



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Bacheloroppgave

Silje Skjevik & Alexander Venstad

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

Recovery

- en tilnæringsmåte til unge voksne med ROP-lidelse.

Recovery- an approach to young adults with co- occurring disorders.

Antall ord:13688

Bachelor i sykepleie, BASY2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Recovery- en tilnæringsmåte til unge voksne med ROP- lidelse.

Engelsk tittel: Recovery- an approach to young adults with co-occurring disorders.

Bakgrunn: I psykisk helse/psykiatrisk praksis høsten 2015 møtte vi seks unge voksne i alderen 18-35 år med ROP- lidelse, samtidig rus- og psykisk lidelse. Disse seks brukerne var arbeidsløse grunnet aktivt rusmisbruk og deltakere i Fønix- prosjektet, et offentlig lavterskeltilbud i Åsnes kommune med tilknytning til kommunens psykisk helse-og rustjeneste og NAV.

Hensikt: Å tilnærme oss mer kunnskaper og forståelse om brukergruppen med ROP-lidelse, deres behov for et tilpasset behandlingstilbud og hvordan vi kan tilrettelegge deres hverdag, fremme gode holdninger, bidra til håp og mestring og ivareta deres rettigheter og behov. Vi ønsker gjennom oppgaven å vektlegge sykepleierens funksjon i arbeid med brukere med ROP-lidelse. Hvordan sykepleier kan jobbe recoverybasert for å skape en god relasjon til brukergruppen, og bidra til å fremme håp, mestring og troen på seg selv.

Metode: Litteraturstudie, hvor vi inkluderer fire forskningsartikler, pensumlitteratur og egen valgt litteratur. Funn fra forskningsartiklene inkluderer en kvalitativ evalueringsstudie, to kvalitative forskningsstudier og en oversiktsartikkel.

Problemstilling: *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?*

Konklusjon: Gjennom en recovery-tilnærming kan vi som sykepleiere fremme brukerens gjenoppbyggelse av personlig og sosial identitet og legge til rette for at brukeren gjenfinder håpet på en selv og en hverdag preget av mening og mestring.

Nøkkelord: Sykepleie. ROP- lidelse. Recovery. Recovery-orientert tenkning. Grønn omsorg. Relasjonsbygging. Tillit. Håp. Mestring. Salutogenese. Empowerment. Brukermedvirkning.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
1. Innledning	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	6
1.2 <i>Presentasjon av problemstilling</i>	7
1.3 <i>Avgrensning og presisering av problemstilling</i>	7
1.4 <i>Oppgavens hensikt</i>	8
1.5 <i>Oppgavens oppbygning</i>	10
2. Metode	11
2.1 <i>Valg av litteratur</i>	11
2.2 <i>Søkehistorikk</i>	12
2.3 <i>Kildekritikk</i>	13
2.4 <i>Funn av forskningsartikler</i>	14
2.4.1 Aasen, R. O & Andershed, B. (2015). Å komme i balanse ved hjelp av grønn omsorgsbrukernes erfaring. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 2015 (04): 343-355	14
2.4.2 Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 86 (4): 471-495	16
2.4.3 Ness et al. (2013). "Å delta med det du kan": Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> , 10 (3): 219-228	16
2.4.4 Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 2013 (8)	18
3. Teoretisk referanseramme	20
3.1 <i>Joyce Travelbee og den mellommenneskelige prosess</i>	21
3.1.1 <i>Kommunikasjon og relasjonsbygging</i>	23
3.2 <i>Virginia Hendersons sykepleietenkning</i>	24
3.3 <i>Aaron Antonovskys tenkning om Sence of Coherence</i>	26
3.3.1 <i>Empowerment og brukermedvirkning</i>	28
3.4 <i>Recovery</i>	29

3.4.1	"Grønn omsorg"	32
3.5	<i>Hva er rus - og psykisk lidelse?</i>	33
3.6	<i>Helseutfordringer</i>	34
3.7	<i>Risiko- og beskyttelsesfaktorer i oppveksten</i>	35
4.	Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?	38
4.1	<i>Hvordan kan vi som sykepleiere etablere tillit hos den unge voksne ved det innledende møte?</i>	38
4.2	<i>Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håpet hos den unge voksne som opplever håpløshet?</i>	43
4.3	<i>Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at den unge voksne opplever økt mestringsfølelse?</i>	47
5.	Konklusjon	51
	Litteraturliste	52
	Vedlegg	56
	<i>Vedlegg 1 – Søkehistorikkskjema 1</i>	56
	<i>Vedlegg 2 – Søkehistorikkskjema 2</i>	60
	<i>Vedlegg 3 – Innkomst samtale</i>	61
	<i>Vedlegg 4 – Evalueringsskjema av Fønix- prosjektet</i>	63

1. Innledning

Interessen og engasjementet for tematikken *samtidig* rus- og psykisk lidelse (ROP- lidelse), ble forsterket gjennom psykisk helse/psykiatrisk praksis høsten 2015. Gjennom denne praksisperioden har vi tatt med oss ulike erfaringer i forhold til hva helhetlig sykepleie til denne brukergruppen er. Både fra institusjon med brukere med rusproblematikk under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og i Fønix- prosjektet, et lavterskeltilbud tilknyttet psykisk helse- og rustjeneste i Åsnes kommune. Her møtte vi en gruppe unge voksne, i alderen 18- 35 år, med et samtidig aktivt rusmisbruk og psykisk lidelse. Disse unge voksne er primært sosialhjelpsmottakere med problematikk knyttet til rus- og psykisk helse, og som ikke profiterer på ordinære arbeidsrettede tiltak i regi av NAV grunnet et aktivt rusmisbruk (Hedmark Revisjon IKS, 2014). Brukerne i Fønix-prosjektet er primært cannabismisbrukere. To i denne brukergruppen har i tillegg til misbruk av cannabis et tyngre rusmisbruk. Disse brukerne har en samtidig rus- og psykisk lidelse og trenger en mer omfattende oppfølging og tilrettelegging fra den ansvarlige sykepleier for prosjektet.

Fønix-prosjektet har som mål å omfavne seks til ti brukere. Fønix-prosjektet er et kommunalt lavterskeltilbud, og formålet med prosjektet er å bedre oppfølgingen og gi et større aktivitet- og arbeidstilbud. Prosjektet er basert på positive mestringserfaringer gjennom aktivitet og arbeid som gruppe. Den enkelte skal motiveres til en mer forpliktende og økt samfunnsdeltakelse, livsendring, anerkjennelse, styrking av ego; bekrefte ens opplevelse av verdi og styrke brukerens tro og håp om at en endring er mulig.

Sykepleieren vi fulgte i prosjektet hadde en klar og målrettet funksjon i arbeid med disse brukerne. Gjennom hennes arbeid belyste hun på en god måte viktigheten av arbeid med brukere med ROP-lidelse. Hun viste gjennom samhandling med brukerne et stort faglig spenn i forhold til oppfølging, kommunikasjon, relasjonsbygging og tilrettelegging av tilbudet de mottar daglig i prosjektet. Gjennom observasjoner ga sykepleieren oss inntrykk av å vise verdighet, respekt og å være støttende og holdningsfri overfor brukerne.

Gjennom hennes forståelse for brukergruppen og behov for oppfølging av rus- somatisk- og psykisk helse, fungerte hun som et bindeledd mellom tjenesteapparatet og brukerne ved å følge opp brukerne til fastlege, tannhelsetjeneste, NAV, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS).

I de påfølgende kapitlene vil vi legge frem vår bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Avgrensning og presisering av problemstillingen og oppgavens hensikt og oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Vi ønsker å belyse risiko- og beskyttelsesfaktorer i teoridelen av vår oppgave da det henger sammen med en persons sårbarhet for utvikling av rus-og psykisk lidelse (Tidligintervensjon, 2016b). Til tross for økt oppmerksomhet rundt ROP-lidelse foreligger det fortsatt store utfordringer om samarbeid i forhold til utredning, behandling og oppfølging. Mangel på god behandling på tvers av tjenesteytere, mangel på koordinerte og tilstrekkelige tjenester ut ifra brukerens omfattende helsebehov. Flere mottar behandling for den psykiske lidelsen, men får ikke sin rusmiddelavhengighet fulgt opp, og i større grad motsatt der brukeren med sitt rusmisbruk ikke blir behandlet for sin psykiske lidelse (Helsedirektoratet, 2015).

Gjennom våre erfaringer i psykisk helse/psykiatrisk praksis har vi gjort oss nye inntrykk om denne brukergruppen og sentrale problemområder som foreligger hos disse. Med disse erfaringene som utgangspunkt for vår litteraturstudie ledet det oss frem til vår problemstilling med fokus på sykepleierens funksjon og praktiske rolle innen rusarbeid i kommunen til unge voksne med ROP-lidelse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne litteraturstudien har vi valgt å avgrense brukergruppen til de som mottar kommunale helsetjenester gjennom et lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rustjeneste. Fønix-prosjektet er offentliggjort og tilgjengelig for allmennheten via *Psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes Kommune* publisert av Hedmark Revisjon IKS (2014). Vi er klar over taushetsløftet og anonymisering. For å beskytte den enkelte deltaker i prosjektet er våre praksiserfaringer basert på brukernes erfaringer og utsagn.

Grunnet oppgavens begrensninger, er vi oppmerksom på at vi ikke får dekket hele det faglige feltet gjennom denne litteraturstudien. Vi har dermed valgt å ikke gå inn på de psykiske lidelsene som blir nevnt i oppgaven. Hovedområdet i oppgaven vil omhandle kommunikasjon, relasjonsbygging og sykepleierens tilnærming gjennom recoverybasert tenkning til unge voksne med ROP-lidelse. Vi skal ta for oss Joyce Travelbees sykepleietenkning og supplere med Virginia Hendersons sykepleieteori. Travelbees tenkning vil sette rammer for hvordan vi kan opparbeide oss et mellommenneskelig forhold og hvilke faktorer som ligger som forutsetning for dette. Hendersons tenkning vil sette føringer for hvem vi skal arbeide med og hva vi skal arbeide med.

Vi har valgt å legge fokus på gruppen unge voksne i alderen 18-35 år med samtidig rus-og psykisk lidelse da denne gruppen befinner seg i en overgangsfase til voksenlivet. Denne perioden av livet kan for mange være en tid for selvutvikling, finne sin identitet, tilknytning og egne levevaner.

Med et etablert rusmisbruk og psykisk lidelse er dette en sårbar gruppe (Tidlig intervensjon, 2016b). Ofte kan det være snakk om såkalte «dropouts», dette uttrykket vil si individer som har droppet ut av skolen og dermed ikke har fullført utdanning. «Dropouts» vil ikke nødvendigvis tilsi at de misbruker rusmidler eller har en psykisk lidelse. De unge brukerne vi tar for oss har en samtidig rus- og psykisk lidelse, ROP-lidelse. Arenaen vi velger å møte disse på er ute i kommunene. Vi ønsker å møte de ut ifra recovery tenkningen, dette vil sette føringer for arbeidsmetoden vi som sykepleiere skal arbeide med, dette vil legge fokuset på den mellommenneskelige kontakten vi ønsker å opparbeide for å kunne yte best mulig grunnleggende sykepleie for denne brukergruppen.

Empowerment tenkningen og brukervedvirkning er sentralt i recovery tenkningen. Som følge av dette ønsker vi derfor å ta med Aaron Antonovskys, *Sence of Coherence*. Vi vil bruke lover der det vil falle naturlig i oppgaven, og det vil derfor ikke komme et eget kapittel om dette. For å kunne variere språket og ordlyden, vil vi bruke individet, mennesket, bruker, pasienten og unge voksne. Når vi skriver om helsepersonell generelt velger vi å anvende sykepleier, tjenesteyter og hjelper.

1.4 Oppgavens hensikt

I samtale med brukerne i Fønix- prosjektet fikk vi et innblikk i deres hverdag og hva som har preget deres oppvekst. Brukerne i prosjektet hadde erfaringer fra oppveksten som pekte mot risikofaktorer opp i mot å utvikle et rusmisbruk og psykisk lidelse. Foreldre med rusmisbruk og lav omsorgskompetanse, dårlig samspill, manglende stimulering, tilsyn og interesse for den unge var reelle temaer brukerne tok opp. Brukerne i prosjektet nevnte at det var frie tøyler for rusmisbruk i hjemmet, da foreldrene enten anvendte rus selv, og/eller hadde en tillatende oppdragerstil. En annen bruker fortalte at hans rusmisbruk også kom fra innflytelse fra venner. I tillegg til oppvekst mente brukerne at rusmisbruket var knyttet opp mot flere årsaker som dårlig skolemiljø og liten oppfølging av lekser og lite aktiviteter i nærmiljøet.

