

Kandidatnummer: 3054

BSOBAC
Bacheloroppgave med forskningsmetode

Med sosionomen som støttespiller i recoveryprosessen



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for sosialfag

Bachelor i sosialt arbeid

Antall ord i besvarelsen: 10.823

UIS mai 2021

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Valg av problemstilling og formål med oppgaven	5
2.0 Teori	6
2.1 Recovery	6
2.2 Rus og psykiske lidelser (ROP)	7
2.3 Fire forklaringsmodeller	8
Skademodellen	8
Selvmedisineringshypotesen	9
Felles årsak-modellen	9
En gjensidig påvirkning	9
2.4. «Assertive Community Treatment» (ACT).....	10
ACT-team	10
2.5 Housing first	10
Housing first i Norge	11
2.6 Skadereduksjon	11
2.7 Relasjon og håp	11
Roller	12
Håp	12
2.8 Klientsentrert terapi	13
3.0 Metode	13
3.1 Det kan være svakheter med litteraturstudie som metode.....	14
3.3 Datainnsamling og valg av kilder	14
3.2 Resultater	15
3.3 Funn	15
4.0 Diskusjon	18
Recovery orientert arbeid i psykiatritjenesten	18
Samarbeidet mellom bruker og hjelper (Sosionom)	22
Betydningen av håp i recovery – prosessen	25
5.0 Avslutning	27
Litteraturliste.....	29

Det er ikke nok å vite, man må også bruke kunnskapen. Det er ikke nok å ville, man må også gjennomføre.

– Goethe

Håpet er den ulykkeliges annen sjel.

– Goethe

1.0 Innledning

Mennesker som lever med samtidig rus og psykiske lidelser er en gruppe som er mere i søkelyset enn tidligere, det er et omtalt tema akkurat i disse dager med tanke på forslaget om en ny rusreform. Det er når det er minst to uavhengige sykdommer til stede at begrepet ROP-lidelser er i bruk (Evjen et al., 2018, s. 24). Det er fortsatt noen mangler rundt denne gruppen pasienter som handler om alt fra utredning, oppfølging og behandling og «hvem har ansvaret for hva» når det gjelder mennesker med ROP-lidelse. Nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP- lidelser, er utgitt av Helsedirektoratet (2012). Retningslinjen er utgitt for at de personer som har en ROP lidelse skal kunne få den rette hjelp og behandling og muligheter i livet, tross sine utfordringer på lik linje med andre medmennesker i samfunnet. Retningslinjen bygger på relevant forskningskunnskap om temaet i lag med råd og erfaringer fra brukere samt kommune- og spesialisthelsetjenesten sine fagmiljøer (Helsedirektoratet, 2012, s. 3).

Personlig ser jeg på denne økte interessen fra fagfeltet for denne gruppen brukere, som både viktig og etterlengtet. I min praksisperiode ved en behandlingsinstitusjon for rusavhengige, erfarte jeg at mennesker med både rus og psykisk lidelse støtte på en hel del utfordringer knyttet til sitt behandlingsopphold. Flere av brukerne opplevde at det var vanskelig å skille deres ulike hjelpebehov da deres ruslidelser og psykiske helseplager ofte var så sammensatte. Jeg erfarte at det til tider resulterte i situasjoner som ble vanskelig å handtere. Da blir spørsmålet om det er rusuget eller den psykiske lidelsen som fører til eksempelvis isolering eller selvskading? Eller en kombinasjon? Tilnærmingen innenfor recoveryorientert psykisk helse og rus-tjenester er at mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer kan leve tilfredsstillende og meningsfulle liv. Recovery handler enkelt fortalt om personer med psykiske helse- og/ eller rusproblemer sine ulike måter å beherske situasjonen sin på, alene og i lag med andre (Borg, 2016, s. 34).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for dette feltet fikk jeg etter å ha vært i praksis innenfor rusbehandling våren 2020, der behandlingen gikk ut på å «ta tak» i eget liv og behandling på veien mot en bedre hverdag. Recovery slik jeg ser det, omhandler hele mennesket fra det å finne en mening med å stå opp om morgenen, til å kjempe mot rusen og til det å kunne ha en mulighet til å delta i samfunnet på lik linje med sine medmennesker. Interessen for recovery kom tidlig i praksisperioden, da jeg så hvor mye det preget arbeidet vi skulle gjøre i lag med brukerne. Stor fokusering på ansvar, sette seg egne mål og planarbeid for gjennomføring og ansvar for endring av mål og

planer underveis. Gjennom å delta i lag med brukerne både i de hverdagslige ting og tilstedeværelsen i gruppeterapi gav meg et innblikk i viktigheten av selv å «ta tak» om endring skal kunne skje. Å oppleve mennesker over tid og å se dem vokse og finne tilbake til seg selv med ønsker og glød for fremtiden, gav meg et sterkt ønske om å fortsette å arbeide recoveryorientert med akkurat denne gruppen. Ved å vise til noen områder innenfor de yrkesetiske retningslinjene for sosialt arbeid, ønsker jeg å belyse relevante og viktige deler av sosialarbeideren sitt ståsted i arbeidet med sårbare grupper. Det trekkes frem blant annet her viktigheten av opparbeiding av tillitt i relasjonen, omsorg, åpenhet og redelighet (*Yrkesetisk grunnlagsdokument, 2015, s. 5*).

1.2 Valg av problemstilling og formål med oppgaven

I valg av problemstilling ble det for meg naturlig å se på hva det er vi som fremtidige sosialarbeidere har som rolle i recoveryprosessen hos rusavhengige. Og ut fra dette temaet har jeg valgt problemstillingen: «*Hvordan kan sosionomen bidra til recovery hos rusavhengige i rus og psykiatritjenester?*»

Recovery er et begrep som brukes på ulike måter, og på norsk er det også omtalt som bedringsprosess. Det fremstilles som en modell, en filosofi, en tilnærming, en visjon, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en bevegelse, et paradigme og en myte blant skeptikere. Recovery er ikke noe nytt konsept eller utgangspunkt. Mennesker som har egne opplevelser med psykiske helseplager og deres pårørende, har visst lenge at de med eller uten behandling vil kunne komme seg (Borg et al., 2013, s. 9). Relasjon er et ord som i hverdagen brukes mye, og det er et nødvendig begrep innenfor den faglige kommunikasjonen. Her er det kontakten mellom mennesker både i det daglige og i yrkessammenheng, slik det vil være mellom en bruker og en sosialarbeider. Relasjonsbegrepet har i lang tid blitt brukt, der oppgavene innenfor sosialt arbeid har vært nært koblet sammen mot dette. Innenfor sosialt arbeid er det enkelte som vil antyde at relasjonsarbeid er sidestilt med det, og da fremhever noe viktig i sosialt arbeid (Levin & Ellingsen. T, 2015, s. 112). Rusmiddelavhengighet kjennetegnes ifølge folkehelseinstituttet (2014) av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser (Folkehelse rapporten, 2014, s. 2). Det greske uttrykket *psykhe* betyr sjel og derfra kommer ordet psykisk, som symboliserer det indre liv eller personlighet, til forskjell fra det sansbare

og kroppslige. En fellesbetegnelse på lidelsene innenfor følelseslivet er psykisk lidelse eller sinnslidelse, og blir i vårt vestlige samfunn sett på som behandlingstrengende grunnet sykdom (Snoek & Engedal, 2017, s. 19). Håp hjelper mennesker å mestre situasjoner som er vanskelige, vonde og der en opplever lidelse, tragedier, tap, nederlag, kjedsomhet og ensomhet. Håp er en indre faktor som kjennetegnes ved ønsket om å finne fram til eller oppfylle et mål, på samme tid som forhåpningen om det som ettertraktes eller ønskes er mulig å oppnå og ligger innenfor mulighetenes grenser (Travelbee, 1999, s. 117).

Med denne oppgaven ønsker jeg å få mere kunnskap om hvordan recovery anvendes i behandling av rusavhengige. Mine forskningsspørsmål er som følger: 1. *Hvordan kan man jobbe recoveryorientert i rus og psykiatritjenesten?* 2. *Hvordan kan samarbeidet mellom brukere og sosialarbeidere være?* 3. *Har begrepet håp noe å si for recovery-prosessen?*

2.0 Teori

2.1 Recovery

Psykologen William A. Antony har utarbeidet en definisjon som er ofte omtalt, og den lyder slik;

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (Møller, 2014).

«Nå er det Recovery som gjelder» uttrykker forfatterne som har arbeidet siden midten av 1970 tallet innenfor psykisk helse og rus (Karlsson & Borg, 2017, s. 21). Der de har sett rehabiliterings og behandlingsformer av ulik art komme å gå, med ulike titler, men med likt innhold. De påpeker at de historiske erfaringer som er gjort innenfor feltet er særdeles viktig i arbeidet med mennesker med rusvansker og psykisk helse. Denne viktigheten omhandler forståelsen rundt samarbeidet mellom brukerne av tjenestene og fagpersonene, samt forståelsen av hva psykisk helse og rus rommer (Karlsson & Borg, 2017, s. 21). Som fagperson i arbeide med recovery handler det om å ha personen og dens livssituasjon som midtpunkt gjennom hele prosessen, som igjen er å ikke springe forbi personen, men å gå ved siden av. Brukeren selv har ønsker om hva som skal til for å oppnå endring i eget liv, dette er

noe fagpersonen må ha tillit til. Det er i samarbeid med brukeren fagpersonen bidrar med tilrettelegging slik at endring kan finne sted (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). Flere studier innen recoveryarbeid peker på betydningen av fagarbeidernes fokus på optimisme og håp (Andvig, 2016, s. 163).

