

Bacheloroppgave

Recovery i møte med psykisk helse- og rus

En kvalitativ intervjustudie om hvordan
ansatte arbeider Recovery-orientert

Mari Skålvik Fredriksen

Sosialt arbeid, sosionom

2021



HØGSKULEN
I VOLDA

Egenerklæring

Denne oppgaven er mitt eget og selvstendige arbeid. Den utgjør ikke bruk av andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, den utgjør ikke bruk av tekst fra eget arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kildeliste på en måte som gjør at jeg ikke vil få en «ufortjent rennomegevinst». Den har heller ikke blitt brukt som eksamensvar eller arbeidskrav tidligere.

Jeg vet at oppgaven blir elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlig brudd med «god sitatskikk» blir behandlet som fusk jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

I arbeidet med oppgaven er personopplysninger behandlet i samsvar med retningslinjene som er å finne i Canvas. Oppgaven inneholder ikke opplysninger som kan føres tilbake til enkeltpersoner ut over det som de har godtatt gjennom samtykke eller som er offentlig kjent.

Jeg gir Høgskolen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Jeg ønsker med denne oppgaven å utvikle en økt forståelse for hvordan ansatte i helsetjenester kan arbeide Recovery-orientert. Utviklingen av Recovery-orienterte praksiser kan ses i lys av helsepolitiske rammer som setter søkelys på utvikling av psykisk helsearbeid. En reaksjon på dette har medført at Recovery-orienterte praksiser har blitt innført og blitt en sentral del for å sikre at brukere får blant annet medvirke i eget tjenestetilbud.

Hovedtemaene i teorien er basert på Recovery som begrep, klinisk Recovery, personlig Recovery, sosial Recovery, marginalisering og brukermedvirkning. Videre blir belyser forskningen i oppgaven om ansattes forståelse av Recovery, utfordringer i Recovery-orienterte praksiser, og ulike aspekt på relasjoner mellom helsearbeidere og brukere. Teoriene og forskning danner en basis for å forstå hva Recovery kan innebære, og gir grunnlag for refleksjon over nødvendige perspektiv på hvordan ansatte kan arbeide Recovery-orientert.

Den empiriske delen av oppgaven bygger på kvalitative intervju med tre kommunalt ansatte som har erfaring med å arbeide i en Recovery-orientert tjeneste. Av intervjuene fremkommer det at Recovery er en individuell prosess og et verktøy som kan bidra til inkludering av mennesker med psykisk helse- og/eller rusvansker. I studien fremkommer faglig utvikling som sentralt for utformingen av tjenesten. Videre belyser oppgaven hvilke utfordringer en slik tjeneste kan møte, hvor blant annet utfordringer knytt til misforståelse av begrepet og hva det innebærer å arbeide Recovery-orientert blir fremtrukket. Videre blir problemer rundt ansattes faglig identitet belyst som en utfordring i tjenesten. Samlet sett viser empirien at informantene forstår Recovery som en måte å inkludere brukerne både i tjenestetilbudet og i samfunnet.

Jeg konkluderer med at ansatte i Kristiansund arbeider systematisk for å forankre deres Recovery-orienterte tjeneste, hvor ansatte viser gode holdninger og faglig forståelse på hva Recovery innebærer. Jeg håper dette prosjektet kan bidra til økt forståelse rundt hva som skal til for at ansatte skal tenke Recovery-orientert, samt belyse viktigheten med å undersøke utfordringer ansatte kan møte i en Recovery-orientert tjeneste.

Nøkkelord: Recoveryprosess, klinisk Recovery, personlig Recovery, sosial Recovery, brukermedvirkning, sosial inkludering, relasjoner, faglig utvikling, tradisjonelle tankemønstre, faglig identitet.

Abstract

The purpose of this study is to develop an increased understanding of how employees in mental health services can work Recovery-oriented. The development of Recovery-oriented practices can be seen in light of health policy frameworks that sheds light on the development of mental health work. Whereas Recovery-oriented practices have been introduced and become a central part of ensuring that users can, among other things, participate in their own service.