En bruker fortalte oss at *når det ikke er noe å gjøre, kan man like gjerne ruse seg*. I samtale med brukerne kunne de bekrefte ovenfor oss den stigmatiseringen de møter i samfunnet. De bekreftet at dette var en belastende følelse, og at det denne stigmatiseringen bidro til et lavere selvbilde, manglede tro på seg selv. Dette igjen førte til at de hadde manglende håp om et bedre liv, uten rus.

Hensikten med litteraturstudiet er å tilnærme oss mer kunnskaper og forståelse om brukergruppen med ROP-lidelse, deres behov for et tilpasset behandlingstilbud og hvordan vi kan tilrettelegge deres hverdag, fremme gode holdninger, bidra til håp og mestring og ivareta deres rettigheter og behov.

Vi ønsker gjennom oppgaven å vektlegge sykepleierens funksjon i arbeid med brukere med ROP-lidelse og hvordan sykepleier kan jobbe recovery basert for å skape en god relasjon til brukergruppen og gjennom recovery tenkningen bidra til å fremme håp, mestring og troen på seg selv. Vi har som mål og ønske om å øke vår bevissthet og kunnskap om tematikken og hvordan vi som fremtidig sykepleiere kan gjøre for å hjelpe og tilrettelegge for disse brukerne til en hverdag preget av mestring, trygghet og livsglede. Der de unge voksne er i førersetet av sitt eget liv.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i fem kapitler, hvor vi tar utgangspunkt i Dalland (2012) sin anbefaling om oppgavens disposisjon med innledning, metode, teoretisk referanseramme, drøfting og konklusjon. I innledningen har vi lagt frem bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensning og presisering av problemstillingen og oppgavens hensikt. I metode kapitlet vil vi presentere valg av litteratur, søkehistorikk, kildekritikk og funn av forskningsartikler.

Under teoretisk referanseramme legger vi fram aktuell teori; Joyce Travelbee, Virginia Henderson, Aron Antonovsky, kommunikasjon, relasjonsbygging, empowerment, brukermedvirkning, recovery, grønn omsorg, hva er rus- og psykisk lidelse, helseutfordringer og risiko-og beskyttelsesfaktorer i oppveksten. I drøftingen vil vi trekke aktuell teori, forskning og praksiserfaringer opp mot vår problemstilling. Det avsluttende kapitlet vil være en konklusjon og oppsummering av drøftingen.

2. Metode

I dette kapitlet vil vi vise til den metoden vi har anvendt for å kunne belyse problemstillingen vår. Vi skal ta for oss valg av litteratur, søkehistorikk og kildekritikk. Vi vil presentere funn av 4 forskningsartikler som vi anvender senere i drøftingsdelen.

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, s. 111, 2012). Metode vil være et verktøy for oss som legger føringer for hvordan vi skal gå frem for å samle data og hvordan vi skal tolke og være kritisk til kilden i forhold til teorien og forskningsartiklenes validitet.

2.1 Valg av litteratur

Gjennom våre erfaringer nevnt innledningsvis i oppgaven, med rus- og psykisk lidelse i psykisk helse/psykiatrisk praksis, fikk vi en økt interesse og engasjement for denne tematikken. Boken *Dobbelt Opp* av Evjen, Kielland & Øiern (2012) ble vi introdusert for i denne praksisperioden, som har inspirert oss til ta for oss denne problematikken. Vi har tatt i bruk *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee (2001), *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper* av Virginia Henderson (1997) og *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen* av Aaron Antonovsky (2012). Fra Helsedirektoratet har vi anvendt *ROP-retningslinjen* (2012) og veilederne *Sammen om mestring* (2014) og *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* (2010). Videre har vi benyttet oss av relevant pensumlitteratur og selvvalgt litteratur innen rus- og psykisk helse.

2.2 Søkehistorikk

Vi har anvendt databasene PubMed, Idunn, SveMed+, Pubpsych og PsychInfo med tilgang gjennom Høgskolen i Hedmark. De søkeordene vi har anvendt for å finne frem til aktuelle forskningsartikler er ”Young Adults”, ”Substance misuse”, ”Dual Diagnosis”, ”Mental Disorders”, ”Comorbidity” og ”Recovery” (se vedlegg 1). Vi har brukt disse ordene i de nevnte databasene hver for seg og gjennom kombinasjonssøk. Vi har avgrenset søket vårt til 2010 og til dags dato for å finne forskning med høy relevans.

Med ”Dual Diagnosis” som søkeord fant vi gjennom databasen Idunn artikkelen *“Å delta med det du kan: betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser”*. Dette er en evalueringstudie gjort av norske forskere av lavterskeltilbudet Steg for Steg (SFS). Vi har valgt å anvende denne artikkelen da den har høy relevans for vår oppgave da vi baserer vår oppgave på unge voksne som mottar behandling gjennom et kommunalt lavterskeltilbud. Denne artikkelen tar for seg ansatte og brukeres erfaringer med deltakelse i tilbudet, noe som vil være aktuelt for vår drøfting.

I forbindelse med psykiatrisk praksis ble vi anbefalt forskningsartikkelen *“Å komme i balanse ved hjelp av grønn omsorg- brukernes erfaring”* av Randi Olufsen Aasen, den ene forfatteren av forskningsartikkelen. Denne lokaliserte vi gjennom Bibsys med søkeordene ”Grønn omsorg” og ”Brukermedvirkning”. Denne studien utforsker de erfaringene brukere med psykiske- og/eller ruslidelse har fått gjennom deltakelse i grønn omsorg.

For å finne frem til flere aktuelle forskningsartikler gjorde vi et nytt søk i PubMed med søkeordene ”Helpful relationships”, ”Alliance”, ”Mental illness”, ”User’s perspective”, ”Dual diagnosis”, ”Vulnerability” og ”Substance abuse” (se vedlegg 2).

Ved å kombinere søkeordene “Dual diagnosis”, “Vulnerability” og “Substance abuse” fikk vi opp artikkelen “*Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness*”, skrevet av Henning Pettersen, Torleif Ruud, Edle Ravndal og Anne Landheim. Hensikten med studien var å undersøke deltakernes erfaringer og hvilke årsaker de hadde for sitt rusmisbruk.

Ved å kombinere søkeordene “Helpful relationships”, “Alliance”, “Mental illness” og “User’s perspective” fant vi fram til artikkelen “*The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness*” skrevet av Amanda Ljungberg, Anne Denhov og Alain Topor. Gjennom denne metaanalysen ønsket de å belyse hva personer med alvorlig psykisk lidelse mente var hjelpsomt i forholdet og relasjonen til helsepersonell.

2.3 Kildekritikk

Det er nødvendig at vi innehar kompetanse til å sette spørsmåltegn ved kilder vi kommer over. Er kilden opplysende for problemstillingen, er den oppriktig, er den troverdig, er den tolket på forhånd? Sannsynligheten for å finne en kilde som dekker hele problemstillingen og er fra primærkilde er liten, derfor må vi anvende flere kilder, herunder både primær- og sekundærkilder. Primærkilde er den opprinnelige kilden, teksten som den opprinnelige forfatteren har skrevet, mens en sekundærkilde er tolket av en annen forfatter ut ifra teksten til primærforfatteren (Dalland, 2012). Dalland og Tyggstad (2012) skriver om IMRaD-struktur. IMRaD er forkortelsen av Introduction, Methods, Results and Discussion. Dette er en mal for hvordan en artikkel skal bygges opp og vil gjøre det lettere for oss å orientere seg i artikkelen (Dalland og Tyggstad, 2012). Vi ønsker å finne artikler som er oversiktlige, derfor setter vi som krav at artiklene er bygget opp etter IMRaD-strukturen. Gjennom studiet har vi fått innføring i kildekritikk og vi vil derfor lettere kunne skille mellom hvilken litteratur som er av høyere relevans for problemstillingen.

Selvvalgt litteratur vil være mindre kjent og det er derfor nødvendig å analysere og avgjøre i hvilken grad kunnskapen er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Den selvvalgte litteraturen markeres med * i litteraturlisten. I søkingen etter relevant litteratur, ser vi etter om den er pålitelig og troverdig. Vi bruker de følgende kriteriene:

- Når er litteraturen publisert?
- Hvor anerkjent er forfatteren?
- Hvor relevant er litteraturen for det aktuelle feltet?
- Støttes litteraturen av nyere forskning?

Vi bruker de foregående kriteriene for å avgjøre hvorvidt litteraturen er aktuell for å besvare vår problemstilling.

2.4 Funn av forskningsartikler

Her vil vi presentere funnene av de fire valgte forskningsartiklene.

2.4.1 Aasen, R. O & Andershed, B. (2015). Å komme i balanse ved hjelp av grønn omsorg- brukernes erfaring. *Nordisk sygeplejeforskning, 2015 (04): 343-355*

Dette er en fagfelleurdert kvalitativ delstudie skrevet av Randi Olufsen Aasen, psykiatrisk sykepleier og Birgitta Andershed, professor ved Høgskolen i Gjøvik fra forskningsprosjektet "Recovery-orienterte grønne omsorgstjenester" ved Høgskolen I Hedmark. Hensikten med studien var å utforske de erfaringene brukere med psykiske og/eller ruslidelse har fått gjennom deltakelse i grønn omsorg. Datainnsamlingen ble organisert gjennom et semistrukturert intervju av menn og kvinner i alderen 18-64 år.

Resultatene fra studien var basert på brukernes erfaringer med grønn omsorg, og hvilket helsefremmende utbytte de fikk gjennom tilbudet.

- Å komme i balanse
- Å være i naturen sammen med dyr
- Betydning av nærhet til dyr
- Viktighet av fysisk arbeid
- Styrke og utholdenhet
- Tilrettelagte arbeidsoppgaver
- Føle seg verdifull

Brukerne mente at opplevelsen av å ha noe meningsfullt å være med på, i en sosial sammenheng bidro til å synliggjøre håp og fremtidsoptimisme. Ved å ha noe å gå til sier brukerne i intervjuet at det var med på å redusere symptomer på angst, depresjon, ensomhet og hyppigheten av rusmisbruk da dager med passivitet ble erstattet med innhold og mening. Gjennom å delta i aktiviteter på gård, bruke dyr og natur sier de at de kunne oppleve glede, motivasjon og hvile. Brukerne anså den fysiske anstrengelsen ved aktiviteter som meningsfylt da dette bryter med den tidligere hverdagen de har hatt og at man får brukt kroppen på en annerledes måte enn hva de tidligere er vant til.

De påpekte at den fysiske aktiviteten hadde en positiv effekt på humøret og at det var bedre å bli sliten fysisk enn psykisk. Gjennom tilrettelagte arbeidsoppgaver fikk brukerne komme i bedre kontakt med sine egne interesser og utvikle nye kunnskaper og ferdigheter. De sier at de fikk føle på mestring, økt selvtillit, inkludering og at de kan føle seg samfunnsnyttig da de blir gitt muligheten til å delta i aktivitetene og mestre de utfordringene de står ovenfor. Basert på brukernes besvarelser på grønn omsorg og deres utbytte kan det antas at grønn omsorg har en styrkende effekt på helsen og kan bidra til livsglede (Aasen & Andershed, 2015).

2.4.2 Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86 (4): 471-495

Amanda Ljungberg, Anne Denhov og Alain Topor gjennomførte en metaanalyse av 21 kvalitative forskningsstudier. De ønsket å belyse hva personer med alvorlig psykisk lidelse mente var hjelpsomt i forholdet og relasjonen til helsepersonell.

Funnene fra metaanalysen viste at relasjonen mellom personen med alvorlig psykisk lidelse og helsepersonell, er viktig for å danne et godt grunnlag for samarbeidet. Det kommer frem at tid sammen med helsepersonell, tillit, samarbeid, støtte, fleksibilitet og det mellommenneskelige forholdet er nyttig for å etablere et profesjonelt forhold og relasjon til hverandre. Da kan helsepersonell, med disse forutsetningene være en god hjelper. Videre kommer det frem at helsepersonell må vise stor grad av fleksibilitet og legge til side egne tanker om hva personer med alvorlig psykisk lidelse trenger og ønsker i behandlingen. Hjelperen skal dermed være profesjonell innenfor sitt område, men samtidig kunne legge til rette for et gjensidig menneske til menneskeforhold. Her må hjelperen være åpen for at personen selv har tanker om hva som kan hjelpe og at personen vet best hva som hjelper (Ljungberg, Denhov & Topor, 2015).

2.4.3 Ness et al. (2013). "Å delta med det du kan": Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (3): 219-228

Dette er en fagfelleverdert evalueringsstudie gjort av Ottar Ness, Marit Borg, Bengt Karlsson, Lars Almåsbygg, Petter Solberg og Ingvild Hestad Torkelsen. Studien er en evaluering av Steg for Steg (SFS), et lavterskel aktivitetstilbud for brukere med rusproblemer; alkohol, narkotika og blandingsmisbruk i regi av Blåkors Øst.