Karlsson & Borg (2017) bemerker at recovery består av noen elementer. Deriblant trekker de frem at brukeren føler at han/hun er verdsatt og opplever at han/hun får støtte fra andre mennesker. Videre føler brukeren seg i sosiale sammenhenger velkommen, akseptert og involvert i meningsfulle aktiviteter (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). For å kunne finne frem til det brukeren ønsker komme, må fagpersonen ikke generalisere, men være nøye å lytte til hva brukeren svarer på spørsmålene (Karlsson & Borg, 2017, s. 26). Brukeren med sine ønsker, kompetanse, drømmer og ressurser for eget liv og som medmenneske med plikter og med fulle menneskerettigheter må anerkjennes som medborger. Aksept å leve med forskjeller og mangfold er en grunnleggende hensikt med Recovery. Alle mennesker skal ikke være like og dette må aksepteres, å omtale seg selv som annerledes er fullt lovlig (Karlsson & Borg, 2017, s. 27).

I NAPHA (2010) vises det til at recovery er en praksis der en med utgangspunkt i brukeren sine erfaringer og at han/hun er ekspert på seg selv, stiller hjelperens faglige kunnskap og kompetanse til rådighet. Tillit, ærlighet og åpenhet skal relasjonen være basert på, der bruker og hjelper er likeverdige medspillere der målene til brukeren står i sentrum. Å kunne ta ansvar for eget liv er målet, der brukeren har ferdigheter, støtte, nettverk og er rikelig informert (NAPHA, 2010).

2.2 Rus og psykiske lidelser (ROP)

Begrepet ROP-lidelse bruker vi for å antyde at det er minst to uavhengige sykdommer samtidig, både ruslidelse og psykisk lidelse. Begrepet «concurrent disorders» (samsykelighet) eller «dual diagnosis» (dobbeltdiagnose) brukes ofte internasjonalt (Evjen et al., 2018, s. 24). Mennesker med betydelig nedsatt funksjon på grunn av ruslidelse og mindre psykisk lidelse inkluderes her og omhandler arbeid, sosial fungering, bosituasjon eller på andre avgjørende livsområder. Det er både avhengighet og skadelig bruk av illegale og legale rusmidler vi forstår med ruslidelse (Evjen et al., 2018, s. 24). Det er godt dokumentert at kombinasjonen psykisk lidelse og ruslidelse mange fører til omfattende funksjonsnedsettelse, da ofte med konsekvenser som kan være dramatiske både for personen, nettverk og de pårørende. Denne gruppen er de som må vente lengst på behandling og mange faller utenfor

behandlingstilbudene i kommunale tjenesteapparat og i spesialisthelsetjenesten. I praksis blir noen overlatt til seg selv, mange avvises uten noe fungerende tilbud. Pasienter med rusproblemer og alvorlig psykisk helse berøres sannsynligvis av en livssituasjon med problemer innenfor det sosiale, arbeid og økonomi. Brukerne i denne gruppen kan se ut til å være uten bolig oftere enn andre pasientgrupper og har gjerne behov for oppfølging, samt omfattende og langsiktig rehabilitering (Evjen et al., 2018, s. 24).

Det er jevnlig bruk av flere typer rusmidler som gjør at disse brukerne akutt innlegges til avrusning, og det er disse menneskene innenfor psykisk helsevern som oftest legges inn på tvang. Sykdomsutviklingen er raskere enn hos andre pasienter med psykiske lidelser og belastningen på pårørende er betydelig. Avvikende atferd finner man ofte hos disse pasientene, de kan være i kontakt med kriminalomsorg og politi og risikoen for selvmord er stor (Evjen et al., 2018, s. 24–25). Tanker, følelser og væremåter blir påvirket av å ha psykiske lidelser, som i dagliglivet og omgivelsene rundt kan gi store følger. Brukere med en ROP-lidelse har gjerne problemer med å fungere i hverdagen, og det kan være vanskelig både med tanke på bosituasjon og det å kunne ha et godt forhold til familien. Det å komme seg ut i arbeid og klare å stå i et arbeidsforhold kan også være utfordrende. Denne gruppen utsettes gjerne for stigmatisering, kan føle seg utstøtt og at de ikke strekker til. Kombinasjonen av begrenset tilstedeværelse og redusert fungering skaper vanligvis onde sirkler der forbindelsen til vanlige sosiale sammenhenger svekkes og avvikerrollen styrkes. Påkjenningene ved å bli utstøtt forsterker og forverrer ofte lidelsene. Det dreier seg ikke alltid om hvilken diagnose brukeren har, men ved en psykisk lidelse er alvoret knyttet til hvordan symptomene og problemene påvirker dagliglivet til den enkelte (Evjen et al., 2018, s. 26).

2.3 Fire forklaringsmodeller

I behandling og forebygging av ROP-lidelser, er antakelser eller forklaringer om måten psykiske symptomer og rusbruk samspiller på avgjørende. Det finnes fire ulike forklaringsmodeller som omhandler ROP-fenomenet (Evjen et al., 2018, s. 27).

Skademodellen

Her antar man at ruslidelsen ikke ville ha utviklet seg om det ikke var for at den trigget den psykiske lidelsen, som mennesker ofte sier «Fylla har skylda». I denne modellen er det senvirkningene av rusmiddelbruket som forklarer de psykiske symptomene. Her kan man til dels forklare sammenhengen mellom psykoseutvikling som kommer tidlig og bruk av cannabis (Evjen et al., 2018, s. 27). Flere undersøkelser viser at en schizofrenidiagnose hos

unge med ruslidelse opptrer oftere enn om de ikke hadde ruset seg. Hos personer som misbruker opiater kan angstlidelser og depresjoner være betydelig påvirket av ruslidelsen. Depresjoner og vesentlig høyt alkoholbruk viser seg også å ha en slik sammenheng (Evjen et al., 2018, s. 27).

Selvmedisineringshypotesen

Er det fordi en person er engstelig at han/hun drikker, eller på grunn av depresjon eller tristhet at sentralstimulerende midler tas? Er det en økt risiko for unge med psykiske lidelser å bli rusavhengig senere i livet? Mange rusavhengige har vært utsatt for traumer og overgrep i barndommen eller de kjenner at voksenlivet av andre grunner er problematisk (Evjen et al., 2018, s. 28). Ut fra disse hendelser i livet utvikler noen posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Mange ROP-pasienter sier selv at for å dempe angst er inntak av beroligende medikamenter god hjelp og ved uro er alkohol en måte å roe ned på. Dersom konsentrasjonsevnen ikke strekker til økes denne med sentralstimulerende midler, slik har selvmedisineringshypotesen gehør hos disse pasientene (Evjen et al., 2018, s. 28).

Felles årsak-modellen

Denne modellen ser på en felles årsak bak den psykiske lidelsen og ruslidelsen, der en kan søke etter svar i form av belastning psykologisk, relasjonsbrudd, traumer eller overgrep (Evjen et al., 2018, s. 28). Arvelighet er et eksempel på en felles årsaksfaktor som det forskes på, der en ser på om psykisk lidelse og rusbruk utvikles på grunn av genetiske årsaker. Utvikling av ROP-lidelser og om det finnes en genetisk sårbarhet for utviklingen av den, er det tross alt ikke funnet noe dekning for. Sammenlignet med den øvrige befolkningen viser det seg derimot at mennesker med ROP-lidelser ofte kommer fra familier med mer psykiske lidelser enn ruslidelser. For noen som har opplevd en traumatisk barndom er det rimelig å tro at økt risiko for rusmisbruk er i tråd med dette, men uten at det er forutbestemt (Evjen et al., 2018, s. 28).

En gjensidig påvirkning

Interaksjonshypotesen undersøker om det er et samspill mellom flere elementer som er med på å bidra til ROP-lidelser (Evjen et al., 2018, s. 29). Hvorfor mennesker med psykiske lidelser synes å ha en sårbarhet for utvikling av rusmisbruk kan ikke forklaringsmodellene redegjøre for, men at en del risikofaktorer som arbeidsløshet og nedstemthet hos personer

med dobbeltdiagnoser ser ut til å forekomme oftere hos disse brukerne (Evjen et al., 2018, s. 29).

2.4. «Assertive Community Treatment» (ACT)

Assertive community treatment er også kalt på norsk «aktivt oppsøkende behandling» (Aakerholt, 2014, s. 10). På starten av 70-tallet i delstaten Wisconsin (USA) har ACT-modellen sin opprinnelse fra, der en del av den samfunnspsykiatriske bevegelsen protesterte mot gjeldende «asyntenkning». Store deler av de største psykiatriske sykehusene ble avvirket og for å forhindre at pasientene skulle bli bostedsløse eller «svingdørspasienter», ble det utviklet metoder av engasjerte fagfolk. Disse metodene omhandlet oppfølging i nærmiljøet av pasientene med de alvorligste lidelsene, modellen ble kalt Training in Community Living (Aakerholt, 2014, s. 10). ACT har til hensikt å beholde en tett og regelmessig kontakt med pasienten i oppfølgingen for å kunne følge med i deres helsetilstand, og med dette som utgangspunkt kunne gi en rehabilitering og behandling som er effektiv ifølge Leonard Stein. Denne behandlingen omhandler det å lære å mestre. Pasienter som mottar ACT-behandling har ofte behov for en tett og langvarig oppfølging der behandlingen skal bidra til økende mestring av deres psykiske utfordringer (Aakerholt, 2014, s. 11).