The main themes in the theory are based on Recovery as a concept, clinical Recovery, personal Recovery, social Recovery, marginalization and user participation. Furthermore, the research in the study highlights employees' understanding of Recovery, challenges in Recovery-oriented practices, and various aspects of relationships between health workers and patients. The theories and research form a basis for understanding what Recovery can entail, and provides a basis for reflection on necessary perspectives on how employees can work Recovery-oriented.

The empirical part of the study is based on qualitative interviews with three employees who have experience in a Recovery-oriented service. The interviews enlighten that Recovery is an individual process and a tool that can contribute to inclusion of people with mental health and / or substance abuse difficulties. In the study, professional development emerges as essential to the service. Furthermore, the study shows challenges such a practice may face, where, among other things, challenges related to misunderstanding of the concept and what it means to work Recovery-oriented are highlighted. Furthermore, problems regarding employees' professional identity are highlighted as a challenge in the service. Overall, the empirical evidence shows that the informants understand Recovery as a way to include users both in the service and in society.

I conclude that employees in Kristiansund work systematically to implement their Recovery-oriented service, where employees show good attitudes and professional understanding of what Recovery entails. I hope this project can contribute to an increased understanding of what it takes for employees to think Recovery-oriented, as well as highlight the importance of examining challenges employees may face in a Recovery-oriented service.

Keywords: Recovery process, clinical Recovery, personal Recovery, social Recovery, user participation, social inclusion, relationships, professional development, traditional thought patterns, professional identity.

Forord

Jeg vil takke min veileder Øyvind Økland som har stilt opp både digitalt og i person, og som har svart forløpende via mail. Videre vil jeg takke emneansvarlig Roar Stokken som har vært lett tilgjengelig for spørsmål, og hans bidrag i bachelorskriveboken. Jeg vil også takke mine medstudenter som har vært gode støttespillere og en stor motivasjonsfaktor gjennom prosjektet. Sist vil jeg gi en stor takk til informantene som stilte opp til intervju og formidlet deres erfaringer og forståelser rundt Recovery.

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
2.0 Kontekst	3
3.0 Teoretisk referanseramme.....	5
3.1 Recovery-begrepet	5
3.2 Klinisk Recovery	5
3.3 Personlig Recovery	6
3.4 Sosial Recovery	7
3.5 Brukermedvirkning	7
3.6 Marginalisering	7
3.7 Oppsummering	8
4.0 Forskning på feltet	9
4.1 Ansattes forståelser av Recovery	9
4.2 Recovery-orientert praksis	10
4.3 Virksomme relasjoner	11
4.4 Ikke-virksomme relasjoner.....	11
4.5 Helsearbeider VS Pasient	12
5.0 Metode	13
5.1 Forskningsdesign.....	13
5.2 Datainnsamling.....	13
5.3 Transkripsjon og analyse.....	14
5.4 Pålitelighet.....	15
5.5 Gyldighet.....	15
5.6 Overførbarhet	16
5.7 Forskningsetikk	16
5.8 Metodekritikk	17

6.0 Funn.....	18
6.1 <i>Recoveryperspektivet</i>	18
6.1.1 Ett individuelt fokus	18
6.1.2 Relasjonell tilnærming	19
6.1.3 Faglig utvikling	20
6.1.4 Forskningsspørsmål 1.....	20
6.2 <i>Utfordringer i møte med Recovery</i>	21
6.2.1 Tradisjonelle tankemønstre	21
6.2.2 Profesjonsrollen.....	21
6.2.3 Forskningsspørsmål 2.....	22
7.0 Diskusjon.....	23
7.1 Hvordan forstår ansatte i Kristiansund kommune Recoveryperspektivet?	23
7.1.2 Delkonklusjon 1	25
7.2 Hvilke utfordringer har ansatte i Kristiansund kommune opplevd i møte med Recoveryorientert tilnærming?	25
7.2.1 Delkonklusjon 2	27
8.0 Konklusjon.....	28
9.0 Referanseliste	29
10. Vedlegg informasjonsskriv	33
10.1 Vedlegg intervjuguide	35