Forskerne hadde en samarbeids-og deltakerbasert tilnærming til evalueringen og samarbeidet på alle nivåer med de ansatte i SFS. Den kvalitative datainnsamlingsmetoden som ble brukt er basert på flerstegs fokusgruppeintervjuer for å få tak på den kunnskapen og erfaringene de ansatte hadde med deltakelse i deltakerstyrte aktiviteter i SFS. Utvalget besto av 15 ansatte ved SFS som ble intervjuet om deres erfaringer, forventninger, opplevelser, synspunkter og holdninger opp mot å delta i SFS. Intervjuene gjennomgikk deretter en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn.

- Personlig og sosialt utviklende aktiviteter
- Kontinuitet og stabilitet i livet
- Meningsfull rusfri arena
- Å bli møtt med respekt og verdighet

Dette var funnene fra studien basert på ansattes erfaringer. For å fremme positive opplevelser må tilbudet være tilpasset og individrettet og ta utgangspunkt i hva den enkelte ønsker. Aktivitetene skal fremme utfordringer, utvikling, mestring og læring hos den enkelte. Brukere i SFS mente at aktiviteter ga positive opplevelser og godt humør selv om man ikke mestret aktiviteten til å begynne med. Ved å delta i aktiviteter i et fellesskap med andre brukere og ansatte mente brukere at det hjalp til å distansere seg fra rusmisbruket. For brukerne var fellesskapet, samvær og samhandling sentralt i hele bedringsprosessen. Meningsfulle og positive aktiviteter der brukerne kan delta med det de kan, mente de bidro til glede og livskvalitet. Brukerne mente at kontinuitet, stabilitet og regelmessighet var noe de opplevde i SFS og helt avgjørende for forløpet videre. Flere brukere hadde tidligere erfaringer med å være i behandling uten progresjon som senere ble avbrutt. Med et stabilt miljø, faste avtaler og trygge rammer bidro det til en opplevelse av forutsigbarhet i hverdagen.

Det som gjorde SFS til en meningsfull rusfri arena for brukerne var at dette tilbudet fokuserte på selvutvikling og hadde et meningsfullt tilbud av aktiviteter for brukerne. Det var dette som skilte SFS fra tidligere rusfrie arenaer brukerne hadde deltatt i.

For brukerne hadde SFS et godt og inkluderende miljø der de kunne føle seg respektert og anerkjent og de mente at det å bli møtt med verdighet hjalp dem videre i bedringsprosessen. Aktivitetene ga brukerne alle muligheter til å bidra med det de har og bli akseptert uavhengig av hver enkeltes utgangspunkt. Studien konkluderer med at arbeid og aktiviteter som gir mening og tilhørighet skaper mestring som er essensielt for bedringsprosessen. Brukerne får verktøy hvor de lærer seg selv å kjenne, skape interesser, balansere og skape struktur i hverdagen og delta i et fellesskap der de får være aktive samfunnsborgere (Ness et al., 2015).

2.4.4 Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. & Landheim, A. (2013).

Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013 (8)

Dette er en kvalitativ forskningsstudie gjort av Henning Pettersen, Torleif Ruud, Edle Ravndal og Anne Landheim. Hensikten med studien var å undersøke deltakernes erfaringer og hvilke årsaker de hadde for sitt rusmisbruk. Datainnsamlingen ble organisert gjennom semistrukturerte intervjuer av 11 deltakere, kvinner og menn i alderen 27-36 år med samtidig rus-og psykisk lidelse. Deltakerne i studien hadde diagnosene schizofreni, bipolar lidelse eller uspesifisert psykose, alle med en bakgrunnshistorie med rusmidler, her hovedsakelig amfetamin og cannabis. Deltakerne ble rekruttert av fem ACT-team i Norge. Funnene fra analysen er tredelt. Først og fremst støtter funnene selvmedisineringshypotesen, der rusmisbruk er forårsaket av symptomene på den psykiske lidelsen. Videre viser funnene at det foreligger felles årsaksfaktorer for utviklingen av psykisk lidelse og rusmisbruk og den tredje, at rusmisbruket og den psykiske lidelsen påvirker hverandre gjensidig.

Flere deltakere som brukte rusmidler regelmessig forklarte at de ruste seg for å redusere angst og depresjon. Gjennom rusen kunne de ta en pause fra livet og trekke fokuset vekk fra vanskelige situasjoner. Noen deltakere mente at bruken av cannabis ga en større effekt på demping av stemmehøring enn ved bruk av antipsykotika.

En deltaker fortalte at cannabis var det eneste som hjalp han med å roe ned stemmene. Funnene viser at lysten etter rus var relatert til svingninger i den psykiske lidelsen. Behovet etter rus viste seg å være mindre da symptomene på den psykiske lidelsen ikke var dominant. Noen deltakere uttrykket at den psykiske lidelsen utviklet seg mer eller mindre uavhengig av rusmisbruket. Rusmisbruket ble sett på som en strategi for å gjøre livet lettere å leve (Pettersen, Ruud, Ravndal & Landheim, 2013).

3. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil vi presentere teorien vi har anvendt. Den teoretiske referanserammen vil være et grunnlag for å kunne drøfte og belyse problemstillingen.

I Travelbees tenkning har kommunikasjon og mellommenneskelig relasjoner en sentral plass, vi vil derfor utdype dette temaet. Kommunikasjon og relasjonsbygging kommer som følge etter Travelbees (2001) sykepleietenkning og vi mener dette er viktig for oppgaven da dette vil sette rammer for hvordan sykepleier vil tilnærme seg brukeren. Vi vil legge vekt på Travelbees sykepleietenkning og har valgt å anvende Hendersons teoritenkning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012) som et supplement. Vi vil også ta for oss Antonovskys teoritenking om *Sense of Coherence*, da det tar for seg det salutogene. Hva som fremmer helse hos et menneskelig individ, fremfor det patogene syn som fokuserer på selve sykdommen/lidelsen og hvordan den skal helbredes (Lerdal & Fagermoen, 2011). Antonovskys teoritenkning vil derfor være svært aktuell for vår tenkning i oppgaven.

Vi vil introdusere empowerment, brukermedvirkning og recovery tenkningen som vil komme som følge av de overnevnte temaene. Vi vil også ta for oss Grønn omsorg (GO). Deretter vil vi definere begrepet ROP-lidelse, hva som ligger i denne diagnosen og hvilke helseutfordringer som brukere med denne lidelsen står ovenfor. Vi vil avslutte vår teoridel med å belyse hvordan oppvekst, risiko- og beskyttelsesfaktorer kan påvirke brukere i retningen til å utvikle et aktivt rusmisbruk og psykisk lidelse, og hvordan disse faktorene kan ha en innvirkning i forhold til hvordan et menneske utvikler seg gjennom oppveksten.

3.1 Joyce Travelbee og den mellommenneskelige prosess

Vi har valgt Joyce Travelbees (2001) teoritenkning fordi den tar for seg menneske- til- menneske forholdet, kommunikasjon og håp. I møte med andre mennesker anser vi kommunikasjon som et viktig redskap, og vi mener god kommunikasjon spiller en vesentlig rolle for dialogen, relasjonen og videre samarbeid.

Travelbee definerer håp som «... en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (2001, s. 117). Her forteller Travelbee (2001) oss at håp er en mental tilstand, der personen ønsker å oppnå et mål vil gi et gunstig utfall. Håpet vil gi personen energi til å takle vanskelige situasjoner, vonde følelser og ensomhet. En person som mangler håp vil ikke være i stand til å takle de vanskelige situasjonene, de vonde følelsene eller ensomheten fordi han ikke kan se for seg forandringer eller forbedringer i eget liv. Travelbee sier at håpet er knyttet opp til personens forventninger om at det er en hjelperrolle tilstede i vanskelige perioder. Både tilstedeværelse og mangel på håp vil være avgjørende fra tidligere egenerfaringer.

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, s. 29, 2001). Travelbee (2001) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi alt en sykepleier arbeider med omhandler andre mennesker, enten det er direkte eller indirekte. En sykepleier arbeider med syke mennesker, men også friske mennesker, deres familie, beøkende, kollegaer og andre grupper i helsefaget.

Travelbee (2001) skriver at et hvert menneske er et unikt individ, det er uerstattelig, enestående og forskjellig fra alle mennesker som har eksistert og vil eksistere. Det er sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold, der sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike mennesker, og ikke befinner seg i et sykepleie-pasient-forhold. For å oppnå dette forholdet har Travelbee satt opp fem trinn:

1. Det innledende møte. Her møter pasienten og sykepleieren hverandre med forutinntatte meninger om hverandre, gjerne stereotypiske. Her dannes førsteinntrykket ovenfor hverandre, det er sykepleierens oppgave å bryte ned den forutinntatte tanken om pasienten og oppfatte mennesket (Travelbee, 2001).

2. Fremvekst av identiteter. I denne fasen så begynner man å betrakte hverandre som individer og knytter hverandre mindre opp mot kategorier. Sykepleieren blir mer et individ for pasienten og ikke en av mange sykepleiere. Samtidig som at pasienten blir mer en person, med følelser, tanker og meninger. Det etableres en tilknytning mellom sykepleier og pasient. Det blir her sykepleieres oppgave å bli bevisst på hvordan hun oppfatter og erkjenner det unike og individuelle i pasienten (Travelbee, 2001).

3. Empatifasen. Travelbee mener her at empati er en intellektuell evne til å kunne sette seg inn i pasienten og få et innblikk i den andres indre verden. Men at dette ikke må mistolkes som gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

4. Sympati og medfølelse. I denne sammenheng betyr dette evnen til å ønske å hjelpe men samtidig ikke bli paralyisert av følelsene. Det krever en handling fra sykepleieren, men ikke bare handling i seg selv, sykepleieren må vite hva hun/han skal utføre og hvorfor det skal utføres (Travelbee, 2001).

5. Gjensidig forståelse og kontakt. Dette oppleves når sykepleier og pasienten har gjennomgått de fire forutgående trinnene. Travelbee skriver at dette ikke kommer av seg selv, men er noe som opparbeides mellom sykepleier og pasient dag for dag i deres møter og interaksjoner, og til slutt etablerer et genuint forhold til hverandre. Det er ikke her snakk om kjærlighet eller vennskap, det handler mer om vilje og evne enn om følelser (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) bruker ikke «sykepleier-pasient-forhold», fordi hun mente at en «sykepleier og en pasient ikke kan nå helt frem til hverandre». Men at det i et menneske-til-menneske-forhold vil være nødvendig for at sykepleieren skal kunne oppnå sine mål, og kunne hjelpe individet med å forbygge eller mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Vi mener dette er grunnleggende i møte med brukere, som tidligere har møtt helsepersonell som ikke har tatt disse på alvor. Derfor har vi valgt å fokusere på Travelbees teoritenkning.

Her har vi omtalt Travelbee og den mellommenneskelige prosess, videre går vi over til å omtale kommunikasjon og relasjonsbygging.

3.1.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Kommunikasjon stammer fra det latinske ordet, *communis*, som betyr *å ha felles* (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll at kommunikasjon kan oppfattes som en kontinuerlig, dynamisk, varierende prosess og samspill, der begge parter påvirkes av hverandre. Det er en verbal og non-verbal prosess der det er informasjonsflyt mellom partene. Formålet med et godt samspill i dialogen er å skape en gjensidig forståelse og fellesskap. Faktorer som selvaktelse og forventninger vil påvirke hvilken vei kommunikasjonen tar. Tillit er også en faktor som er avgjørende for hvilken retning menneske-til-menneske-forholdet får, og hvilke konsekvenser det vil ha for det mellommenneskelige forholdet videre.

Hummelvoll (s. 91, 2012) skriver at tillit er «... at andre vil en vel, er avgjørende for vekst og modning». Mistillit kan være forårsaket av brudd i relasjoner, tidligere erfaringer, traumatiske hendelser som fysisk og/eller psykisk vold (Eide & Eide, 2007). For at et tillitsforhold mellom hjelper og bruker skal opparbeides sier Eide og Eide at dette forutsettes av hjelperens evne til å gi god omsorg, at hjelperen er tilstedeværende for brukeren og aktivt følger opp brukerens behandling.

Det essensielle i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, vise aktiv lytting og være åpen og direkte i dialogen (Eide & Eide, 2007). En anerkjennende relasjon er nødvendig for å sikre en god utvikling, individualitet, tilknytning og bekreftelse. Anerkjennelse fremmer brukerens autonomi ved å bli sett, hørt og bekreftet (Karlsson & Borg, 2013). Gjennom en relasjon til brukeren der sykepleieren er psykisk- og fysisk tilstede, viser tilgjengelighet, evne og vilje til aktiv lytting, kan det bidra til å avverge følelse av håpløshet og styrke håpet hos brukeren (Travelbee, 2001).