ACT-team

En internasjonal og vel utprøvd teammodell er «Aktivt oppsøkende behandlingsteam der pasienten befinner seg» (ACT-team) (Biong & Ytrehus, 2018, s. 254). Denne modellen er nå prøvd ut i flere kommuner i Norge. Teammodellen er sterkt knyttet til distriktspsykiatriske senter (DPS), men kommunenes helse- og sosialtjenester kan ha medlemmer i disse teamene. Personer med alvorlig psykisk lidelse derav også ofte i kombinasjon med rusmiddelbruk retter denne modellen seg mot, og det er bestemte betingelser for hvem som kan motta tjenester fra disse teamene. Å sikre «kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet, å redusere innleggelse og å forbedre pasientens livskvalitet og fungering» er målet med ACT-team. For å kunne gi hjelp til brukerne innenfor alle livsområder der de har behov for det, er disse teamene tverrfaglig, noe som tilsier at de har kunnskapen som trengs i teamet. Her stilles det bestemte krav til fagkunnskapens sammensetning. Positive resultater kommer frem i en vurdering der et flertall av brukere som tidligere var krevende å nå frem til, nå på grunn av teamene har fått den grunnleggende hjelpen de trenger (Biong & Ytrehus, 2018, s. 254).

2.5 Housing first

Psykiateren og forskeren Sam Tsemberis utviklet i New York i 1996 «Housing first»-modellens første program (Evjen et al., 2018, s. 168). Målet var varig bolig for bostedsløse med ordinær leieavtale der brukere skulle få et tilbud om oppfølging etter egne ønsker og

behov. Alle har rett til et sted å bo er denne metodens strategi, det som legges til grunn er brukerens sine ønsker og behov i den oppfølgingen som de tilbys. Organiserte tjenester og tett oppfølging tilbys, og brukermedvirkning er grunnleggende og boligene er varierende plassert i ordinære boligområder. Beboerne i Housing first opplever en bedre psykisk helse og rusbruken er redusert ifølge nyere undersøkelser (Evjen et al., 2018, s. 168).

Housing first i Norge

Det er blitt satt i gang en rekke prosjekter med Housing first i Norge (Evjen et al., 2018, s. 170). Flere av forsøkskommunene tilbydde kommunale utleieboliger som ikke lå rundt i bebyggelsen, men derimot lå tett sammen kommer frem i en evaluering. Å beholde boligen kan den enkelte greie og evalueringen viser at med god oppfølging er dette mulig. Mange av deltakerne opplever problemer med sosial isolasjon, mangel på aktivitet og ensomhet. Det viste seg at 70 % av deltakerne ennå bodde i boligene ett til to år etter innflytting, som er et viktig funn her. I Norge har antallet bostedsløse gått ned viser senere undersøkelser, modellen har vært i de kommunene der det har vært stor nedgang. Housing first har i arbeidet med bostedsløse i Europa og USA og resultert i meget gode resultater (Evjen et al., 2018, s. 170).

2.6 Skadereduksjon

Skadereduksjon skal fremme bedre livskvalitet og helse, samt bidra til å minske konsekvensene og de negative sidene av utfordringene. Innenfor rusfeltet kan skadereduksjon være veiledning og råd, vaksinasjon, tilgang på rene sprøyter, LAR-behandling, helseundersøkelse, ernæringstiltak eller overdoseberedskap (Helsedirektoratet, 2014, s. 58). Innen psykisk helsetjenester kan behandlingen også ha skadereduksjon som mål, det begrenses ikke kun til rusmiddelproblemer, eksempelvis kan forebyggende behandling ved langvarig tilbakefall benyttes som mål. Alkohol, stress og andre rusmiddelproblemer, samt stressfaktorer som mangel på bolig og dårlig økonomi øker også faren for tilbakefall. Tiltak som bidrar til balanse rundt brukeren er nettverk, arbeid, fokusering på bolig, involvering av pårørende og familiekontakt samt å minske at brukeren utsettes stressfaktorer (Helsedirektoratet, 2014, s. 58).

2.7 Relasjon og håp

Det vil etter Bøe og Thomassens (2007) mening være naturlig å snakke om en relasjon når det mellom to mennesker er skapt en samhørighet, med en gjensidig følelse av at man har en betydning for hverandre. Kvalitetene på nærheten som har oppstått kan være ulik, de kan være relatert til tanker, tro, opplevelser, aktiviteter eller følelser (Bøe & Thomassen, 2007, s. 186). Man skal «tillate seg å være personlig» omtaler forfatterne som det mest grunnleggende, det må være lov å kunne gå inn i en relasjon som synliggjør hele seg og sin personlighet. Der en

kan uttrykke sitt livssyn, tro og sine holdninger. Der ens egne meninger, oppfatninger i samtalen om den handler om moral, samfunn eller politikk kan få komme til uttrykk. Om en holder dette tilbake kan man virke fraværende, og i den gode relasjonen er det «personer» som må treffes (Bøe & Thomassen, 2007, s. 187). For å kunne dra nytte av et samarbeid mellom bruker og hjelper, viser forskning over tid at det er relasjonen mellom disse to som har sterkest kraft (Ness, 2016, s. 58).

Roller

For å kunne bygge gode relasjoner må det være åpning for å kunne gå ut av roller, rollene som profesjonelle som er definert av vår stilling og plassen man har i tjenesten. Dersom en fagperson er ekstra engasjert i relasjonen til brukeren, kan det gi stor mening for den enkelte. Et eksempel kan være fagpersoner som involverer seg og stiller opp ut over det som er krevd ut fra funksjon, rolle og stilling, noe som kan gi brukeren noe helt spesielt, som ekstra livsglede, trygghet og håp (Bøe & Thomassen, 2007, s. 189). Opplevelsen for den det dreier seg om, at akkurat denne ansatte virkelig ønsker å hjelpe personen og ikke kun han eller hun som bruker eller pasient, tilsier at det er noe unikt og ekte på gang. Her dreier det seg ikke bare om en utføring av en oppgave gjort av en fagkyndig, men der noen gir noe ekstra med et selvstendig engasjement og ønske. Brukeren og den ansatte kan med dette få opplevelsen av noe betydningsfylt som er med å tilføye livet betydning. Slik handlingskraft eller slik interesse ut over funksjonen og rollen til en ansatt, kan bidra til at den som er hindret av sine psykiske problemer tar nye steg eller vendinger (Bøe & Thomassen, 2007, s. 190).

Håp

Det er ut fra en god kontakt mellom tillit og mistillit lærdommen til å håpe ligger ifølge Erikson (Travelbee, 1999, s. 118), og når omgivelsene tilrettelegger for at denne kunnskapen kan få vokse. Håp er bestandig tilknyttet en forhåpning om at hjelp vil man kunne få av noen, dette spesielt i situasjoner der man kjenner at egen indre styrke ikke vil være nok (Travelbee, 1999, s. 118). Det er når man ser fremover og går inn for å gjøre en forandring i livet at håpet viser seg og i situasjonen «her og nå» gjøres handlinger slik at man kan klare det man håper på i framtiden. Man kan binde sammen valg til håp, troen på at det finnes utveier og muligheter i vanskelige hendelser gir mennesker et utgangspunkt til følelse av frihet og selvstendighet (Travelbee, 1999, s. 119). Viljestyrke og tillit har nær tilknytning til håp. Viljestyrken på sin side står for evnen til å stå i det, kjempe over tid, gang på gang og der tilliten til at det finnes noen som har kunnskap og evne til å bistå om situasjonen skulle tilsi at man trenger hjelp. Dette er viktige elementer i rehabilitering og bedringsarbeid. Håp er forenelig med mot og det må man ha for å kunne håpe. Og når man på tross av frykt for å ikke

strekke til klamrer seg til målet, har man mot (Travelbee, 1999, s. 120). Mennesker flest er antakelig ikke klar over den mengde mot som ligger i dem, dette da det er komplisert å bedømme egen opptreden i en uventet hendelse (Travelbee, 1999, s. 121)

2.8 Klientsentrert terapi

Innenfor den amerikanske psykologien finner man Carl R. Rogers som er en av de mest fremtredende innen den humanistiske retning (Rognes, 1979, s. 9). Berømmelsen til Rogers stammer fra to viktige forhold, den klientsentrerte terapien med personen i sentrum og at han var en forkjemper for undersøkelser av kunnskap tilknyttet psykoterapien (Rognes, 1979, s. 9). Innen kliensentrert terapi og humanistisk psykologi ble det lagt fire forhold til grunn, disse var ærlighet, ubetinget respekt, varme og empati (Eide & Eide, 2004, s. 125). Med tiden vokste det frem en grunntanke hos Rogers om at enhver person har et medfødt anlegg til vekst og utvikling, og at man har en naturlig vilje til å føle en trang til å sette ut i livet denne kompetansen. Aristoteles hadde på sin tid tanker om at man selv må gjøre noe for å komme frem til målet, hos Rogers settes den tanken inn i en terapeutisk og relasjonell kontekst (Eide & Eide, 2004, s. 126). Menneskesynet til Rogers er håpefylt, slik formulerte han det under et intervju i 1977; «Jeg har aldri hatt grunn til å tvile på menneskers evne til forandring. Når det gjelder samfunnet derimot, har jeg vanskelig for å bevare mitt positive syn. Til tross for dette har jeg mine drømmer om hvordan psykologien kunne bidra til et skifte i verdier» (Eide & Eide, 2004, s. 128).