1.0 Introduksjon

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Utfordringer knyttet til psykisk helse- og rusvansker er et av samfunnets store utfordringer. Utløsende årsaker til psykiske lidelser har sammenheng med dårlige boforhold, vansker på arbeidsplassen, fritidsproblemer, og har i stor grad sammenheng med den enkeltes livssituasjon. Noen av de største konsekvensene av psykisk helse- og rusvansker er blant annet redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Gjennom årene har tjenestetilbud knytt til dette vært et prioritert område hvor det stadig utvikles kunnskap for et forbedret tjenestetilbud. Likevel konkluderer OECDs «quality review» at på tross av gode tilbud i kommuner, har Norge betydelige svakheter i sine tjenester både for mennesker som erfarer psykisk uhelse og rusavhengighet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015). En rapport fra FN (2020) peker på økende sosiale forskjeller som den viktigste årsaken til at folk opplever psykiske vansker i vår tid. Det å leve med lite mat, lite penger, dårlige boforhold, ensomhet og fysisk isolasjon skaper psykiske helsevansker. Sosial utjevning, likhet og rettferdighet er de viktigste bidragene for å skape forandring ifølge FN. Rapportene slår fast at det er behov for et paradigmeskifte på grunn av psykiatriske helsetjenester som ikke strekker seg til kravene (United Nations, 2020, s. 4)

Gitt at den psykiatriske modellen og dens tilnærming for å håndtere psykisk uhelse er utdatert, kan man spørre hva som skal til for å fremme sosial utjevning, likhet og rettferdighet. Recovery filosofien er ment å være et svar på dette. Helsedirektoratet (2014) fremholder i sitt dokument «*sammen om mestring*» at Recovery tar utgangspunkt i at bedring er både en personlig og sosial prosess, med mål om at den enkelte skal ha muligheten til å leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv til tross for begrensningene problemene kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Recovery defineres som en pågående og livslang prosess, og innebærer en ny mening og nye mål for livet, og mulighet til å vokse og utvikle seg (Karlsson & Borg, 2018, s. 32). Recovery bygger på pasient- og brukerorganisasjoners opprør mot det tradisjonelle helsevesenet, og ses på som en filosofi eller fagtradisjon (Karlsson & Borg, 2018, s. 57) Ambisjonen er blant annet at personer som opplever psykiske vansker ikke skal behandles i psykiatriske institusjoner gjennom sykeliggjøring og overmedisinering (United Nations, 2020). Å stå ved siden av personen, og ikke foran er vesentlig i tilnærmingen.

Litteraturen på området påpeker hva som skal til for å arbeide Recovery-orientert, likevel kan ansatte ha ulike forståelser av hva dette innebærer. Dessuten er det betydelig mindre forskning angående ansattes forståelse rundt Recoveryperspektivet og utfordringer man kan møte i en Recovery-orientert praksis, spesielt i Norge. Uklarheten kan bidra til at ansatte ikke arbeider på en hensiktsmessig måte, og konsekvensen kan bli at brukere ikke får det tjenestetilbudet de har rett på. Basert på dette undersøker prosjektet hvordan ansatte i Kristiansund kommune arbeider Recovery-orientert, da kommunen har vedtak på at deres tjenester skal innrettes etter Recovery-orientert tenkning. Problemstillingen jeg ville finne svar på var:

«Hvordan arbeider ansatte i Kristiansund kommune med Recovery-orientert tilnærming til brukere med psykisk helse- og/eller rusvansker?»

Hvordan ansatte arbeider Recovery-orientert vil være avhengig av den enkeltes oppfatning av definisjonen av Recovery. Forskjellige oppfatninger kan blant annet føre til et usammenhengende tjenestetilbud, og det er derfor relevant å undersøke de ansattes forståelse av begrepet og perspektiver som omhandler dette. Det første forskningsspørsmålet er derfor:

«Hvordan forstår ansatte i Kristiansund kommune Recoveryperspektivet?»

