med ROP-lidelser. Den personlige recoveryprosessen har som formål å finne og styrke den enkelte sine ressurser, til tross sine problemer og begrensninger, skal kunne leve et meningsfullt og konstruktivt liv.

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvordan vernepleieren kan bidra i den personlige recoveryprosessen, i lys av erfaringene til tjenestemottakerne og tjenesteyterne. Funnene antyder at sosial tilhørighet, håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av personlig identitet, relasjoner, støtte, samarbeid og praktisk hjelp er særlig betydningsfulle i den personlige recoveryprosessen. I denne sammenhengen kan vernepleieren bidra med sin miljøterapeutiske kompetanse. Den er relasjonsorientert, og har som formål å fremme forståelse, tillit, respekt, deltakelse, integritet, brukermedvirkning og selvbestemmelse. Dette kan resultere i at tjenestemottakerne blir aktive pådrivere i eget liv, og får økt kontroll og myndighet. Samtidig er det helt sentralt at tjenesteyterne støtter og veileder underveis i prosessen, slik at livet ikke oppleves overveldende og u håndterlig. Respekt og anerkjennelse er et grunnleggende behov for alle mennesker. Uansett utgangspunkt og hjelpebehov vil et grunnleggende ønske om å forstå, og bedre den enkelte sin livsverden være en sentral del av yrkesutøvelsen som vernepleier.

## 7.0 Litteraturliste

- Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). Her tar de tingene i henda og gjør noe med det. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 12 (nr. 1), s. 50-60. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, K. E. (2017). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2017, 12.09). *Om vernepleieryrket*. <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>
- Helsebiblioteket. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2012, 03.01). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

- Helsedirektoratet. (2014, 28.02). *Sammen om mestring - lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, vol. 199 (nr. 6), s. 445–452. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2017, 29.05). *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*.  
<https://www.napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, I. H. (2013). "Å delta med det du kan": Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 10 (nr. 3), s. 219-228. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-04>
- Ness, O., Kvelling, Ø., Borg, M., Semb, R., & Davidson, L. (2017). "Sorting things out together": Young adults' experiences of collaborative practices in mental health and substance use care, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20:2, s. 126-142. DOI: [10.1080/15487768.2017.1302369](https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1302369)

- Olsø, T. M., Almvik, A., & Norvoll, R. (2015). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, vol. 10 (nr. 2), s. 121-131. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.3327>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Torbjørnsen, E. A. B, Strømstad, J. V., Aasland, K. A. M. & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 11 (nr. 4), s. 328-338. DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-05>