For å skape et menneske-til-menneske forhold sier Travelbee (2001) at kommunikasjonen er et av sykepleierens viktigste verktøy. Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon blir sykepleieren kjent med brukeren og brukerens behov. For at sykepleieren skal kunne legge til rette for brukerens individuelle behov, må sykepleieren forstå hvordan brukeren kommuniserer, og deretter anvende informasjonen hensiktsmessig for brukeren.

3.2 Virginia Hendersons sykepleietenkning

Vi har valgt å ta med Virginia Hendersons sykepleietenkning, fordi vi anser hennes tenkning som sentral og vesentlig i forhold til helhetlig sykepleie og grunnleggende behov. Vi har forståelse for at de 14 grunnleggende behovene utgjør den helhetlige sykepleie.

«Hendersons sykepleiedefinisjon viser til gjøremål som er nødvendige for god helse, helbredelse eller en fredfull død» (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 224). Dette er nedfelt i Hendersons 14 grunnleggende behov. Henderson skriver om fredfull død, vi velger å ikke skrive om dette da det ikke er hensiktsmessig for oppgaven. Henderson (s.13, 1997) beskriver fundamentale behov som «... mat, hus, klær, kjærlighet, annerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenheng». Disse ligger til grunn for de 14 grunnleggende behovene.

Henderson mener at et friskt menneske vil opprettholde disse behovene gjennom aktive, selvstendige og personlig måter som påvirkes av kulturelle og sosiale faktorer. De åtte første punktene omfatter fysiologiske behovene mennesket har, mens de seks siste punktene omfatter de psykososiale behovene mennesket har (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Disse presenterer vi her (Henderson, s. 18-19, 1997):

- «1. Puste normalt.
2. Spise og drikke tilstrekkelig.
3. Få fjernet kroppens avfallsstoffer.
4. Opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling.
5. Sove og hvile.
6. Velge passende klær og sko, og å kle av og på seg.
7. Opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur.
8. Holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
9. Unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre.
10. Få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine egne behov og følelser.
11. Praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
12. Arbeide med noe som gir følelsen av å ha utrettet noe. (Produktiv sysselsetting).
13. Finne underholdning og fritidssysler.

14. Lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.» (Henderson, s. 18-19, 1997).

Virginia Henderson definerer sykepleie som:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, s. 224, 2012).

Hendersons sykepleiedefinisjon forteller oss at det er sykepleierens ansvar å bistå pasienten der han mangler krefter, vilje eller kunnskaper for å kunne utføre de gjøremålene som fremmer helse. Hun vektlegger også at den enkelte pasienten skal ha individuell og tilpasset pleie og omsorg (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012). Dette mener vi er viktig og derfor velger vi å supplere med Hendersons sykepleietenkning til Travelbees tenkning.

3.3 Aaron Antonovskys tenkning om *Sence of Coherence*

Salutogenese stammer fra det latinske ordet *salus* som betyr helse, og det greske ordet *genesis* som betyr fødsel eller utspring (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

Salutogenese kan videre tolkes til helsefremmende på norsk. Det salutogene synet tar for seg de faktorer som virker helsefremmende på en linje mellom helse og uhelse. Antonovsky kaller dette for et kontinuum mellom helse og uhelse, eller litt enklere forklart grader av helse. Sosiologen Aaron Antonovsky kom frem til at når en situasjon oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull, så vil dette kunne føre til at man utvikler helse (Antonovsky, 2012).

Med begrepet *Sense of Coherence* (SOC) menes at en situasjon/hendelse skal oppleves som begripelig, håndterbar og meningsfull for individet og ettersom individet skårer høyt eller lavt innenfor disse faktorene vil dette kunne bidra til at man utvikler helse eller uhelse (Antonovsky, 2012).

Med begripelighet, menes det i hvilken grad et individ opplever det han utsettes for som begripelig. Om det oppfattes som strukturert, forutsigbart og forklarlig. At han forstår hva som skjer, hvorfor det skjer og om det vil kunne gjenta seg. Et individ med lav begripelighet vil oppfatte det som kaos, tilfeldigheter og uforklarlige hendelser. Et individ med høy begripelighet vil kunne sette uforutsette hendelser inn i en sammenheng og kunne klare, til en viss grad, å forklare hvorfor det skjer. Men også forutsatte hendelser vil individet kunne sette i sammenheng og forklare, som for eksempel døden, den er uunngåelig og alle må før eller siden møte døden. Dette er den kognitive delen av SOC (Antonovsky, 2012).

Med håndterbarhet menes i hvilken grad individet er i stand til å kunne samle de ressurser man har og hvordan disse skal mobiliseres. Det er ikke bare de ressurser individet selv har kontroll over, men også de ressurser andre individer som han føler tilknytning til og stoler på innehar. Har individet en høy håndterbarhet så vil individet kunne møte motbakker i livet, løse de nye utfordringene og fortsette i livet sitt. Håndterbarhet er den utførende delen av SOC (Antonovsky, 2012).

Med meningsfullhet menes det i hvilken grad at individet klarer å se på den nye utfordringen i betydning av mening. Ser individet på den nye utfordringen som en ny mulighet til å kunne overvinne problemet og kunne reise seg høyere eller blir den ansett som enda en motstand i livet? Et individ med sterk meningsfullhet vil kunne møte de nye utfordringene i livet og tenke at denne nye utfordringen som kan stimulere til ny lærdom som kan anvendes senere i livet. Men det betyr ikke at individet vil møte døden som en utfordring som skal overvinnes i den grad, men mer som et naturlig utfall av livet.

Meningsfullhet er den viktigste delen av SOC, motivasjonsdelen, da den står for hvor vidt individet er interessert i å investere ressurser, handlinger og energi i utfordringer i livet. Disse tre faktorene påvirker hverandre gjensidig og er nødvendig for å kunne utvikle helse (Antonovsky, 2012).

Antonovsky identifiserte generelle mestringsressurser med: «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Siteret av Langeland, 2011). Mestringsressurser er en rekke ressurser som kan styrke individets helse. Fordi individet er i konstant forandring sammen med omgivelsene, så vil det være nærmest umulig å kunne ramse opp alle disse ressursene. Men gode mestringsressurser kan være god økonomi, sosial støtte, god egostyrke, kunnskaper, et livssyn eller politisk ståsted. Disse egenskapene kan hjelpe en i møte med sykdom og styrke tilstedeværelsen av helse (Langeland, 2011). Samspillet mellom SOC og mestringsressurser vil kontinuerlig være i endring gjennom livet. Når en opplever mestring så vil dette gi nye erfaringer som styrker individets opplevelse av mening og vil da kunne oppleve en bedring av egen helse (Langeland, 2011).

Empowerment og brukermedvirkning støtter opp under mestringsressurser, da empowerment handler om å styrke oppunder en persons resurser. Brukermedvirkning handler om å ta tilbake kontroll over egen behandling. Dette vil vi beskrive i følgende kapittel.

3.3.1 Empowerment og brukermedvirkning

Empowerment defineres i *Sammen om mestring – en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*, som «... en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse» (Helsedirektoratet, s. 30, 2014).

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) sier at empowerment innebærer at brukeren blir i stand til å ta styring over sitt eget liv, og motiveres til endring. Håpet er sentralt i empowerment, og for å styrke brukerens opplevelse av håpet om at en endring er mulig, vil det kreve en veletablert relasjon mellom tjenesteyter og bruker. Her vil det være viktig at tjenesteyter er bekreftende ovenfor brukers ønsker og målsettinger, så vel som egenviljen brukeren viser, hans handlingsevne og at brukerens autonomi bevares.

Brukermedvirkning står sentralt som en kjerneverdi innen psykisk helsearbeid, og innebærer at brukerens ytringer er av betydning og skal vektlegges i behandling og utforming av tilbudet. Som en lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernlov, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, vil brukere bedre sikres medvirkning vedrørende avgjørelser som omfatter deres behandlingsløp (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010a).

For å sikre at brukerens ressurser blir ivaretatt og samtidig styrke brukerens mestringsfølelse, vil man gjennom brukermedvirkning bedre kunne legge til rette for at brukeren får kontroll over sin egen hverdag og fremtid. Målet med brukermedvirkning er også å stimulere til økt samfunnsdeltakelse (Helsedirektoratet, 2014).

3.4 Recovery

Det sentrale innen recovery, eller bedringsprosesser, er å jobbe ut i fra en holdning der muligheter og troen på at individet kan leve et meningsfullt liv, til tross for psykiske lidelser og/eller somatisk sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010c).

Innen recovery tenkningen er brukerens egne ressurser sentrale, og brukerens ressurser må vektlegges og jobbes ut ifra gjennom hele behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2012).

Hummelvoll (2012) mener omsorg er en kjerneverdi innen recovery, og betydningsfullt for alt hjelpearbeid i prosessen. God omsorg omhandler våre holdninger og handlingsevne.

Hummelvoll mener at den gode omsorg i bedringsprosessen er avhengig av en støttende relasjon mellom tjenesteyteren, brukeren og støtteapparatet, herunder pårørende, familie og venner. Her er det viktig at behandlingen er effektiv, tilpasset og individrettet, og at tjenestene er sammenhengende, og at det blir lagt vekt på et godt samarbeid og god informasjon.

Sentralt innen recovery (Karlsson & Borg, 2013):

- Brukerens helse og velvære
- Gjenoppbyggelse av personlig og sosial identitet
- Håp for fremtiden – fremtidsoptimisme
- Livskvalitet
- Hverdagsmestring
- Opplevelse av mening

Lundgren (2015) mener at recovery er å finne fram til en ny mening og nye mål for livet, og legge til rette for muligheter for selvutvikling. Recovery handler om å ta styring i eget liv, være medvirkende, og leve sitt liv på en så god måte som mulig for seg selv. Videre mener Lundgren at recovery er en personlig prosess hvor menneskets egne holdninger, verdier, følelser og mål er i endring. Til tross for begrensninger et rusmisbruk og/eller en psykisk lidelse medfører, vil man gjennom recovery prosessen legge fokuset på skape en hverdag der håp, medvirkning, trivsel og mestring er sentralt.

Begrepet recovery omfatter både personlig, sosial og total recovery (Borg & Topor, 2003). Borg og Topor mener at bedringsprosessen først og fremst er en menneskelig og personlig prosess, og at denne recovery prosessen er et grunnlag for optimisme. Videre mener Borg & Topor at mennesker med alvorlig psykiske lidelser vil komme seg, og få det adskillig bedre i forhold til deres livssituasjon, mestring i hverdagen og håp om et godt liv, selv om symptomer på psykisk sykdom fortsatt er tilstede hos brukeren.

Sosial recovery innebærer at brukeren mestrer sin livssituasjon, fungerer sosialt, er deltagende i samfunnet og at plager ved den psykiske lidelsen ikke er et hinder for å oppleve livsglede i hverdagen. Med total recovery menes fullstendig fravær av symptomer som den psykiske lidelsen medfører.

For å kunne oppnå en god progresjon gjennom bedringsprosessen mener Karlsson & Borg (2013) at det innebærer at brukeren ønsker en endring, har klare mål, er villig og har en optimistisk holdning for egeninnsatsen en endring vil kreve av ham. Gjennom prosessen og brukerens egeninnsats vil forholdene legges bedre til rette for utvikling av håpet på en selv, og troen på en hverdag preget av mening og mestring. Brukeren vil ofte trenge et godt støtteapparat for å få tilbake selvstyringen av eget liv. Helsepersonell, tjenesteytere, pårørende og venner som er støttende i bedringsprosessen, kan bidra til klarhet i problemer som igjen vil bidra til at brukeren gjenvinner en økt kontroll og mening over sitt liv (Karlsson & Borg, 2013). Gjennom en etablert og god relasjon mellom bruker og tjenesteyter, vil man jobbe ut ifra et helhetlig perspektiv for å tilrettelegge for best mulig tilfriskning og bedring av livskvalitet hos brukeren (Helsedirektoratet, 2012). En god bedringsprosess avhenger av kontinuitet i behandlingsforløpet, og som oftest langvarig oppfølging fra en engasjert og motiverende tjenesteyter.

Med eventuelle brudd i relasjonen mellom tjenesteyter og bruker eller brudd i behandlingen, kan det føre til at brukeren føler håpløshet og pessimisme ovenfor behandlingsforløpet da progresjonen og hjelperrollen blir utydelig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Å jobbe recoveryorientert med brukere med rus-og psykiske lidelser, vil evnen til aktiv lytting og tro på at brukerens selv vet best hvor skoen trykker være viktig. Hva brukeren selv sier og mener om sin egen situasjon, og hvilket behov for behandling brukeren har vil stå sentralt (Karlsson & Borg, 2013). Tjenesteyteren må ha evne til å observere at brukeren har et ønske om endring og er villig til å strekke seg mot en hverdag der brukeren vil ha et bedre liv, og anse brukeren som en som har evne og mulighet til å være sentral, deltagende og ta avgjørelser vedrørende sitt eget liv.