Videre vil det å forstå og sette seg inn i utfordringer med en tilnærming og eventuelle konsekvenser av dem, være viktig for å videreutvikle effekten av tjenestene. Det siste forskningsspørsmålet er:

«Hvilke utfordringer har ansatte i Kristiansund kommune opplevd i møte med Recovery-orientert praksis?»

2.0 Kontekst

I dette kapittelet avklares ulike helse- og sosialpolitiske referanserammer rundt rus- og psykisk helsearbeid gjennom tidene i Norge. Det undersøkes hvordan ulike dokument og reformer har formet helsevesenet og påvirket arbeidet i et historisk perspektiv. Avslutningsvis blir det sett på sammenhenger mellom dokumentene i relasjon med hverandre. Ifølge Borg og Karlsson (2017) har disse hatt betydning for å forstå de politiske røttene til Recovery i Norge (Borg & Karlsson, 2017).

I 1998 publiserte Regjeringen en opptrappingsplan for psykisk helse (St meld. Nr. 25, 1996-97). Den innebar blant annet en ambisjon om å gjenopprette dialogen om at «psykiatriske pasienter» skulle i større grad bli oppfattet som subjekt, og på lik linje som befolkningen kunne leve et trygt og verdig liv i lokalmiljøet. Planen innebar et perspektivskifte fra å fokusere på lidelsene og sykdommen til å se på mennesker med psykiske lidelser og deres livssituasjon i en helhet (Ekeland, 2014). Grunnleggende behov som blant annet økonomisk trygghet, bolig, sosial inkludering, og meningsfulle aktiviteter ble sett på som rammefaktorer innen psykisk helse. Tjenestetilbudene skulle fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Man skulle ikke redusere en person til noe medisinsk eller kun fokusere på sykdommen. Det vektlegges at deltagelse og tilhørighet, samt muligheter til å mestre sin livssituasjon er nødvendig hjelp (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1998). Dette resulterte i at myndighetene begynte i større grad å fokusere på betydningen av brukerens egen kunnskap, erfaringer og rettigheter ble fremhevet.

Etter opptrappingsplanen har det kommet en rekke dokument og reformer som videre bygde på at psykisk helsetilbud behøver utvikling. Et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud hvor tjenestene preges av pasientenes behov, samt en styrket kommunerolle for å svare på behovene, ble adressert i *samhandlingsreformen* i (2008). Dette førte til styrking av lokalbasert tilbud i kommunen og oppbygging av distriktpsikiatriene senter. Det ble påpekt blant annet at en av de største utfordringene var brukermedvirkning (Helse- og Omsorgsdepartement, 2008-2009). Videre skriver Helse- og omsorgsdepartementet i (2012) «*Se meg! – alkohol – narkotika – doping*» at årsakene til at enkelte havner i rusavhengighet er sammensatte. Det beskrives at trygge oppvekstvilkår, barnehage og skole, bolig og arbeid er viktige faktorer for helse. Her ble blant annet forebygging og kamp mot bostedsløse et høyt prioritert område. Det handlet om å arbeide for rusavhengige på tross av sykdom og

rusproblematikk og at de skal få oppleve seg som en del av samfunnet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011-2012). Deretter skriver Helse- og omsorgsdepartementet i Folkehelsemeldingen (2015) – mestring og muligheter blant annet at *«psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og sosiale forskjeller i psykisk helse skal reduseres»* (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014-2015).

Videre peker Helsedirektoratets (2014) veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne *«Sammen om mestring»* på sentrale faktorer som kan påvirke den psykiske helsen og bruken av rusmidler. Dokumentet viser hvordan tjenestene kan tilrettelegge for en bevisst og systematisk håndtering av muligheter og barriere i utfordring og organisering av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2014). Heftet omtaler hvordan Recovery kan innføres i kommunalt helsearbeid. Meningsfulle aktiviteter, som å være i arbeid, og bli en del av samfunnet vektlegges som viktig for Recovery. Brukerne skal kunne finne en meningsfull måte å leve på, til tross for begrensninger sykdommen eller lidelsene kan forårsake. Det understrekes at psykisk helsearbeid og rusarbeid er viktige områder som trolig vil bli enda viktigere i tiden framover. Et av målene det legges særlig vekt på er at *«tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv»* (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Utgangspunktet for samarbeidet må være at fagpersonen ser på pasienten som ekspert på seg selv og sitt liv, og at hjelperen må formidle tro på at pasienten kan utvikle seg og få et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014).