Rogers humanistiske psykologi har bidratt til begeistring og inspirasjon i det relasjonelle arbeidet mellom hjelper og klient i de senere år. Dette sees på som en ideell teori, der meningen er å legge vekt på det gode forholdet mellom terapeuten og klienten (Eide & Eide, 2004, s. 128). Empatiforskeren Per Nerdrum understreker at ambisjonen om «den gode relasjonen» kan se ut til å påvirke motivasjonen og fremmedgjøre den. Dette da ikke alle klienter ønsker eller er i stand til å kunne ta del i en god kontaktsituasjon. I noen forhold er det ikke nok og møte personen med varme, respekt, åpenhet og empati for å få til en endring. Det er behov for oppfølging og kontroll i mange tilfeller, der personene har behov for mer enn å bli møtt og hørt (Eide & Eide, 2004, s. 128).

3.0 Metode

Metoden gir oss informasjon om hvordan man bør gå frem når man skal innhente eller etterprøve kunnskap. Grunnlaget for et bestemt metodevalg er at vi hevder det vil tilføre oss gode opplysninger, og på en interessant og faglig måte vil dette kunne gi oss svar på våre

spørsmål (Dalland, 2007, s. 71). I litteraturstudier handler *metoden* om å søke i aktuelle databaser etter vitenskapelige originalartikler. Søkehistorikken er en del av metodedelen, som omhandler hvilke krav det er til litteraturen som skal benyttes og er med på avgrensning av søk. Det er informasjonskunnskapen i en litteraturstudie, metodekunnskapene handler om. Evnen til å være på jakt etter hvilke temaer fremtidige kollegaer skal arbeide med, å avklare hvilke søkeord som er benyttet for å komme frem til de bestemte temaene, samt å være på søken etter forfatterne sine spørsmål i artiklene (Støren, 2013, s. 37). Å ha evne til å engasjere seg i innhold som man i grunn kanskje ikke er interessert i, men som man kan bli nysgjerrig på når man undersøker det mer (Støren, 2013, s. 37–38).

3.1 Det kan være svakheter med litteraturstudie som metode

I karakterisering og vurderingen av litteratur som er valgt, benyttes begrepet «kildekritikk» og omhandler også andre kilder som er brukt i oppgaven (Dalland, 2007, s. 68). Det er viktig å trekke frem om litteratur som er benyttet i oppgaven er i samsvar med dagens situasjon på feltet. Man skal med kildekritikken vise at man forholder seg kritisk til de kilder man benytter seg av i arbeidet. Målet er her å vise hvilke kriterier man har benyttet seg av i utvelgelsen av disse, samt hvilken litteratur man har hatt tilgjengelig (Dalland, 2007, s. 69).

3.3 Datainnsamling og valg av kilder

I søken etter kilder som var relevant for min oppgave er det via universitetets bibliotekjeneste Oria både lokalt og i norske fagbibliotek jeg fant de utvalgte artiklene. Ut fra valgt tema og problemstilling, brukte jeg søkeordene og kombinasjonene slik:

Søkedato	Begrenset til år	Søkeord	Antall treff
05.02.21	2015-2020	Recovery	783.762
		Recovery i Kommunehelsetjenesten	13
		Rus og recovery	162
		Bedringsprosess	42
08.02.21	2015-2020	Recovery Eller individuell Eller sosial	25
		Rus og recoveryprosess	3
		Recovery Eller selvhjelp Eller muligheter	3
09.02.21	2015-2020	Recovery*	1.051.582
11.02.21	2015-2020	Recovery Eller ønsker Eller mestring	28
15.02.21	2015-2020	Håp i rusen	55
21.02.21	2015-2020	Bearbeiding Eller håp	28

25.02.21	2015-2020	Recovery og helsetjenester	37
----------	-----------	----------------------------	----

Ut fra disse søkene fant jeg fire artikler som danner utgangspunkt for å besvare valgt problemstilling og forskningsspørsmål. Disse fire artiklene ble valgt ut fra faglige kriterier, med tanke på avgrensing av oppgaven og teorigrunnlag. Forskningsartiklene jeg har benyttet meg av har alle utgangspunkt i en nordisk kontekst. Dette da jeg har interesse av hva som forskes på i vårt samfunn og kan være med å gi meg en forståelse av recovery behandlinger i rus og psykiatritjenester i Norge og sammenlignbare land.

I valg av teori til bruk i min oppgave har jeg benyttet meg av universitetets hovedbibliotek der jeg har funnet relevant faglitteratur, og ut over dette har jeg brukt nettsteder som har relevans i forhold til valgt tema. Nettstedene jeg har benyttet meg av er helsedirektoratet.no, napha.no, fhi.no, rop.no, regjeringen.no. Grunnet Covid-19 pandemien har det vært begrensninger i fysisk bruk av bibliotekets tjenester. Da det ikke var mulig å få veiledning fra bibliotekar i litteratursøk, benyttet jeg meg av nettjenestene som biblioteket kunne tilby. «Skrivenatt» med biblioteket ble arrangert 16.02.21, noe som for meg var veldig nyttig, der fikk jeg informasjon og svar på de tingene som jeg trengte hjelp til i min oppgaveskriving. Videre i teoridelen har jeg brukt egne pensumbøker fra studiet som var relevant for å kunne svare på oppgaven min.

3.2 Resultater

Innenfor området rus og psykiatri er det i dag stort fokus på recovery begrepet. Etter å ha lest forskningsartikler innenfor dette emnet kan det se ut som at samtidige lidelser som omtales som ROP-lidelser ofte henger sammen. Jeg vil her sammenligne resultater fra de fire artiklene som jeg har valgt ut og vurdere de opp mot min problemstilling «*Hvordan kan sosionomen bidra til recovery hos rusavhengige i rus og psykiatritjenester?*».

3.3 Funn

I artikkelen «*Her tar de tingene i henda og gjør noe med det*» trekker Biong & Soggiu (2015) frem at deltakerne opplever å bli møtt med respekt for egne grenser av de ansatte. Deltakerne uttrykker at teamet kan «mase,» men ser på det som at de er nysgjerrige på ressursene deres. Gjennom sammen å lage planer og mål får de bedre struktur. Etter en tid kan deltakerne bli mer «spontane», der de tar en telefon og foreslår noe. Å få hjelp til noe som oppleves vanskelig, åpenhet og tilgjengelighet er viktig. Det er her, når dagliglivet blir et problem at teamet er der for en. «Grenser er satt på forhånd angående rusing, dermed blir jeg ikke avvist. Men kunne tenkt meg mere kontakt når jeg ruser meg» uttaler en deltaker. Deltakerne

beskrev: At kontakten med teamet var preget av anerkjennelse og respekt, der likeverd var formen de praktisert ut fra. Dette da de i teamet gikk litt utenfor den tradisjonelle hjelperrollen. Deltakerne hadde erfaringer med her at de kunne oppnå kontakt med de ansatte i helger og på kveldstid. De opplevde slik fleksibilitet og tilgjengelighet fra teamet. Viktigheten med relasjonen til teamet ble beskrevet fra flere, som erfarte betydningen av at kontakten varte over år. Det ble påpekt fra deltakerne at de opplevde at i samarbeidet var de selv aktive pådrivere. Etter eget ønske fra deltakerne mottok de hjelp til praktiske gjøremål og slik startet samarbeidet. Ut fra dette kunne det virke som at det frembrakte et godt utgangspunkt for et samarbeid, der deltakernes syn på form og innhold var sentral. Dette skapte tiltro til de ansatte. Samarbeidet hadde hverdagslivet i fokus. Tjenestene som deltakerne beskriver hadde innhold som samvær, samtaler, hjelp til økonomi, arbeid/aktivitet, praktisk hjelp i hjemmet eller helsehjelp. I møte med flere instanser trakk flere av deltakere frem viktigheten av teamet som støttespiller. Mange deltakere kunne fortelle at deres psykiske helse var bedret og at de ruset seg mindre med den hjelp og innsats de mottok fra teamet. Den kritikken som deltakerne hadde, var rettet mot mangler ved systemet. Erfaringer i denne artikkelen dokumenteres gjennom egeninnsatsen til brukerne i samarbeid med teamet. I artikkelen til Biong & Soggiu (2015), pekes det på at nysgjerrigheten på ressursene til brukerne kan synes å være knyttet til forutsetninger for å skape ny identitet og håp. For å kunne skape forutsetninger for vendepunkter er arbeid med håpefull praksis og håp betydningsfullt ifølge Davidson et al (2008).