Gjennom å jobbe recoveryorientert må tjenesteyteren evne å se brukerens situasjon og hans innsats gjennom prosessen, og kunne sette seg inn i brukerens situasjon og omgivelser, være støttende og gi rom og vekst for håp (Borg & Topor, 2003).

3.4.1 "Grønn omsorg"

Matmerk (2016) beskriver grønn omsorg som et tilbud med fokus på tilrettelagte tjenester på gårdsbruk, og skal sikre brukere aktiviteter og arbeid med vekt på utvikling, mestring, meningsfullhet og trivsel. Grønn omsorg er et tjenestetilbud hvor natur og dyr anvendes i rehabilitering til mennesker med ulike sykdommer, lidelser og funksjonshemminger i deres liv, som psykiske lidelser, mennesker med rusmisbruk, aldersdemens og mennesker med fysiske og psykiske funksjonshemminger (Lundgren, 2015). Ved å komme i kontakt med naturen gjennom praktiske gjøremål som stell av dyr, fysisk aktivitet, skogbruk, kjøkkenarbeid og dyrkning av mat i et fellesskap kan det styrke brukerens opplevelse og skape gode og positive mestringserfaringer. Gjennom disse erfaringene skal brukeren motiveres til positive endringer (Kogstad et al., 2012). Gjennom kontakt og samspill med dyrene kan det bidra til en styrking av sansene.

Opplevelse av mening og å være av betydning for andre vil kunne styrkes i relasjonen mellom mennesket, og dyret da mennesket er i en posisjon hvor han både mottar og gir nærhet og omsorg for dyret (Lundgren, 2015). Kogstad et al. (2012) sier at den sosiale tilknytningen gjennom arbeidet på gården, vil kunne bidra til at brukeren blir tryggere på seg selv, og styrke brukerens relasjoner til mennesker, dyrene og fellesskapet rundt. Å bruke kroppen gjennom tilrettelagt fysisk aktivitet kan bidra til å bedre søvnkvaliteten og døgnrytmen, redusere symptomer på depresjon, og få komme bedre i kontakt med sine følelser og hvordan man skal mestre disse følelsene og tankemønstrene sine.

3.5 Hva er rus - og psykisk lidelse?

I dette kapitlet gir vi en kort redegjørelse for rus - og psykisk lidelse, ROP- lidelse, og nevner de gjeldende psykiske lidelsene.

ROP –lidelse defineres i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012), som et begrep for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. De som faller inn under ROP-lidelse har i tillegg ofte en eller flere somatiske lidelser. Evjen, Kielland & Øiern (2007) skriver at begrepet *dobbeltdiagnose* tidligere har blitt anvendt i omtale om pasienter med psykisk lidelse og ruslidelse. Begrepet ROP-lidelse vil gi en mer korrekt og tydelig beskrivelse av den sammensatte lidelsen, da det tidligere anvendte begrepet *dobbeltdiagnose* begrenser seg til to uspesifikke diagnoser som ikke tydeliggjør for hvilke diagnoser som er gjeldende. Diagnosen ROP-lidelse omfatter både lettere og alvorlig psykiske lidelser. Psykose, schizofreni og bipolar lidelse, depresjon, angstlidelse, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelse er de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst hos brukere med et aktivt og langvarig rusmisbruk.

Kombinasjonen av ruslidelse og psykisk lidelse kan for brukeren gi en omfattende funksjonsnedsettelse i forhold til sosial fungering, bosituasjon, arbeidsforhold og samtlige viktige livsområder (Helsedirektoratet, 2014). Sykdomsbylde til brukere med ROP-lidelse vil variere ut ifra sykdommens art, psykisk lidelse og alvorlighetsgrad av rusmisbruket. Kombinasjonen av diagnosene vil gi en økt risiko for tilbakefall og frafall fra behandlingen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Forbruket av rusmidler vil variere ut ifra livssituasjoner. Uforutsette hendelser, ulykker eller sosiale, økonomiske eller psykologiske kriser som tap av nære relasjoner vil påvirke rusinntaket (Lossius, 2011).

3.6 Helseutfordringer

Vi har valgt å belyse helseutfordringer hos brukere med ROP-lidelse da denne brukergruppen ofte kan ha somatiske sykdommer, i tillegg til sin rus-og/eller psykiske lidelse(r), som kan gå ubehandlet eller bli nedprioritert. I dette kapitlet vil vi sette lys på det sammensatte sykdomsbilde og utfordringer vedrørende brukergruppens helseutfordringer og behandling.

Helsedirektoratet (2014) skriver at brukere med rus-og psykisk lidelse, kan få negative konsekvenser som kan føre til helseskader og sykdom. Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke (2010) sier at brukere med ROP- lidelse vil ofte ha somatiske tilleggsdiagnoser, som en følge av både den psykiske lidelsen og rusmisbruket. Med en ROP-lidelse og somatisk tilleggsdiagnose vil brukeren ha dårlige forutsetninger for å ivareta sin egen fysiske helse, økonomi, arbeidsliv og nærrelasjoner.

Med skadevirkningene et rusmisbruk fører med seg, vil det gi en økt risiko for utvikling av somatiske sykdommer som igjen vil påvirke brukerens livskvalitet. Skadevirkninger av et rusmisbruk kan være en følge av administrasjonsmåte av rusmidlet, overdose, HCV- infeksjon, mangelfull og/eller dårlig ernæringsstatus, og ulykker som oppstår i ruset tilstand (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Det foreligger også en økt hyppighet av kronisk hepatitt, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer hos brukere med rus- og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2014). Underernæring vil være en følge for mange brukere med rusmisbruk. Alkohol, opioider og sentralstimulerende midler som amfetamin, metamfetamin, ecstasy og kokain vil ha en dempende effekt på matlysten (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Dette er rusmidler med en høy utskillelse av dopamin, som vil gi økt lykkefølelse, økt selvtillit og økt psykomotorisk tempo (Mannes & Markestad, 2015).

Tannhelsen påvirkes også av rusmisbruk, da spesielt bruk av rusmidlene amfetamin og opioider. Et uheldig kosthold sett sammen med mangel på tannstell, og vegring for behandling i tannhelsetjenesten bidrar også til en betraktelig svekkelse av tannhelsen for brukere med ROP- lidelse. Denne gruppen har også høyere risiko for å bli smittet med seksuelt overførbare sykdommer som klamydia, HIV og hepatitt B (Evjen, Kielland & Øiern, 2012).

3.7 Risiko- og beskyttelsesfaktorer i oppveksten

Vi har valgt å ta med dette kapitlet da vi mener det er viktig å belyse risiko- og beskyttelsesfaktorer sett opp mot utviklingen av en rus- og/eller psykisk lidelse.

Risikofaktorer defineres av Helsedirektoratet (s. 16, 2010) slik: «Risikofaktorer er en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden».

Mennesket er utsatt for både risiko- og beskyttelsesfaktorer, som må ses i en sammenheng med den samlede belastningen for enkelt individet og hvilke beskyttelsesfaktorer som er tilstede hos individet (Helsedirektoratet, 2010). Til tross for betydelige risikofaktorer skriver Helsedirektoratet (2014) at barn og ungdom kan mestre sin tilværelse og vise resiliens. Med resiliens menes «personens psykiske motstandskraft overfor påkjenninger» (Helsedirektoratet, s. 30, 2014). Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) sier at det er ulike faktorer som bidrar til utvikling av psykisk lidelse og rusmisbruk. Det er samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som vil spille en rolle i utviklingen av en rus- og/eller psykisk lidelse. Her har vi valgt å legge med en tabelloversikt for å gjøre fremvisningen mer systematisk og oversiktlig, over risiko- og beskyttelsesfaktorer på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Dette er hentet fra Tidligintervensjon (Tidligintervensjon, 2016a):

	Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
Individet	<ul style="list-style-type: none"> • Positive holdninger til rusmidler • Tidlig debut • Utagerende, sensasjonssøkende • Manglende kunnskaper om rus og risiko • Individuell sårbarhet • Utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, framtidspessimisme • Lavt selvbilde og psykiske plager • Å være vitne til eller utsatt for vold 	<ul style="list-style-type: none"> • Medfødt robusthet og kapasitet • Sosial kompetanse • Opplevelse av mening og sammenheng • Kreativitet og hobbyer • Fremtidsoptimisme • Godt selvbilde
Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tilsyn • Manglende interesse for den unge • Tilknytningsproblem • Dårlig samspill i familien mellom voksne og barn • Tillatende oppdragerstil, rusmiddelbruk • Seksuelle og fysiske overgrep • Foreldre med lav omsorgskompetanse, rusmisbruk og psykiske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • God kommunikasjon og samspill • Autorativ oppdragelse (kontroll og varme) • Struktur og regler (høyere sosioøkonomisk status) • God og stabil omsorgssituasjon
Venner	<ul style="list-style-type: none"> • Rusmisbruk og kriminalitet og venner • Venners antisosiale normer • Lav sosial status hos venner 	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelige normer, tilknytning, prososiale venner
Skole	<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig skolemiljø/klima, mobbing, skrive- og lesevaner, dårlig likt, manglende eller "dårlige" venner, skulk, manglende interesse for skolen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle kompetanse positive aktiviteter • God tilhørighet
Nærmiljø	<ul style="list-style-type: none"> • Få ressurser til forebyggende arbeid, kriminalitet, normer som aksepterer konsum, tilgang på rusmidler, dårlig bomiljø, fattigdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Minst en betydningsfull voksen, prososiale venner, felles verdier, samfunnsstrukturer som støtter mestringsstrategier

Barn av foreldre der det foreligger rusmisbruk, psykiske lidelser, skilsmisse, fysisk- og/eller seksuell vold i hjemmet, er mer utsatt for omsorgssvikt. Disse barna befinner seg i en høyrisikogruppe for utvikling av angstlidelser, depresjoner og rusmisbruk (Lønne, 2008). For barnets utvikling er foreldres tilnærming til oppdragelse av stor betydning. En oppvekst preget av hyppige konflikter er en risikofaktor. Kritik, mangel på anerkjennelse og ros, mangel på grensesetting, samt familiemedlemmers misbruk av rusmidler er også risikofaktorer som spiller en vesentlig rolle. (Tidligintervensjon, 2016a). Lavt selvbilde henger sammen med utviklingen av psykiske lidelser. Psykiske lidelser som depresjon, angstlidelser, posttraumatisk stress lidelse (PTSD), og personlighetsforstyrrelser er en betydelig risikofaktor for å utvikle et rusmisbruk. Miljøforandringer som flytting og tap av slektninger eller nære venner, er også en risikofaktor (Helsedirektoratet, 2010). En god utvikling kan bedre sikres gjennom et godt samspill mellom barnet og foreldrene som evner å vise engasjement gjennom barnets oppvekst (Tidligintervensjon, 2016a). Foreldrenes evne til stimulering gjennom oppveksten, tilgjengelighet og oppfølging av barnet er en beskyttelsesfaktor (Helsedirektoratet, 2010).

4. Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?

For å besvare vår problemstilling vil vi her i litteraturstudiens drøftingsdel henviser til forskningsartiklene vi har inkludert i oppgaven og artiklenes hensikt i studien. I vår drøfting vil vi belyse egne erfaringer fra praksisfeltet, våre refleksjoner og trekke dette opp mot aktuell teori og forskningsartikler vi har introdusert gjennom oppgaven. For å belyse vår problemstilling og komme til en konklusjon presenterer vi tre underproblemstillinger. Her vil vi trekke inn Travelbees fem elementer og det mellommenneskelige forholdet. Vi vil også trekke inn Hendersons grunnleggende behov og Antonovskys *Sense of Coherence*. I drøftingen tar vi utgangspunkt i vår funksjon som sykepleiere til unge voksne med ROP- lidelse som er deltakere i et kommunalt lavterskeltilbud.

4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere etablere tillit hos den unge voksne ved det innledende møte?

Travelbee (2001) mener at kommunikasjonen er et av sykepleierens viktigste verktøy. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med brukeren og hans behov. Hummelvoll (2012) sier at formålet med en god kommunikasjon er å skape et godt samspill i dialogen, gjensidig forståelse og fellesskap. Sykepleieren må inneha evnen til å kunne forstå språket brukeren kommuniserer med, for å kunne få tak i det bakenforliggende brukeren kommuniserer. Da kan sykepleierens forutsetninger for tilrettelegging av brukerens individuelle behov bedres (Travelbee, 2001).

Før vi går inn i det innledende møte med brukeren, må vi som sykepleiere inneha kunnskaper om psykisk- og somatisk helse, rusmidler- og misbruk, og hvordan disse faktorene påvirker hverandre. Disse brukerne har en ROP-lidelse, samtidig rus-og psykisk lidelse. Dette omfatter både lettere og alvorlige psykiske lidelser som psykose, schizofreni og bipolar lidelse, depresjon, angst, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Disse forekommer hyppigst blant brukere med ROP-lidelse (Evjen, Kielland & Øiern, 2007).