Dokumentene har til felles at de vektlegger sosiale og humanistiske perspektiv som fremmer levekår fremfor diagnostisering og behandlingsmetoder. Kontrasten i opptrappingsplanen skiller det biomedisinske og kunnskapssynet på psykisk helse. Helsedirektoratets *«Sammen om mestring»* anerkjenner denne fagutviklingen og definerer hvordan Recovery bør forstås av helsearbeidere. Dermed kan veien for å utvikle reell brukerorienterte og samarbeidsbaserte tjenester ses i sammenheng med utviklingen av forståelsen av Recovery-orienterte praksiser. *«De helsepolitiske føringer, økonomiske stimuleringer og faglige perspektiver for endring av psykiske helsefeltet burde gi gode betingelser for realisering av det som kalles Recovery»* (Karlsson & Borg, 2011, s. 315). Dokumentene og reformene har fremmet at psykisk helse- og rusarbeid er viktige områder som trenger gode tjenestetilbud for pasientgruppen og har ført til et økt fokus på brukermedvirkning i tjenestetilbudet. Dessuten er brukermedvirkning en lovfestet rettighet og fremkommer av *«lov om pasient- og brukerrettigheter paragraf 3-1»* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.0 Teoretisk referanseramme

Den teoretiske referanserammen inneholder teorier og begrep for å forstå Recovery som tilnærming. Teorien kan bidra til å forstå de empiriske funnene i større sammenheng (Malterud, 2018, s. 47). Dette kapittelet består av teori om Recovery-begrepet, klinisk Recovery, personlig Recovery, sosial Recovery, brukervedvirkning og marginalisering. Det blir hovedsakelig tatt utgangspunkt av perspektiver på Recovery fra Bengt Karlsson og Marit Borg.

3.1 Recovery-begrepet

Begrepet Recovery er i det norske vokabularet beskrevet som en «bedringsprosess», eller «å komme seg». Recoverybevegelsen ble utviklet med bakgrunn av bruker- og menneskerettighetsbevegelsen som en motvekt til forståelsen om at ekspertene satt med svaret (Dahl, 2021, s. 69). Borg og Karlsson (2017) hevder at Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykisk problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene. I sentrum for tenkningen skal personens og deres opplevelser og erfaringer med helseproblemer, lidelser og sosiale konsekvenser stå sentralt (Karlsson & Borg, s. 64).

Ifølge Karlsson og Borg (2017) fremholdes Recovery som en del av en humanistisk og en sosial tradisjon. «*Det innebærer å ha et humanetisk syn på mennesket – som skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner med mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer* (Karlsson & Borg, 2017, s. 15). Karlsson og Borg hevder at Recovery er unikt fordi det bygger på systematisert kunnskap om menneskelige erfaringer med komme seg gjennom, eller leve med psykisk helse- og rusvansker. Det innebærer å bygge på håp og tro om et bedre liv, samt å finne omgivelser som styrker den psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid. Det handler om å ta kontrollen tilbake og leve det hverdagslivet den enkelte ønsker (Karlsson & Borg, 2017, s. 66).

3.2 Klinisk Recovery

Begrepet «klinisk recovery» blir brukt for det behandlingsrettede og resultatorienterte perspektivet på Recovery. Det er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer som er opptatt av objektive resultatmål og behandlingseffekt (Karlsson & Borg, 2013). Jørgensen påpeker at klinisk Recovery er en tilpasning til standardiseringen og kravet om effektivitet i tjenestene (Jørgensen, 2021). Her anses den profesjonelle som ekspert, og former den

recovery-orienterte praksisen hvor den måles gjennom symptomreduksjon, økt sykdomsinnsikt, fravær av tilbakefall og mestring av daglige aktiviteter.