I artikkelen «*Her er det rom for medmenneskelighet*» ser Meese & Ekland (2017) på behandlingsmodellen «Assertive Community Treatment» (ACT). Behandlingsmodellen «Assertive Community Treatment» (ACT) ble utviklet i USA på 1970-tallet. Målgruppen er personer i voksen alder som er diagnostisert med langvarige psykoselidelser og der over halvparten i tillegg har et rusmiddelbruk. I denne studien er det informanter fra Danmark og Norge som jobber i ACT- team ut fra et recovery perspektiv. utfordringer i henhold til New public Management kan skape etiske og faglig utfordringer innenfor psykisk helsearbeid. Det er pasientenes ønsker, behov, ressurser og verdier som det handler om samt å undersøke og hjelpe pasientene til å få satt ord på det. Det handler om å arbeide med recovery-prosesser på pasientens premisser og å få tilgang til hans/hennes eget miljø og livsverden på en helt ny måte. En Norsk informant uttaler: «Det er ikke bare den medisinske behandlingen det dreier seg om, men det er også rom for medmenneskelighet som oppleves positivt og annerledes enn tidligere arbeidserfaringer innen psykisk helse». Modellen gir større handlingsrom, mer

selvstendighet, større fleksibilitet, bruk av kreativitet og mulighet til å prege behandlingen. En Dansk informant sier: «Teamet er «frivillige på tilbud». Det betyr at pasientene ikke presses til en behandling de ikke ønsker. Dette fremmer relasjonen, arbeidet med samarbeidsplaner og behandlingen. Det er mindre fokus på diagnose og «sykdom» og individuelle behov er i sentrum. Flere informanter uttrykker at de liker sine pasienter og at det er en takknemlig jobb å samarbeide med dem. hovedtyngden av teamets arbeid handler om å bygge opp og utvikle en bærende relasjon til pasientene tidlig i forløpet. Denne artikkelen omtaler ikke noe om pasientene sine håp i recovery – prosessen.

«*Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge - ansattes beskrivelser*» er en studie av Nordaunet & Andvig (2018). Housing first – modellen har en helhetlig helse- og sosialfaglig tilnærming, og har som målsetting å hjelpe mennesker med alvorlig rus- og psykiske helseproblemer med bolig og etablering. Denne modellen er utviklet i USA og kjennetegnes av et sett likeverdige og overordnede prinsipper: 1. Å ha en bolig ansees som en menneskerett. 2. De ansatte skal vise medfølelse, varme og respekt for brukerne. 3. Så lenge det er behov, skal de ansatte forplikte seg til å arbeide med brukeren. 4. Boligene skal være spredt med selvstendige leiligheter med skille mellom tjenestested og bolig med brukers selvbestemmelse og valg med skadereduksjon og recovery orientert tjeneste. Her tilbys oppfølgingstjenester som følger person, ikke bolig. Fokus for oppfølgingen er relasjonsbygging gjennom tverrfaglighet og ambulant eller oppsøkende tjenester. Arbeid med skadereduksjon skal sette personens ansvar og autonomi i sentrum fremhever Tsemberis (2010). I samarbeidet mellom bruker og ansatte benyttes skadereduksjon som et verktøy som er basert på brukerens verdier, valg og preferanser. Her jobbes det ut fra brukerens premisser der de ansatte møter dem med en ikke-dømmende holdning som bidrar til avstigmatisering i rusmiddelbruket. For å kunne snakke med brukerne om problematiske psykiske helseutfordringer og rus, poengterer de ansatte at en forutsetning var tillit. I det skadereduserende arbeidet mener de ansatte at samtaler er sentrale i arbeidet. Betydningen av å være aktiv oppsøkende og lett tilgjengelig på telefon ble fremhevet. De ansatte forteller videre, at om de ikke skulle få kontakt med brukerne, er det flere av beboernes leiligheter de har nøkkel til. En informant uttalte: «Det er særlig aktuelt der det dreier seg om fare for forverring av psykisk helse eller overdose.» Brukerne opplever det som en trygghet ifølge de ansatte. De ansatte uttrykte videre at ut fra de valgene brukerne tar, prøver de å gi best mulig livskvalitet til brukerne. I denne artikkelen er ikke begrepet håp brukt, men relasjon, tillit og trygghet er viktige elementer her.

I artikkelen «*Relasjonell recovery – utforskning av samarbeid som bidrar til personers recovery i et botilbud*» av Vibeito et al. (2019) er trygghet i relasjon en nødvendig forutsetning for å få til et godt samarbeid mellom beboere og fagpersoner. Det er ulike måter å utvikle trygghet på, eksempelvis gjennom samvær, hverdagslige gjøremål, gåturer med beboer og samtaler. Samværene eller samtalene kunne være spontane eller planlagte. De kunne være åpne eller ha en spesiell hensikt. En fagperson uttalte at «å smi mens jernet var varmt» handlet ofte de spontane situasjonene om. Fagpersonene måtte noen ganger «kaste seg rundt» når en beboer ga uttrykk for en åpning og innpass. Å tilpasse seg beboeren og ikke omvendt, var det de vektla i en bolig. En deltaker formidler: «også har vi de overordnede felles reglene på hvordan vi vil jobbe, men merker at de er ikke hogd i stein. Man må finne den ene som gjør at man får innpass og som kan åpne for at de får det lille glimtet som vi kan jobbe videre med». Ulike situasjoner trakk veksel både på tidligere livs- og praksiserfaringer og fagkunnskaper ifølge fagpersonene. De prøvde å være sensitive for beboerne sine ønsker og behov. En trygg relasjon så ut til å styrkes gjennom fellesskap og samvær. Ærlighet og oppriktighet og betydningen av dette overfor beboerne ble det snakket mye om blant deltakerne. Å møte de som medmennesker var viktig. Deltakerne har gode erfaringer med å gi skryt til beboerne for deres innsats. I denne studien understrekes relasjonens betydning, trygghet, både i det konkrete samarbeidet mellom fagpersonene og beboerne samt trygghet ved selve stedet. Mellommenneskelige forhold er gjennomgående i alle elementer av recovery som også inkluderer empowerment, identitet og håp (Robertson et al., 2016). Beboernes opplevelse av trygghet kan styrke deres rolle. Fagpersonene var opptatt av å støtte brukernes autonomi og valgmuligheter. Opplevelse av håp og mening i livet, samt å få tilbake noe av det som er gått tapt knyttes ofte til recovery.

4.0 Diskusjon

Recovery orientert arbeid i psykiatritjenesten

Recovery er basert på kunnskap ut fra undersøkelser om mennesker og deres egen lærdom med rus utfordringer og/eller psykiske helseplager. I denne kunnskapsutviklingen er det spesielt personer som gjennomgår psykoser og har vedvarende psykiske problemer som har vært deltagende til denne utviklingen (Borg, 2016, s. 33). Forskere er engasjert i recovery på lik linje med de som arbeider med psykiske helseutfordringer. Informasjon om recovery er dokumentert i kommunenes betingelser der recovery er blitt et verktøy og en del av måten og arbeide på, dette gjenspeiles i retningslinjer og veiledere som er utgitt for dette feltet (Borg,

2016, s. 37). For å kunne leve godt der man bor når psykiske helseplager preger livet, er det opp til personen selv og hva han eller hun gjør for å oppnå dette. Forskning viser viktigheten av å se den enkelte og deres ressurser både som individ og ute i hverdagen med det den mestrer å delta i av aktiviteter. Her er det viktig å kjenne på tilhørighet, støtte og håp i prosessen (Borg, 2016, s. 27).

«Assertive Community Treatment» (ACT) med sin opprinnelse fra USA ble til etter nedleggelse av psykiatriske sykehus og i frykt for økning av bostedsløse, og det ble utviklet metoder for oppfølging av disse pasientene i nærmiljøet. Denne tjenesten skulle være teambasert og ha et bredt spekter av tiltak (Aakerholt, 2014, s. 10). På den ene siden har denne recoveryorienterte behandlingsformen til hensikt er å ha en kontakt og oppfølging som er tett mellom bruker og teamet, samt å et fokus på mestring som ifølge Leonard Stein kan virke effektivt på behandling og rehabilitering (Aakerholt, 2014, s. 14). På den andre siden trekker Aakerholt frem viktigheten av motivasjon og oppmuntring i starten av behandlingsforløpet for å minske rusbruk og komme i gang med kartlegging og behandling av både ruslidelse og psykisk lidelse (Aakerholt, 2014, s. 12). I studien til Meese & Ekland (2017) refereres det til ACT-team derav to kommer fra Danmark og et team er fra Norge. Deltakerne er inndelt i fokusgrupper med fagarbeidere som er sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, psykologer, psykiatere og sekretærer. Det jobbes ut fra et recovery orientert perspektiv, der pasientenes ønsker, behov, ressurser og verdier er det som står i fokus. «Aktiv oppsøkende behandlingsteam der pasienten befinner seg» er en internasjonal teammodell som er utprøvd i flere kommuner i Norge. Herunder kommer de brukerne som har alvorlig psykisk lidelse som ofte er i kombinasjon med rusmiddelbruk. Disse teamene er tverrfaglige, noe som er viktig i hjelpesituasjonen til disse brukerne. Det vil si at teamet er satt sammen av fagfolk med den rette fagkunnskapen som trengs i dette arbeidet. Med denne tjenesten er målet å sikre en jevn kontakt med hjelpeapparatet der det blir mindre innleggelser, få til en bedre fungering som igjen kan forbedre livskvaliteten til brukeren (Biong & Ytrehus, 2018, s. 254).