I møte med en bruker med rus- og psykisk lidelse må vi anvende denne kunnskapen ut ifra et helhetlig sykepleieperspektiv. Vi tenker et salutogent syn sammen med en recovery-tilnæringsmåte vil være hensiktsmessig i arbeid med denne brukergruppen da det salutogene synet tar for seg de faktorer som virker helsefremmende på en linje mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012). Vi synes arbeid for/og sammen med denne brukergruppen er givende og meningsfylt for oss, da det vises at brukere med en rus-og psykisk lidelse kan gjenvinne kontroll over sitt eget liv og oppleve livsglede håp og mestring. Dette underbygges av Borg og Topor (2003) som sier at brukere med alvorlige psykiske lidelser vil komme seg og få det adskillig bedre i forhold til deres livssituasjon, mestring i hverdagen og håp om et godt liv selv om symptomer på den gjeldende sykdommen fortsatt er tilstede hos brukeren.

Vi tenker at vi må møte brukeren på en respektfull måte, og å vise tålmodighet ovenfor brukeren-, samarbeidet- og prosessen. Kanskje han gruer seg til møtet, møte stigmatisering og negative holdninger? Ved å jobbe recoverybasert må vi som sykepleiere ha en støttende rolle, der vi viser evne å se brukers situasjon, hans innsats gjennom prosessen og sette oss inn i brukers situasjon og omgivelser (Karlsson & Borg, 2013). Med innsikt i en eventuell tilstedeværelse av frykt hos brukeren, vil vi prøve å eliminere forhold under samtalen som kan bidra til at brukeren føler seg intervjuet og/eller avhørt. Når vi har kunnskaper om hvordan vi skal møte brukeren, strukturere samtalen og hva vi ønsker å oppnå ved det innledende møte, kan vi bedre legge til rette for samarbeid ut ifra brukers premisser.

I samtalen vil vi vektlegge brukermedvirkning, da brukerens ytringer er av betydning og skal vektlegges i behandling og utforming av tilbudet (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010a).

Ved det innledende møte ønsker vi å innlede et menneske-til- menneske forhold, fordi vi anser brukeren som et unikt individ. Vi ønsker dermed å bryte «sykepleier- pasient-forholdet» som kan være et hinder i å få tak på en gjensidig forståelse og målsettinger for samarbeidet videre (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) mener at menneske- til- menneske- forholdet mellom sykepleier og bruker vil være nødvendig for at sykepleieren skal kunne oppnå sine mål og hjelpe brukeren med å forebygge eller mestre sin sykdom, og bidra til at brukeren finner mening i disse erfaringene. For at vi skal oppnå dette forholdet med brukeren tar vi utgangspunkt i Travelbees fem elementer, 1) det innledende møte 2) fremvekst av identiteter 3) empatifasen 4) sympati og medfølelse 5) gjensidig forståelse og kontakt. Dette er en teoretisk fremstilling, men i praksis vil ikke disse punktene være bundet til den gitte rekkefølgen. Ved det innledende møte vil vi møte brukeren med et åpent sinn, legge til side forutinntatte tanker knyttet opp mot brukers sykdomsbilde. Gjennom et åpent sinn kan vi som sykepleiere etablere en sterkere tilknytning der brukers tanker, følelser og meninger blir tydeligere for oss. Med empati vil vår evne til å sette oss inn i brukers situasjon, og få innsyn i brukers opplevelse av situasjonen, kunne belyse brukers følelser i den gitte situasjonen, men det vil ikke si at vi har en gjensidig forståelse og kontakt med brukeren. I møte med brukeren kan følelse av sympati og medfølelse komme som en naturlig reaksjon. I denne settingen kan vi oppleve å kjenne på de følelsene brukeren uttrykker. Her er det viktig at vi som sykepleiere ikke blir fastlåst og opphengt i følelsene, men at vi opprettholder vår profesjonelle rolle, tar steget videre og iverksetter tiltak. Når vi anvender disse elementene ved det innledende møte, kan vi lettere oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Dermed kan vi bedre legge til rette for et tillitsforhold hos brukeren (Travelbee, 2001).

Ljungberg, Denhov & Topor (2015) mener at forholdet mellom hjelper og bruker skal bygges på profesjonalitet så vel som et mellommenneskelig forhold. Dette forholdet vil innebære at brukeren får tilbringe tid sammen med en hjelper de har oppbygget et tillitsforhold til. Sykepleieren må utøve stor grad av fleksibilitet i samarbeidet og legge til side egne holdninger og tanker om brukeren. Med disse forutsetningene vil hjelperen og brukeren oppnå et bedre samarbeid, der brukerens ressurser, ønsker og mål vektlegges.

Hummelvoll (2012) sier at tillit vil være avgjørende for hvilken retning menneske-til-menneske-forholdet tar og hvilke konsekvenser det vil ha for det mellommenneskelige forholdet videre. Hummelvoll skriver at tillit er «... at andre vil en vel, er avgjørende for vekst og modning» (s. 91, 2012). For å opparbeide et tillitsforhold forutsettes det av at vi som sykepleiere har evne til å gi brukeren god omsorg, er tilstede fysisk og mentalt, gir oppmerksomhet og følger opp brukerens behov og ønsker i behandlingen (Hummelvoll, 2012). Mistillit kan være forårsaket av brudd i relasjoner, tidligere erfaringer, traumatiske hendelser som fysisk og/eller psykisk vold (Eide & Eide, 2007). Som sykepleiere til en bruker ved det innledende møte må vi være bevisst over faktorer som kan bidra til følelse av mistillit hos brukeren.

Som sykepleiere vil det være essensielt å møte brukeren med et åpent sinn, og ha evne til å vise aktiv lytting (Eide & Eide, 2007). Vi må være bevisst våre egne holdninger, vårt verbale- og nonverbale språk i møte med brukeren. For å legge til rette for et tillitsforhold ønsker vi å møte brukeren med en anerkjennende holdning, fremme en åpen dialog, gi rom og vekst for brukerens ønsker, tanker og målsettinger for seg selv og samarbeidet. Karlsson & Borg (2013) mener at en anerkjennende relasjon er nødvendig for å sikre en god utvikling, individualitet, tilknytning og bekreftelse. Ved at vi viser anerkjennelse fremmer vi brukerens autonomi ved at han blir sett, hørt og bekreftet.

For å strukturere samtalen ved det innledende møte, anvender vi mal for inntakssamtale (vedlegg 3). Dette verktøyet vil sikre oss tilstrekkelig og relevante helseopplysninger. Vi vil i praksis ikke følge malen punktvis, men forsøke å få svar på spørsmålene gjennom gjensidig kommunikasjon. Ut ifra datainnsamlingen vil vi få et overblikk over brukerens behov for oppfølging av somatisk- og psykisk helse. Vi vil her kunne avdekke behov for et sammensatt tjenestetilbud, for eksempel tannhelsetjenesten, fastlege, medisinsk behandling, NAV, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS). Gjennom de gitte opplysningene kan vi tilrettelegge- og igangsette tiltak, hvor brukerens ønsker, meninger og målsettinger er med på å forme brukerens aktiviteter og oppgaver gjennom arbeidsdagen. Hvis det kommer frem under det innledende møte, at brukeren for eksempel har dårlig tannstatus og/eller trenger somatisk oppfølging hos lege, kan et sykepleietiltak være at vi fysisk følger brukeren til behandler, og at vi er tilstede for brukeren under behandlingen. Med dette kan vi bidra til trygghet for brukeren i situasjonen og bedre sikre hans oppfølging av behandling(er).

Gjennom samtalen i det innledende møte vil vi kunne få et overblikk over brukerens SOC, opplevelse av sammenheng. I hvilken grad har brukeren begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet? Informasjonen som vi får av brukeren vil gi oss et overblikk ovenfor i hvilken grad brukeren forstår den situasjonen han er i, forstår han hvilken retning livet hans tok etter starten å ruse seg? Hvilke ressurser han har rundt seg og hvordan han anvender disse, har han familie, venner, barn? Samt hva som er hans motivasjon til å fortsette videre i livet sitt, ønsker han en bedring av hans livssituasjon, eller ønsker brukeren en økt deltakelse med sine barn? Ut ifra den informasjonen vi har fått gjennom det innledende møte kan vi dermed tilpasse tiltak for brukeren, som tar utgangspunkt i å styrke han SOC (Antonovsky, 2012).

Fra et brukermedvirkningsperspektiv så vil denne informasjonen vi får av brukeren ligge til grunn for hvilken retning samarbeidet og behandlingen brukeren vil motta. Da vi tar høyde for og respekterer brukerens ytringer, mål og meninger, vil dette sikre brukerens medvirkning vedrørende avgjørelser i hans behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2014).

4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere fremme håpet hos den unge voksne som opplever håpløshet?

Travelbee (2001) forteller oss at håp er en mental tilstand, der en person har et ønske om å oppnå et mål. En bruker med manglende håp vil ikke være i stand til å oppnå målet sitt. Travelbee forteller oss at håpet er nødvendig for at brukeren skal kunne oppnå en bedring i sin helse og at det er vår oppgave som sykepleiere å styrke håpet til brukeren gjennom å være tilstede for brukeren, være tilgjengelig og aktivt lytte til brukeren. Brukerens tilstedeværelse av håp vil være knyttet opp mot brukeren tidligere erfaringer. Mistillit til andre, brudd i forventninger og/eller opplevelser, traumer gjennom oppveksten er eksempler på faktorer som kan bidra til en svekkelse av håpet (Tidligintervensjon, 2016a). En person med svak meningsfullhet vil ikke kunne møte nye utfordringer i livet og ta lærdom av disse. Med meningsfullhet menes det i hvilken grad brukeren mestrer å se den utfordringen i betydning av mening (Antonovsky, 2012). For at vi skal fremme håpet hos brukeren ønsker vi å styrke hans opplevelse av mening. Her kan et eksempel være at vi bidrar til å fremme hans tanker og stimulere brukeren til å reflektere over tidligere egenerfaringer knyttet opp mot hans handlinger i situasjonen. Hva skjedde, hvorfor, hva tenkte du, hvordan/hvorfor handlet du, hva kunne blitt gjort annerledes, hvilken læring tok du av disse erfaringene? Ved å stille åpne spørsmål som kan stimulere til refleksjon, tenker vi det kan bidra til at brukeren opplever mening i tidligere erfaringer. Gjennom å stille reflekterende spørsmål kan vi bidra til at brukeren blir mer bevisst over hva som motiverer han til å handle. Antonovsky (2012) sier at en økt meningsfullhet kan gi brukeren interesse i å investere ressurser, handlinger og energi i utfordringer.

Hvor kommer håpløsheten fra? Som sykepleiere ønsker vi å få tak på hva som ligger til grunn for den håpløsheten brukeren uttrykker. Vi må inneha kunnskap og forståelse om en persons risiko- og beskyttelsesfaktorer sett opp mot utviklingen av en ruslidelse og psykisk lidelse.

«Risikofaktorer er en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden» (Helsedirektoratet, s. 16, 2010). Biologiske-, psykologiske- og sosiale faktorer er ulike faktorer som bidrar til utvikling av psykisk lidelse og rusmisbruk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Enhver person har både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Disse finner vi på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Risikofaktorer på individnivå kan vise seg gjennom individuell sårbarhet, fysisk-, psykisk- og/eller seksuell vold i og/eller utenfor hjemmet, manglende kunnskaper om rus og risiko, lavt selvbilde, traumer og omsorgssvikt gjennom oppveksten. (Tidligintervensjon, 2016a). Når foreldre har en psykisk lidelse, misbruker rusmidler eller utøver psykisk- og/eller fysisk vold mot sine barn, vil disse barna befinne seg i en høyrisikogruppe for utvikling av psykiske lidelser og rusmisbruk (Lønne, 2008). Beskyttelsesfaktorer som medfødt robusthet, sosial kompetanse, opplevelse av mening og sammenheng og godt selvbilde henger tett opp mot en persons utvikling gjennom oppveksten. Personens familie og foreldrenes tilnærming til oppdragelsen vil da ha være av stor betydning. En oppvekst preget av hyppige konflikter, kritikk, mangel på anerkjennelse, ros, grensesetting og misbruk av rusmidler i familien er sterke risikofaktorer (Tidligintervensjon, 2016a). Til tross for betydelige risikofaktorer kan barn og ungdom mestre sin tilværelse og vise resiliens (Helsedirektoratet, 2014).