Det kommer også frem i studien til Meese & Ekland (2017) at det i arbeidssituasjonen var viktig å hjelpe brukerne til å «sette ord» på hva de selv ønsket og trengte i behandlingen. I studien til Biong & Soggiu (2015) er det psykisk helse- og rusteam som arbeider med brukerne i denne undersøkelsen. Det viste seg at i dette teamet var det fagpersoner med ulik utdanning innenfor helse- og sosialfag. For det første uttrykker deltakerne at de føler at de ansatte møter de på en slik måte at de respekterer deres grenser og der de arbeider

recoveryorientert, gjennom sammen å lage planer og mål der de får bedre struktur. For det andre forteller deltakere i studien at etter en tid er gått med godt samarbeid der brukere har fått utformet egne mål ble de mer «spontane», der de kunne ta en telefon til ansatte i teamet og foreslå ting og der dette var helt greit. Deltakerne beskrev det som positivt at når hverdagen blir et problem og man har et behov «her og nå» da er teamet der for dem. Åpenhet og tilgjengelighet er viktig. «Grenser er satt på forhånd angående rusing, dermed blir jeg ikke avvist. Men kunne tenkt meg mere kontakt når jeg ruser meg» uttaler en deltaker, som igjen kan virke negativt i henhold til kontakten.

I behandling og oppfølging av mennesker som har ROP-lidelser kan det bli avgjørende hvordan de psykiske symptomene i lag med rusbruk fremtreder. Det er ut fra ROP-fenomenet gjort undersøkelser av fire forklaringsmodeller, der det er en skademodell, selvmedisineringshypotese, interaksjonshypotesen og felles årsak-modellen (Evjen et al., 2018, s. 27–29). I skademodellen kommer det frem at det er en senvirkning av rusmiddelbruk som har gjort til at de psykiske symptomene oppsto, og i selvmedisineringshypotesen kan det være traumer eller andre hendelser i livet som kan være en faktor til rusbruken og der ROP pasienter har uttrykt at de tar beroligende medikamenter, alkohol og sentralstimulerende midler (Evjen et al., 2018, s. 27–28). I felles årsakmodellen handler om opplevelser av psykologiske belastninger, traumer og overgrep nevnes. Det sees også på det genetiske som arvelighet i forskning for tiden. Den siste av modellene er en gjensidig påvirkning, der de ser de på om det kan ligge en sårbarhet i mennesker med psykiske lidelser som gjør at de utvikler et rusmiddelbruk (Evjen et al., 2018, s. 28–29). Forfatterne trekker frem fagpersonens rolle i recovery der personen og hele livssituasjonen er midtpunktet igjennom hele prosessen, samt å ha tillit til brukerens ønsker for å oppnå endring (Karlsson & Borg, 2017, s. 25).

Housing first modellen er en recoveryorientert tilnærming vi finner i studien fra Nordaunet & Andvig (2018). De ansatte som arbeidet med denne modellen i studiet hadde yrkesbakgrunn som sosionomutdanning, sykepleierutdanning, psykologifagutdannede og samfunnsvitenskapelige utdanninger. Denne modellen har en helhetlig helse- og sosialfaglig tilnærming, der bolig og etablering er målsetting for de med alvorlig rus- og psykiske helseproblemer. Tsembers utviklet i New York i 1966 det første programmet, der varig bolig og ordinære leieavtaler til bostedsløse med oppfølging var målet (Evjen et al., 2018, s. 168). Studien trekker frem fire prinsipper som er overordnet i arbeidet: bolig er en menneskerett, medfølelse, varme og respekt skal vises fra de ansatte, så lenge det er behov skal de ansatte

arbeide med brukeren. Det skal være et skille mellom tjenestested og bolig, der bruker har selvbestemmelse og valgmuligheter. I likhet med studien er det flere kommuner i Norge som har vært forsøkskommuner og der de ikke har greid å tilby annet enn kommunale boliger og der en del ensomhet og opplevelse av sosial isolasjon og mangel på aktivitet ble belyst. Men til tross for dette har en del av kommunene opplevd en reduksjon av bostedsløse og at de som deltok greide å holde på boligen over tid (Evjen et al., 2018, s. 170).

Studien til Nordaunet & Andvig (2018) viser til arbeid med skadereduksjon i tjenesten, det tilbys oppfølgingstjenester som følger personen og ikke boligen. Det som det settes søkelys på her er relasjonsbygging gjennom tverrfaglighet og ambulant eller ved oppsøkende tjeneste. For det første viser forskning gjort over en årrekke at for å kunne dra nytte av et samarbeid mellom bruker og hjelper, er det relasjonen over tid som har den sterkeste kraft (Ness, 2016, s. 58). Her viser forfatterne til roller og viktigheten av å kunne gå ut av «profesjonsrollen» i oppbygging av gode relasjoner, der man fjerner litt begrensninger og der ansatte kan tillate seg dette. Noe som kan gi stor mening for brukeren og den ansatte involverer og stiller opp ut over det som kreves som igjen kan gi brukeren noe spesielt som trygghet, håp og ekstra livsglede (Bøe & Thomassen, 2007, s. 189). I studien er skadereduksjon en viktig del av prosessen, som skal sette personen sitt ansvar og autonomi i sentrum og er et verktøy mellom bruker og de ansatte som baseres på verdier, valg og preferanser til den enkelte bruker. Der de ansatte møter brukerne med en ikke dømmende holdning som igjen bidrar til avstigmatisering i rusmiddelbruket. I likhet med hva som er presentert i denne forskningen finner man i veilederen *Sammen om mestring* (2014) omtale av skadereduksjon, som skal bidra til å bedre livskvalitet og helse der konsekvenser og de negative sidene skal minskes. I likhet med rusfeltet der skadereduksjon kan omhandle alt fra veiledning og rådgivningstjeneste til tilgang på rent utstyr kan det også innenfor psykisk helsetjeneste benyttes som mål i behandlingen. Eksempelvis her kan man benytte seg av mål som forebyggende behandling ved langvarig tilbakefall (Helsedirektoratet, 2014, s. 58).

Vibeito et al. (2019) gjennomførte en studie som omhandler mennesker med samtidige psykisk helse- og rusproblemer som benytter seg av et botilbud som er tjenestebasert. I denne studien hadde fagpersonene bakgrunn fra ulike felt, derav sosialt arbeid, barnevern, vernepleie og kriminologi og ledelse samt helsefag. Funksjonsnedsettelse som er omfattende der mennesker lider av både rus og psykiske lidelse er godt dokumentert og kan være dramatisk for personen selv, nettverk og deres pårørende. Det er her man ser frafallene og de er gruppen

som gjerne må vente i det lengste i henhold til behandling (Evjen et al., 2018, s. 24). I dette bofelleskapet er det trygghet i relasjonen som tynger og er en nødvendighet som forutsetning for godt samarbeid uttrykker fagpersonene. Her mener de ansatte og bygge de trygge relasjoner gjennom samvær spontant eller planlagt på forhånd, da gjerne gjennom daglige gjøremål, gåturer eller samtaler. «Å smi mens jernet var varmt» uttalte en fagperson om at de spontane situasjonene ofte handlet om. Er det virkelig slik at gjennom dette samværet vil kunne bygges relasjoner som er trygge nok til at hjelp kan ytes og vekst kan skje? Forfatterne omtaler relasjon slik, når det mellom to personer skapes samhörighet, der begge sitter igjen med følelse av at «de betyr noe» for hverandre, her kan kvaliteten være ulikt knyttet til tro, tanker, opplevelser, følelser eller aktiviteter (Bøe & Thomassen, 2007, s. 186).

Samarbeidet mellom bruker og hjelper (Sosionom)

«Nå er det recovery som gjelder» uttrykker forfatterne som gjennom en årrekke har arbeidet innenfor feltet rus og psykiatri, der rehabilitering og behandlingsformers innhold var rimelig likt og der det kun ble endret på titlene på behandlingsformer som kom og gikk. Men de kan ikke få uttrykt nok viktigheten av de tidligere erfaringene innenfor dette området. Det er erfaringene og forståelsen i samarbeidet mellom brukerne og fagpersonene som er særdeles viktig (Karlsson & Borg, 2017, s. 21).

Det kommer frem i studien til Meese & Ekland (2017) der en informant fra den norske gruppen uttrykker at på den ene siden er det ikke kun den medisinske behandlingen som det fokuseres mest på lengere, det arbeides mer på brukers premisser i hans miljø i recoveryprosessen. Det er i dette arbeidet med seg selv at brukeren med utgangspunkt i sine egne premisser med egeninnsats prøver å skape en bedring. Gjennom vektlegging, utvikling og mestring med den støtte som måtte trenge fra andre i endringsprosessen. I (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 75) finner man igjen her måten ACT- teamet arbeider sammen med brukeren på, der de fremhever brukerens medbestemmelsesrett og deltakelse i egen behandling og planlegging. Her skal hele mennesket sees på fra det indre til det ytre i form av botilbud, helsetjenester og god oppfølging av brukerne. Her skal fagfolkene med den riktige kunnskapen på feltet gi individuelle tilpassede tjenester (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 75).

På den andre siden sier informanten at det er «rom for medmenneskelighet», noe som oppleves positivt og annerledes med det å arbeide innenfor et ACT- team. Det uttrykkes videre at det er ikke lik tidligere erfaringer innenfor arbeid med psykisk helse. Det fastslås at

det er større rom for fleksibilitet, selvstendighet og kreativitet i behandlingen. Vi er «frivillig på tilbud» forteller en deltaker fra det Danske teamet. For det første er det ingen press inn i behandling som ikke ønskes som igjen fremmer relasjon i arbeidet og diagnose og sykdom er det satt mindre søkelys på. Brukernes individuelle behov i kontakten er det som står i sentrum innenfor ACT-team arbeid. Forfatterne peker på at recovery består av en del elementer som er viktige for brukerne, der det å bli verdsatt, få støtte, være involvert og kunne få bruke egne erfaringer og kunnskap i bedringsprosessen er noen av de som trekkes frem (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). For det andre uttrykkes det at brukernes individuelle behov er i sentrum, og hovedtyngden er å utvikle en bærende relasjon til dem tidlig i behandlingsforløpet er det teamet arbeider for.

Å «tillate seg å være personlig» er noe som er det mest grunnleggende ifølge Bøe & Thomassen (2007) når man går inn i en relasjon med synliggjøring av både person og dens personlighet, der det er både lov og rom for å utale seg om egne meninger omhandlende alt fra politikk til moral i samtalen. Forfatterne her mener at om man er tilbakeholden her vil man virke «fraværende» og det er i en relasjon «personen som må treffes» (Bøe & Thomassen, 2007, s. 187).

I likhet med den forrige omtalte studien finner man igjen elementer i Biong & Soggiu (2015) sine funn som kan virke lignende i samarbeidssituasjonen. Deltakerne forteller her om en kontakt med teamet som preges av respekt og anerkjennelse, og der likeverd var utgangspunkt for arbeidet. Dette med tanke på at de som arbeidet i rusteamet «gikk litt utenfor den tradisjonelle hjelperrollen» der de erfarte å få kontakt med ansatte i helger og på kveldstid noe som igjen førte til en bedre relasjon og kontakt. Deltakeren fortsetter med å fortelle hvor viktig det var med møtene med teamet, der det ble uttrykt at det ikke sto på tiden, de tok seg tid til å lytte til det som ble fortalt. Betydningen av å ikke møte til en stengt dør, men å bli tatt imot «med åpne armer» som deltakeren forteller ble det satt stor pris på.

Karlsson & Borg (2017) viser til flere elementer de mener recovery består av, og der de trekker frem at brukerne skal føle seg verdsatt og få støtte for den personen de er. For at man skal kunne arbeide seg mot det stedet brukeren har et ønske om å komme til, er det viktig at fagpersonen ikke forenkler det som blir fortalt, men i situasjonen er lyttende til svarene man får fra brukeren (Karlsson & Borg, 2017, s. 26–27). Flere av deltakerne uttrykte hvor betydningsfullt det var med en langvarig kontakt med teamet, og der den kontakten som

oppsto mellom dem og fagarbeiderne var veldig viktig for dem gjennom dette samarbeidet. Som nevnt tidligere er den ekstra involvering fra medarbeider viktig. Der den ansatte viser brukeren at hun eller han er der for å hjelpe og ønsker å bidra i bedringsprosessen til den enkelte person, viser til at dette er unikt og ikke minst ekte (Bøe & Thomassen, 2007, s. 190).

På den ene siden ble det beskrevet betydningen av at relasjonen varte over år og der de selv var en pådriver i eget arbeid etter ønske og behov. Mennesker med rusproblematikk i lag med en alvorlig psykisk helse har ofte problemer i forhold til både det sosiale, arbeid og det økonomiske, som igjen kan føre til at de har behov for oppfølging og rehabilitering som er både omfattende og strekker seg over lang tid. Dette da det ofte er personer som til tider ikke har noe sted å bo og kan være akutt innlagt på tvang grunnet bruk av flere rusmidler (Evjen et al., 2018, s. 24–25). Man kan også se det slik at med samarbeid i hverdagen, med alt fra samtaler til praktisk hjelp der de omtalte teamet som støttespillere i møte med andre instanser. På den andre siden var det kritikk av systemet med dets mangler som deltakerne påpekte.

I studien gjort av Nordaunet & Andvig (2018) peker de ansatte på at tillit er en forutsetning for dialogen med brukerne deres og at det er det mest sentrale i det skadereduserende arbeidet de driver med. De ansatte forteller videre at skadereduksjon er mye av det arbeidet de utfører og forstår skadereduksjon som alt fra bedret hygiene, sprøyter som er rene til det som går mere på den psykiske helsen på den ene siden. Til det å være der i prosessen med å finne et sted å bo, men også deltar i den biten som handler om selve innflyttingen på den andre siden. Da det er brukeren som er ekspert på seg selv med egne erfaringer, skal hjelperens kompetanse og kunnskap videreformidles til personen. Med dette ta utgangspunkt i ærlighet, åpenhet og tillit i kontakten og der brukeren er likestilt i å arbeide mot egne mål (NAPHA, 2010). Samtalene der de er oppsøkende og viser seg lett tilgjengelig for brukerne er sentrale og har betydning i deres arbeid, og der de får trygghetserklæring fra brukere som gir dem anledning til å låse seg inn i deres bolig om de ikke får kontakt. I veilederen *Sammen om mestring* (2014) finner man at utfordringene ligger i de forskjellige fasene i endringsprosessene, der det legges opp skadereduksjonsarbeid i alt fra helseundersøkelser til overdoseberedskap, og der det i mange Kommuner er lavterskeltilbud som er på «gatenivå» som viser seg å være en effektiv måte å hjelpe på (Helsedirektoratet, 2014, s. 58). Vibeito et al. (2019) sine funn viser til uttalelser fra fagarbeiderne som forteller at det er i tilknytning til boligen at det knyttes trygghet i samvær med andre, og der de knyttet mestring til stolthetsfølelse hos beboerne. Videre uttrykker de at de for det første tilpasset seg

beboerne, i så måte «kastet seg rundt» i tilfeller for å kunne få innpass hos brukere når de ga åpning for det. Mennesker med ROP-lidelse har en hverdag som påvirkes av lidelsen, det er endringer på væremåte, tanker og følelser som preger dem og omgivelsene rundt dem. Det er disse tingene som påvirker muligheten til arbeid, familieforhold og funksjonen i boforholdet. Det blir skapt «onde sirkler» der tilstedeværelse fra sosiale sammenhenger svekkes som igjen styrker avvikerrollen (Evjen et al., 2018, s. 26). For det andre ble det uttalt fra de ansatte at ut fra fellesskap, samvær, ærlighet og oppriktighet ble en trygg relasjon styrket.

Den ideelle teori til Carl Rogers tar for seg kontakten mellom klient og hjelper med utfordringer det kan bringe i situasjoner der klienter ikke ønsker eller er i stand til å delta i en kontaktsituasjon, der behovene ikke er «å bli møtt» med respekt, empati og varme, men derimot at oppfølging og kontroll er et behov (Eide & Eide, 2004, s. 128). Man kan også se det slik at måten deltakerne snakket om arbeidssted og beboernes hjemsted for en periode i livet gir «trygghet», både i form av det å ha mulighet til å være i et fellesskap og at beliggenheten gjorde det lettere å kunne delta i forskjellige tilbud i nærmiljøet. Selv om dette var bolig med leiligheter med tilpasset hjelp til beboerne som hadde ROP-lidelser, ble de tatt med i «beboermøter» der de fikk komme hva som fungerte og ønsker de måtte ha til boforholdet. Det var i denne sammenheng fortalt at med deltakelse og det sosiale samværet gav muligheter til at de kjente på en «hjemmefølelse» og et fellesskap der relasjoner mellom både beboere og fagpersoner ble skapt.

I likhet med Biong & Soggiu (2015) sin studie der det ligger mye i det å være der for beboerne når det gjelder, skaper en tillit og trygghet i relasjonen som virker være grunnleggende på veien mot et godt samarbeid mellom brukere og fagarbeiderne. Det hevdes også i Vibeito et al. (2019) sin forskning der deltakerne fortalte om gode erfaringer rundt det å gi skryt til beboerne, som økte selvtilliten og mestringfølelsen. Bekreftelse på hva de gjør bra og roser de mye i lag med å finne måter å sette søkelys på hva har vært bra i livet for å kunne vektlegge det positive og skape trivsel og ro hos brukerne.

Betydningen av håp i recovery – prosessen

Det er ut fra en god kontakt mellom tillit og mistillit lærdommen til å håpe ligger ifølge Erikson, og når omgivelsene tilrettelegger for at denne kunnskapen kan få vokse (Travelbee, 1999, s. 118). Biong & Soggiu (2015) har momenter av håp i sin studie der de ut fra det brukerne uttrykker mener at gjennom nysgjerrigheten på ressursene til brukerne synes å være

knyttet til forutsetninger for å skape ny identitet og håp. I likhet med deres funn fastslår Travelbee (1999) noen viktige elementer i bedringsarbeidet, der viljestyrke og tillit tilknyttes håp og at man gjennom viljestyrke greier å «stå i det» gang på gang. Tilliten er så sterk at om man skulle trenge hjelp, vil det kunne gis av noen med kunnskap og trygghet rundt det situasjonen måtte kreve (Travelbee, 1999, s. 120).

Man kan også si det slik at det i studiens tittel «Her tar de tingene i henda og gjør noe med» taler om en håpefull praksis i arbeidet med å skape muligheter for endring. Her fastslås det at utgangspunktet ligger i den enkeltes situasjon, der det i dagliglivet tas steg i endringsprosessen. Egeninnsatsen til brukerne i denne undersøkelsen er viktig, men det hevdes at det er i et «samspill» mellom brukerne og teamet endringen skjer. Travelbee hevder at man kan knytte de valg man gjør til håpet, dette gjennom å greie å finne muligheter og en vei ut av det når vanskelige situasjoner oppstår. Noe som er med på å danne et utgangspunkt for mennesker å kjenne på selvstendighet og en frihetsfølelse i den vanskelige hendelsen (Travelbee, 1999, s. 119). Biong & Soggiu (2015) trekker frem fra Davidson et al. (2008) at i den personlige prosessen i recovery ligger det grunnlag som kjennetegner denne prosessen, og her finner man blant annet betydningen av identitet og håp ut over de egne problemer brukere måtte ha. I Carl Rogers humanistiske psykologi (1951, 1961) trekker han frem at det ligger i oss mennesker fra vi blir til en evne til vekst og utvikling, han viser tilbake til Aristoteles tid og hans tanker om at «man må gjøre noe selv, for å nå frem til målet» (Eide & Eide, 2004, s. 126).