I samtale med brukerne i Fønix- prosjektet fikk vi et innblikk i deres hverdag og hva som har preget deres oppvekst. Brukerne i prosjektet hadde erfaringer fra oppveksten som pekte mot risikofaktorer opp i mot å utvikle et rusmisbruk og psykisk lidelse. Foreldre med rusmisbruk og lav omsorgskompetanse, dårlig samspill, manglende stimulering, tilsyn og interesse for den unge var reelle temaer brukerne tok opp. Brukerne i prosjektet nevnte at det var frie tøyler for rusmisbruk i hjemmet, da foreldrene enten anvendte rus selv, og/eller hadde en tillatende oppdragerstil. En annen bruker fortalte at hans rusmisbruk også kom fra innflytelse fra venner. I tillegg til oppvekst mente brukerne at rusmisbruket var knyttet opp mot flere årsaker som dårlig skolemiljø og liten oppfølging av lekser og lite aktiviteter i nærmiljøet. En bruker fortalte oss at *når det ikke er noe å gjøre, kan man like gjerne ruse seg*. I samtale med brukerne kunne de bekrefte ovenfor oss den stigmatiseringen de møter i samfunnet.

De bekreftet at dette var en belastende følelse, og at denne stigmatiseringen bidro til et lavere selvbilde, manglete tro på seg selv, dette igjen førte til at de hadde manglende håp om et bedre liv, uten rus. Samtlige brukere i prosjektet anvendte rus for å avlede tankene og dempe angst og depresjon.

Pettersen, Ruud, Ravndal & Landheim (2013) utforsket hvilke årsaker brukere med rus- og psykisk lidelse hadde for sitt rusmisbruk. Funnene støttet 1) selvmedisineringshypotesen 2) felles årsaksfaktorer for utvikling av psykisk lidelse og rusmisbruk 3) Rusmisbruket og den psykiske lidelsen påvirker hverandre gjensidig. Her kom det frem at brukerne ruste seg for å redusere symptomer på den psykiske lidelsen og å trekke fokuset vekk fra vanskelige situasjoner. For brukerne ble rusmisbruket en strategi for å gjøre livet lettere å leve.

Gjennom en relasjon til brukeren der sykepleieren er psykisk- og fysisk tilstede, viser tilgjengelighet, evne og vilje til aktiv lytting, kan det bidra til å avverge følelse av håpløshet, og styrke håpet hos brukeren (Travelbee, 2001). Med eventuelle brudd i relasjonen mellom oss og brukeren, kan det føre til at brukeren føler håpløshet og pessimisme ovenfor behandlingsforløpet da progresjonen og hjelperrollen blir utydelig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Med kunnskaper om kommunikasjon, tillits-, og relasjonsbygging vi tok for oss i foregående kapittel vil vi anvende denne kunnskapen for å få en større klarhet og innsikt i brukerens følelse av håpløshet. Når vi har oppnådd et tillitsforhold til brukeren, tenker vi at vi lettere kan oppnå åpenhet i dialogen, der brukeren kan føle på trygghet, anerkjennelse, og lettere dele tankene sine med oss. Travelbee (2001) sier at håpet er knyttet opp til personens forventninger om at det er en hjelperolle tilstede i vanskelige perioder. Dette forholdet ønsker vi å etablere med brukeren.

At vi har bygget opp et tillitsforhold med brukeren, kan det bidra til at han tar initiativ til å uttrykke seg om sin situasjon. Informasjonen brukeren gir, vil være nyttig for oss i forhold til å iverksette tiltak og/eller ta kontakt med ulike instanser, som for eksempel Distriktpspsykiatrisk senter (DPS), Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), NAV, politi, fastlege og barnevernet. Vi anser vår funksjon som sykepleiere til brukere i et kommunalt lavterskeltilbud som essensielt for brukeren da vi vil ha det daglige ansvaret for oppfølgingen. Vi anser vår funksjon som en sterk ressurs for brukeren i den daglige oppfølgingen da vi ønsker å være en forlengende arm og et bindeledd mellom brukeren og tjenesteapparatet. Når håpløsheten blir en reell del av brukerens liv og hverdag, tenker vi at vi må rette et økt fokus mot tilretteleggingen av arbeidsdagen i prosjektet. For å sikre kvalitet og progresjon i prosjektet, kan vi gi brukeren et evalueringsskjema minst hver tredje måned (se vedlegg 4). Dette skjemaet vil oss en god indikasjon om brukeren er fornøyd, trives, opplever mening og progresjon i tilbudet. Når brukeren opplever håpløshet, tenker vi vår praktiske funksjon som sykepleiere vil være å synliggjøre brukerens ressurser, styrke hans følelse av mening og mestring. For å hjelpe brukeren ut av håpløsheten og fremme håpet vil vi jobbe ut i fra en recovery- tilnærming.

Det sentrale i recovery tenkningen er at vi jobber ut ifra en holdning der muligheten og troen på at individet kan leve et meningsfullt liv til tross for psykiske lidelser og/eller somatisk sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2010c). Helsedirektoratet (2012) skriver at brukerens ressurser må vektlegges gjennom hele behandlingsløpet. Videre siterer Lundgren (2015) at recovery vil si å finne fram til en ny mening og nye mål for livet og legge til rette muligheter for selvutvikling. Hummelvoll (2012) mener god omsorg er kjerneverdien i recovery tenkningen. Den gode omsorgen i recovery- prosessen er avhengig av at vi har etablert en god relasjon til brukeren og at vi utarbeider en plan tilrettelagt og tilpasset for brukerens behandling. Denne planen vil vi utarbeide i tett samarbeid med brukeren og sikre hans ressurser, ønsker og målsettinger for videre progresjon. Som sykepleiere og ansvarlige for den daglige oppfølgingen ønsker vi å skape en hverdag der håp, trivsel og mestring er sentralt hos brukeren (Lundgren, 2015).

Evalueringsstudien av Ness et al. (2013) kom fram til at brukernes positive opplevelser med aktiviteter i et lavterskeltilbud var knyttet opp mot et tilpasset og individrettet tilbud, med utgangspunkt i brukerens ønsker, ressurser og målsettinger. Ness et al. poengterer her at de daglige aktivitetene, i et recovery-perspektiv må fremme utfordringer, utvikling, mestring og læring hos hver enkelt bruker. I studien kommer det fram at aktiviteter og samhandling i et fellesskap hjalp brukerne til å distansere seg fra rusmisbruket. Dette førte til at brukerne erfarte en reduksjon og hyppighet av rusmidlet. Brukerne opplevde aktivitetene og oppfølgingen som meningsfull da de fikk delta og bidra til fellesskapet ut ifra sine forutsetninger. Her opplevde de kontinuitet, stabilitet og regelmessighet i behandlingen.

4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at den unge voksne opplever økt mestringsfølelse?

Mestringsressurser er en rekke ressurser som kan styrke personens helse. Antonovsky definerte mestringsressurser som ”enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning” (siteret av Langeland, 2011). Disse ressursene kan hjelpe brukeren til å mestre et møte med sykdom, og styrke tilstedeværelsen av helse. Gode mestringsressurser kan blant annet være sosial støtte, god økonomi, god egostyrke, kunnskaper, et livssyn eller politisk ståsted, fordi personen er i konstant endring sammen med omgivelsene. De tre elementene i SOC; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil være i et kontinuerlig samspill med en persons mestringsressurser (Langeland, 2011). Håndterbarhet er den utførende delen av SOC, som omhandler hvordan personen er i stand til å kunne samle de ressurser han har, og hvordan disse skal mobiliseres (Antonovsky, 2012). For å styrke brukerens opplevelse av håndterbarhet, kan vi som sykepleiere bevisstgjøre brukeren om sine ressurser, og hjelpe han til å finne tilbake og ta tak i disse. Her vil vi synliggjøre vår egen funksjon som sykepleier, der vi har en informerende, støttende og veiledende rolle og trekke fram hans støtteapparat, pårørende og venner som en ressurs for han. Karlsson & Borg (2013) sier at støtteapparatet, som pårørende og venner vil bidra til klarhet i problemer og bidra til at brukeren gjenvinner økt kontroll og mening over sitt liv.

Som sykepleiere ønsker vi å engasjere og involvere brukerens nærmeste støttespillere da de kan ha en essensiell rolle i brukerens recovery-prosess. Empowerment og brukermedvirkning støtter opp under brukerens mestringsressurser. Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) sier at empowerment innebærer at brukeren blir i stand til å ta styring over sitt eget liv og motiveres til endring. Innen recovery er brukermedvirkning essensielt for brukerens progresjon. Som sykepleiere vil vi være bekreftende ovenfor brukerens ønsker og målsettinger så vel som egenviljen brukeren viser, hans handlingsevne og ivareta hans autonomi.

Som sykepleiere til brukere med rus-og psykisk lidelse må vi ha kunnskaper om konsekvenser av et langvarig rusmisbruk og hvilke helseskader dette kan bringe med seg. En bruker med ROP-lidelse vil ofte ha somatiske tilleggsdiagnoser, som vil gi brukeren dårlige forutsetninger for å kunne ivareta sin egen fysiske helse, arbeidsliv, økonomi og nærrelasjoner (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Dette kan videre føre til omfattende funksjonsnedsettelse i forhold til sosial fungering, bosituasjon og arbeidsforhold (Helsedirektoratet, 2014). Med en veletablert relasjon og tillitsforhold til brukeren, vil vi i den daglige oppfølgingen, der vi er aktive og sentrale i aktiviteter sammen med brukeren, kunne få bedre tak på hans grad av mestringsfølelse og hvordan vi kan motivere til en økt mestringsfølelse. For å få en klarhet i brukerens tanker om sin mestringsfølelse, ønsker vi å innlede en samtale der brukeren har rom for å sette ord på følelsene sine. Hva føler brukeren at han ikke mestrer, og hvorfor? I samtalen ønsker vi å legge fokuset på positive mestringserfaringer og tydeliggjøre dette for brukeren. Kanskje han selv ikke ser sin progresjon gjennom aktiviteter og arbeid han gjør? Har han symptomer ved den psykiske lidelsen, og/eller somatiske sykdommer som tynger hans opplevelse av mestring? Hvordan påvirker dette hans livskvalitet?

Som sykepleiere til disse brukerne ønsker vi å utøve helhetlig sykepleie med utgangspunkt i Hendersons sykepleietenkning. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2012) refererer til Hendersons sykepleiedefinisjon. Denne forteller oss at det er sykepleierens ansvar å bistå pasienten der han mangler krefter, vilje eller kunnskaper for å kunne utføre de gjøremålene som fremmer helse. Henderson vektlegger også at den enkelte pasienten skal ha individuell og tilpasset pleie og omsorg. Fra innkomstamtale, der førsteinntrykket dannes, relasjonen bygges og data samles, og videre i den daglige oppfølgingen ønsker vi å støtte opp under brukerens fundamentale behov, som ligger til grunn for de 14 grunnleggende behovene.

I arbeid med denne brukergruppen er vi klar over skadevirkninger av et rusmisbruk. Infeksjoner og alvorlig sykdommer som vi introduserte i kapittel om helseutfordringer, er aktuelle sykdommer som har en hyppig forekomst hos brukere med ROP-lidelse. Med et langvarig rusmisbruk kan underernæring være en følge for disse brukerne. Som sykepleiere og ansvarlige for den daglige oppfølgingen av brukerne i lavterskeltilbudet, vil vi ta med oss kunnskaper om konsekvenser i forhold til rus- og psykisk lidelse sett opp mot ernæring, grunnleggende sykepleieprinsipper og implementere dette inn i arbeidsdagen. Ved å starte dagen med et godt måltid i et fellesskap, tenker vi at vi kan legge til rette for en bedre arbeidsdag der brukeren har krefter til å utføre aktivitetene, samtidig som vi kan bidra til å fremme gode vaner og viktigheten av regelmessige måltider.

Gjennom en recovery-tilnærming tenker vi at vi kan bidra til at brukeren opplever en økt mestringsfølelse. I recovery-prosessen har vi brukerens helse og velvære i sentrum. Karlsson & Borg (2013) sier at recovery skal fremme brukerens gjenoppbyggelse av personlig og sosial identitet, skape håp for fremtiden, bidra til livskvalitet, gi hverdagsmestring og opplevelse av mening. Gjennom brukerens innsats i bedringsprosessen, vil forholdene bedre legges til rette for utvikling av håpet på en selv, troen på en hverdag preget av mening og mestring.

Med en recovery-tilnærming ønsker vi å motivere brukerne til positive endringer og fremme positive mestringserfaringer. Matmerk (2016) beskriver grønn omsorg som et tilbud med fokus på tilpassede tjenester og aktiviteter på gårdsbruk, som skal sikre brukere meningsfulle aktiviteter og sikre utvikling, mestring og trivsel. Gjennom grønn omsorg sier Kogstad et al. (2012) at tilrettelagt arbeid på gården vil kunne bidra til at brukere blir tryggere på seg selv og styrke brukernes relasjoner til mennesker, dyrene og fellesskapet rundt. På gården legges det vekt på den sosiale tilknytningen og skape en tilhørighet i fellesskapet. Å anvende naturen gjennom arbeid med skogbruk, gårdsdrift, jordbruk, kjøkkenarbeid og omsorg til dyr, kan det bidra til styrking av sansene, gi opplevelse av mening og skape positive mestringserfaringer.