I studien til Andvig & Nordaunet (2018) er det ikke lagt vekt på begrepet håp. Men derimot relasjon, tillit og trygghet legges det stor vekt på i deres funn. Forskning viser at innenfor recovery drar man nytte i å benytte seg av håp i motivasjonsarbeid (Andvig, 2016, s. 163). I likhet med Biong & Soggiu (2015) belyses dette i studien til Vibeito et al. (2019) at håp på linje med trygghet i relasjon og i samarbeidet er med på å gi opplevelse av styrke i å finne frem til «det som er gått tapt» og i meningen med livet. Noe som Travelbee (1999) peker på at når man som menneske «tar tak» og ser fremover med ønske om endring i livet, så viser håpet seg. Det er i situasjonen «i dette øyeblikk» at man handler så man kan få utrettet det man håper vil komme i fremtiden (Travelbee, 1999, s. 119). En britisk litteraturstudie om recovery underbygger nettopp dette. Der det fastslås at det er noen sentrale områder i menneskers recoveryprosess som ser ut til å være relevant. Disse er fem områder som omhandler, identitet utenfor problemene, empowerment, mening, tilhørighet og håp (Andvig, 2016, s. 163).

Meese & Ekland (2017) har i likhet med Nordaunet & Andvig (2018) ikke valgt å omtale begrepet håp i sine studier. Men på den andre siden kan man i undersøkelsen der de snakker om «pasientenes mål», finne igjen viktigheten av at teamene hjelper å bevare håpet til pasientene når det ikke sees forbedringer i prosessen. Det er gjennom følelsesarbeid de går inn for å holde håpet oppe, der personen kan kjenne på oppgitthet. Man kan også se det slik, at mennesker som håper er modige, når brukere klamrer seg til håpet i situasjoner der de ser at de ikke strekker til, og som i tillegg kan skape frykt. Der de handler i en situasjon uten å vite om det var rett eller galt valg og der utfallet kan gå dårlig. De fleste mennesker er innehavere av en hel del mot, noe som ligger der da det er krevende å avgjøre hvordan man som person vil reagere når en vanskelig situasjon oppstår (Travelbee, 1999, s. 121). Er det virkelig slik at håpet ligger innebygd i alle mennesker? Og bringes frem i kraften av alle elementer som styrker oss i situasjoner, som er vanskelig og som nesten ikke er til å holde ut?

Egne erfaringer fra mennesker med ROP-lidelser i behandling er at de på «veien» ofte snakker om håpet, drømmen om framtiden og de sterke ønskene og håpene om å bli «en del av noe mer». Rogers menneskesyn (1977) er «håpefullt» som han selv har uttalt det, men det utmerkes ikke i ord i hans humanistiske psykologi. Men det kan virke som at de andre elementene han trekker frem som kjærlighet, vekst, hjelperen sin rolle og selvbildet omfavner begrepet. Slik som han uttrykte seg i et intervju med å si «Jeg har aldri hatt grunn til å tvile på menneskers evne til forandring» (Eide & Eide, 2004, s. 128).

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg drøftet min problemstilling «*Hvordan kan sosionomen bidra til recovery hos rusavhengige i rus og psykiatritjenester?*» ut fra valgte artikler og tre forskningsspørsmål. Diskusjonsdelen ble delt i tre deler, hvor utgangspunktet var forskningsspørsmålene mine. *Recovery orientert arbeid i psykiatritjenesten* tar utgangspunkt i en studie som benyttet seg av ACT-team i det recoveryorienterte arbeidet. Fokusering på respekt, grensesetting, åpenhet og tilgjengelighet er noe brukerne uttrykker som viktig i studien som omhandler tjenester fra et psykisk helse- og rusteam. Recoveryarbeidet omhandler utarbeiding av mål og planer for bedre struktur og der de ansatte omtales som «lett tilgjengelig» når behovet for dem er der i hverdagen. En annen studie har tyngde på «bolig som menneskerett» der det arbeides ut fra respekt og medfølelse overfor brukerne. Brukerne

har valgmuligheter og selvbestemmelsesrett, der skadereduksjon er en viktig del av tjenesten i tillegg til relasjonsbyggingen mellom brukerne og de ansatte i teamet. I et tjenestebasert botilbud fortalte fagpersonene i studien om trygghet i relasjonen som veldig viktig, dette omtalte de oppsto gjennom daglige gåturer, gjøremål eller samtaler. I *Samarbeid mellom bruker og hjelper (sosionom)* trekkes det frem i studien med ACT-teamene at gjennom egeninnsats, mestring og utvikling i brukerens miljø var viktig i recoveryarbeidet og samarbeidet. Betydningen av medmenneskelighet og samt det å være «frivillig til tjeneste» var noe som ble vektlagt både i det norske og de danske teamene. Lignende funn er det fra studien med rusteamet, der gjensidig respekt, støttespiller rollen, tilgjengelighet og samarbeid over tid sto sentralt. I studien fra bolig og oppfølgingstjenesten finner man igjen tillit som går igjen som en forutsetning, samt samtaler og tilgjengelighet i samarbeidsprosessen. Fagarbeiderne i det tjenestebaserte botilbud vektla trygghet, samvær, ærlighet og fellesskap som viktige faktorer i samarbeidssituasjonen. *Betydningen av håp i recovery-prosessen* tydeliggjøres i to av studiene. Gjennom synliggjøring av ressurser og ny identitet ligger det håp fremheves det fra brukerne av psykisk helse- og rusteamet. Fagpersoner fra botilbud viser til at håp er like viktig som trygghet i relasjonen i arbeidet med bedringsprosessen.

Mennesker som lever med både rus og psykiske plager viser seg å være en gruppe som ikke er så enkel å «sette i bås». Med det menes at da de har en ROP-lidelse kan det vise seg å ikke være så enkelt å finne den rette behandling og hjelp for den enkelte med tanke på hvilken lidelse som «tynger» mest? Og til tider kan det være vanskelig å skille symptomer fra hverandre. Et fellestrekk man kan se er betydningen av relasjonen uavhengig av hvilken behandlingsform personen måtte gå igjennom. Avslutningsvis kan vi løfte fram at nettopp det relasjonelle kan virke å være en nødvendighet for alle mennesker for å ha en god psykisk helse, uavhengig av lidelse.

Litteraturliste

- Andvig, E. (2016). Det å bli alminnelig og samarbeide om det hverdagslige. I B. Karlsson (Red.), *Det går for SAKTE... I arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk. *257 sider.
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). Her tar de tingene i henda og gjør noe med det»—Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 51–60. *19 sider.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm akademisk.
- Borg, M. (2016). Recovery og medisiner: Hvem skal ha kontrollen? I K. Bengt (Red.), *Det går for SAKTE... I arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser* (Nr. 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. *49 sider.
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid om etikk, relasjoner og nettverk*. Universitetsforlaget. *18 sider.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal akademisk. *39 sider.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg., s. 286). Universitetsforlaget.
- Folkehelse rapporten, 2014. (2014, juni 30). *Rusbrukslidelser*. Folkehelseinstituttet. *15 sider.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

- Helsedirektoratet, 2012. (2012, januar 3). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*. Helsedirektoratet.*128 sider.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Helsedirektoratet, 2014. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Helsedirektoratet.*145 sider.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Levin, I., & Ellingsen, T. I. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I *Sosialt arbeid: En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Meese, E. S., & Ekland, T.-J. (2017). Her er det rom for medmenneskelighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 315–326.*19 sider.
- NAPHA, 2010. (2010, august 12). *Recovery*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.* 10 sider.
<http://www.napha.no/content.ap?thisId=13883>
- Ness, O. (2016). De små ting—Om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for SAKTE... I arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- Nordaunet, O. M., & Andvig, E. (2018). Møte mellom skadereduksjon og Housing First i Norge—Ansattes beskrivelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 52–62.*20 sider.

Olsø, Møller, T. (2014, mars 27). *Recovery-historikk, begrep og perspektiver*. *7 sider.

<http://www.napha.no/content.ap?thisId=14852>

Rognes, W. (1979). *Carl Rogers*. Forum ; Dreyer. *58 sider.

Vibeito, P. R., Borg, M., Sjøfjell, L.T., Biong, S. N., & Karlsson, E. B. (2019). Relasjonell recovery—Utforsking av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90–100. *18 sider.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatrici for helse- og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm akademisk. *13 sider.

Meld. St. 30 (2011–2012). Se meg! Helse- og omsorgsdepartementet. *181 sider.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Cappelen Damm. *67 sider.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget. *10 sider.

Yrkesetisk grunnlagsdokument. (2015). Fellesorganisasjonen (FO). *13 sider.

<https://www.fo.no/getfile.php/1311735->

[1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

Aakerholt, A. (2014, januar). *ACT-håndboka—2. Utgave*. ROP. *65 sider.

<https://rop.no/aktuelt/act-haandbok-i-ny-utgave>

Valgt litteratur: 1.151 sider.

Kandidatnummer: 3054