Delstudie av Aasen og Andershed (2015) undersøkte hvilke erfaringer brukere med psykiske lidelser og/eller ruslidelse har fått gjennom deltakelse i grønn omsorg. Deltakerne sa at de fikk føle på mestring, økt selvtillit, inkludering og at de kunne føle seg samfunnsnyttig da de ble gitt muligheten til å delta i aktiviteter og mestre utfordringer de sto ovenfor. I grønn omsorg deltok de i et sosialt fellesskap om aktiviteter på gård. Av å ha noe meningsfullt å være med på, bidro det til å synliggjøre håp og fremtidsoptimisme. Dette bidro også til å redusere symptomer på angst, depresjon, ensomhet og hyppigheten av rusmisbruk, da dager med lite innhold og passivitet, ble erstattet med innhold og mening. Omsorg til dyr og anvende naturen mente brukerne ga mening til tilbudet. Fysisk aktivitet, styrke og utholdenhet i aktivitetene mente brukerne hadde en positiv effekt på humøret og at det var bedre å bli sliten fysisk enn psykisk. Denne studien viste at grønn omsorg hadde en styrkende effekt på helsen og bidro til livsglede.

5. Konklusjon

Gjennom arbeidet i denne litteraturstudien har vi tilegnet oss mer kunnskap om ROP-lidelse, helhetlig sykepleie til denne brukergruppen, og hvordan vi kan vektlegge, og jobbe ut ifra en recovery- tilnærming. I søken etter svar som kan belyse vår problemstilling, *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen*, har vi kommet frem til at vi gjennom en recovery-tilnærming kan bidra til å fremme brukerens håp på seg selv og fremtiden, og bidra til en økt mestringsfølelse i hverdagen. Funnene våre viser til en recovery-tilnærming, der sykepleierens fokus og virke bygges på brukerens helse og velvære, styrking av brukerens personlig og sosiale identitet, styrking av håpet for fremtiden, øke livskvaliteten og fokus på hverdagsmestring og opplevelse av mening. Å jobbe ut ifra en recovery- tilnærming kan vi fremme gode levevaner, redusere bruk av rusmidler og bidra til at brukeren har bedre forutsetninger for å leve sitt liv på en så god måte som mulig for seg selv.

For å etablere tillit, fremme håpet og bidra til en økt mestringsfølelse hos en bruker med rus- og psykisk lidelse, viser våre funn at vi som sykepleiere må ha et åpent sinn og en anerkjennende holdning i møte med denne brukergruppen. Fremme en åpen dialog, være tilgjengelig, vise aktiv lytting og gi rom for vekst av brukerens ønsker, tanker og målsettinger, vil være essensielt for at et tillitsforhold skal etableres. Funnene våre viser til at et tillitsforhold mellom sykepleier og brukeren er nødvendig for å sikre en god utvikling, individualitet, tilknytning og bekreftelse. Dette tillitsforholdet er nødvendig for å fremme håpet hos brukeren. En relasjon der sykepleieren har en fysisk- og psykisk tilstedeværelse, og kan synliggjøre brukerens ressurser, kan det styrke hans følelse av mening og mestring. Ved å anvende en recovery-tilnærming skal sykepleieren fremme brukerens gjenoppbyggelse av identitet. Sykepleieren skal gjennom bedringsprosessen vektlegge brukermedvirkning inn i recovery, og motivere og støtte brukerens egeninnsats. Sykepleieren skal gjennom hele prosessen være anerkjennende og bekreftende ovenfor brukerens ønsker og målsettinger. Gjennom en recovery- tilnærming kan sykepleier legge til rette for at brukeren gjenvinner håpet på en selv og en hverdag preget av mening og mestring.

Litteraturliste

*Aasen, R. O. & Andershed, B. (2015). Å komme i balanse ved hjelp av grønn omsorg – brukernes erfaring. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2015 (04), 343- 355. Lokalisert på

<https://www.idunn.no> (13 sider)

*Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. (3. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget (137 sider)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget

*Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget (306 sider)

* Hedmark Revisjon IKS (2014). *Psykisk helse- og rusomsorg i Åsnes Kommune*. Lokalisert på

<http://www.gs-iks.no/filer/dokumenter/Rapport-FR-vedlegg-sak-53-2014.pdf> (119 sider)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. (Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1948) Oslo: Direktoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder, IS-2076). Oslo: Direktoratet.

*Helsedirektoratet (2015). *Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser*. Oslo: Direktoratet.
Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/samtidige-ruslidelser-og-psykiske-lidelser-rop> (3 sider)

*Helsedirektoratet. (2010). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. (Veileder, IS- 1742). Oslo: Direktoratet. (96 sider)

Henderson, V. (1997). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kogstad, R., Eriksson, B., Granerud, A., Hummelvoll, J. K., Lauritzen, T. & Batt- Rawden, K. (2012). *Håndbok for kjøpere av Grønne tjenester. Inn på tunet-tjenester, naturbaserte tjenester, grønn omsorg, grønt arbeid*. Lokalisert den 16.03.16 på

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHO/Landbruk%20og%20mat/N%C3%A6ringsutvikling/IPT/H%C3%A5ndboken20ROGCS.pdf> (60 sider)

*Langeland, E. (2011) *Salutogenese – teori og praksis*. Lokalisert den 14.01.16 på
<http://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis> (7 sider)

Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring. Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86 (4): 471-495

<http://dx.doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5> (25 sider)

Lossius, K. (Red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk

*Lundgren, J. (2015). Recovery og våre firbente hjelpere. *Rusfag*, 2015 (2), 55- 57 (3 sider)

Lønne, A. H. (2008). *Å leve med ungdom med psykisk lidelse*. Ridabu: Legeforlaget AS.

*Mannes, H. L & Markestad, M. (2015). En beskrivelse av dynamikken mellom traumer og rus. *Rusfag*, 2015 (1), 40- 51 (12 sider)

*Matmerk. (2016). *Om inn på tunet*. Lokalisert på

<http://www.matmerk.no/no/inn-pa-tunet/om-inn-pa-tunet> (2 sider)

*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010a). *Brukermedvirkning*. Lokalisert den 29.01.16 på

<http://www.napha.no/content/13876/Brukermedvirkning> (2 sider).

*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010b). *Empowerment*. Lokalisert den 28.01.15 på

<http://napha.no/content/13885/Empowerment> (2 sider).

*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010c). *Recovery*. Lokalisert den 01.02.16 på

<http://www.napha.no/content/13883/Recovery> (3 sider)

*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2016). *Salutogenese*. Lokalisert den 29.01.16 på

<http://napha.no/content/13887/Salutogenese> (5 sider)

*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*, 10 (3): 219-228. Lokalisert på

<https://www.idunn.no> (10 sider)

*Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013 (8).

<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968> (11 sider)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Tidligintervensjon. (2016a). *Risiko og beskyttelsesfaktorer*. Lokalisert den 31.01.16 på

<http://tidligintervensjon.no/Risiko-og-beskyttelsesfaktorer/Veileder/Risiko--og-beskyttelsesfaktorer/> (3 sider)

*Tidligintervensjon. (2016b). *Unge voksne*. Lokalisert den 31.01.16 på

http://www.tidligintervensjon.no/Tema/Unge_voksne/

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal norsk forlag. (287 sider)

*Vedlegg 3 & 4. Disse har vi fått i papirform den 02.02.16, av ansvarlig sykepleier i Fønix-prosjektet, Åsnes kommune. (5 sider)

Vedlegg

Vedlegg 1 – Søkehistorikkskjema 1

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?

Database/ søkemotor/nettsted	Søke nr	Søkeord/ emneord søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket (fyll ut etter behov)
Idunn	#1	Young adults	217	#3: Her fant vi 2 norskspråklige og aktuelle artikler som kan brukes.
	#2	Substance misuse	26	
	#3	Dual diagnosis	19	
	#4	Mental disorders	195	
	#5	Comorbidity	22	
	#6	Recovery	299	
	#7	#1 AND #2	3	
	#8	#3 AND #7	0	
	#9	#4 AND #7	1	
	#10	#5 AND #7	0	
	#11	#2 AND #3 AND #5	0	
	#12	#2 AND #3 AND #6	0	

	#13	#2 AND #6	6	
SveMed+	#1	Young adults	2232	Når vi kombinerte søkeordene fikk vi opp samme artikkel i søkingen. Artikkelen var ikke aktuell.
	#2	Substance misuse	12	
	#3	Dual diagnosis	100	
	#4	Mental disorders	12122	
	#5	Comorbidity	415	
	#6	Recovery	752	
	#7	#1 AND #2	2	
	#8	#3 AND #7	1	
	#9	#4 AND #7	2	
	#10	#5 AND #7	1	
	#11	#2 AND #3 AND #5	1	
	#12	#2 AND #3 AND #6	0	
	#13	#2 AND #6	0	
PubMed	#1	Young adults	45314	#11: Avgrenset søket til siste 5 år som ga oss 2 treff. 1 aktuell artikkel.
	#2	Substance misuse	1658	
	#3	Dual diagnosis	1263	
	#4	Mental disorders	164630	
	#5	Comorbidity	100730	
	#6	Recovery	368 042	

	#7	#1 AND #2	18	
	#8	#3 AND #7	0	
	#9	#4 AND #7	0	
	#10	#5 AND #7	2	
	#11	#2 AND #3 AND #5	17	
	#12	#2 AND #3 AND #6	3	
	#13	#2 AND #6	0	
PubPsych	#1	Young adults	11057	
	#2	Substance misuse	1057	
	#3	Dual diagnosis	849	
	#4	Mental disorders	65369	
	#5	Comorbidity	8473	
	#6	Recovery	7856	
	#7	#1 AND #2	28	
	#8	#3 AND #7	1	
	#9	#4 AND #7	3	
	#10	#5 AND #7	1	
	#11	#2 AND #3 AND #5	12	
	#12	#2 AND #3 AND #6	2	
	#13	#2 AND #6	0	

Psychinfo	#1	Young adults	104927	
	#2	Substance misuse	8047	
	#3	Dual diagnosis	8558	
	#4	Mental disorders	234038	
	#5	Comorbidity	112727	
	#6	Recovery	155635	
	#7	#1 AND #2	1263	
	#8	#3 AND #7	223	
	#9	#4 AND #7	630	
	#10	#5 AND #7	625	
	#11	#2 AND #3 AND #5	920	
	#12	#2 AND #3 AND #6	423	
	#13	#2 AND #6	0	

Vedlegg 2 – Søkehistorikkskjema 2

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at unge voksne med ROP- lidelse opplever håp og mestring i hverdagen?

Database/ søkemotor/nettsted	Søke nr	Søkeord/ emneord søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket (fyll ut etter behov)
PubMed	#1	Helpful relationships	10	#10: Via dette søket fant vi frem til forskningsartikkel av Ljungberg, Denhov og Topor. #14: ved å avgrense søket til siste 5 år fikk vi 22 treff, vi gjennomgikk disse artiklene og fant en Engelsk språkelig artikkel av Petterson, Ruud, Ravndal og Landheim.
	#2	Alliance	13588	
	#3	Mental illness	21142	
	#4	User's perspective	143	
	#5	Dual diagnosis	5631	
	#6	Vulnerability	13912	
	#7	Substance abuse	42240	
	#8	#1 AND #2	1	
	#9	#8 AND #3	1	
	#10	#9 AND #4	1	
	#11	#2 AND #3	194	
	#12	#2 AND #3 AND #4	1	
	#13	#3 AND #4	3	
	#14	#5 AND #6 AND #7	22	

Vedlegg 3 – Innkomst samtale

Innkomst samtale

Navn

Adr:

Tlf

Fødselsnr:

Brukes ved førstegangssamtale med pasienten for å sikre relevante opplysninger.

Hvordan hadde du sett at livet ditt ville vært uten rus?

Hvor gammel var du da du begynte å ruse deg?

Sosial situasjon?

Gift/Samboer/Enslig.

Familie/oppvekst/barn?

Skole/utdanning/Arbeid?

Har du noen sykdommer?

f.eks ADHD:

Hepatitt:

Epilepsi:

osv:

Søvn/ernæring.

Døgnrytme:

Måltider:

Hva ruser du deg på?

Tidligere psykiske helse og belastninger.

Har du blitt utredet for noe?

Medikamenter?

Suicidalitet?

Førerkortstatus?

Våpen?

Har du vært utsatt for vold?

Har du utøvd vold?

Tannhelse?

Har du søkt nav om tannhelsehjelp?

Annet?

Vedlegg 4 – Evalueringsskjema av Fønix- prosjektet