Karlsson og Borg (2013, s. 71) refererer til Mike Slade som peker på fire sentrale trekk for klinisk Recovery. Disse innebærer at det er et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det vurderes av en fagperson, og det er en tilstand som ikke varierer mellom individer (Karlsson & Borg, 2013, s. 71). Imidlertid mener Borg og Karlsson at perspektivet på klinisk Recovery har begrensninger for utviklingen av psykisk helsearbeid. Det blir pekt på at det i for stor grad baseres på et medisinsk og symptomorientert grunnlag med et manglende perspektiv på personens unike situasjon og omgivelsene som skaper og opprettholder psykisk uhelse (Borg & Karlsson, 2013, p. 71). Til tross for at klinisk Recovery har fått kritikk, er det relevant for analysen senere i oppgaven. Dette skyldes som kontekstkapitlet viser, at både tradisjonell tilnærming og tankemønster er en stadfestet utfordring.

3.3 Personlig Recovery

Ifølge Borg, Karlsson og Stenshammer (2013, s. 10), fremholder William A. Anthony (1993) den mest brukte definisjonen på personlig Recovery;

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony 1993, i Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013, s. 10).

Recovery som en personlig prosess står i motsetning til klinisk Recovery da det ikke nødvendigvis handler om å bli symptomfri eller å bli kvitt alle problemene (Karlsson & Borg, 2013, s. 68). I den personlige Recovery-prosessen er sentrale forhold som mening, leve et godt liv, å kunne oppdage muligheter og håp viktig. Det blir poengtert at personen skal anerkjennes som ekspert i eget liv, og relasjonen til hjelperen må baseres på gjensidig respekt og likeverd. Prosessen er individuell for hver enkelt og det må tas utgangspunkt i dette (Karlsson & Borg, 2013). Tatt i betraktning er det viktig å huske at man ikke skal frata mennesker den hjelpen de trenger og overlate alt ansvar til dem selv, som Fleiner (2018) hevder er en form for «overdreven individualisering». Ifølge Fleiner må man følge brukerens ønske og mål for livet sitt selv om det er brukerstyrt (Fleiner, 2018).

3.4 Sosial Recovery

Mennesker er sosiale vesen med behov for å være en del av felleskap og bli verdsatt av andre. Dette kan innebærer bekreftelse, føle at andre trenger oss og at vi kan bidra i samfunnet. Derfor kan personer og miljøer rundt den enkelte anses som viktige støttespillere (Borg & Karlsson, 2013, s. 65). Et sosialt perspektiv på Recovery handler derfor om å avdekke og håndtere de ulike sosiale konsekvensene og leveårskonsekvensene av psykiske helseproblemer. Det kan innebære at brukeren håndterer sin sosiale situasjon, og det fremheves at plagene man har trenger nødvendigvis ikke å hindre brukeren i å ha et godt liv. Borg og Karlsson (2013) hevder det bidrar til å heve blikket fra individet til tjenestens og lokalmiljøets evner til å samarbeide med personen i Recovery-prosessen. Dette kan innebærer å fokusere på arbeidsplassen, økonomien eller å utvikle et rausere lokalmiljø istedenfor å legge vekt på medisiner og individualsamtaler (Borg & Karlsson, 2013, s. 69).

3.5 Brukermedvirkning

Dahl (2021) hevder at praktisering av reell brukermedvirkning er en forutsetning i Recovery-orienterte praksiser (Dahl, 2021, s. 66). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som skal sikre at brukere får mulighet til å medvirke i tjenestene som involverer dem. Å praktisere reell brukermedvirkning forutsetter at brukeren deltar i beslutningsprosesser hvor brukerens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov legger til grunn for beslutningene og utforming av behandling og tjenestetilbudet. Et grunnleggende syn er at ingen skal oppleve diskriminering, forskjellsbehandling eller mangel på likestilling på grunn av psykisk helse- og/eller rusvaner. At brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger er viktig, og det er en kontinuerlig prosess for å bedre og utvikle tjenestene. Ifølge Helsedirektoratet (2014) gir brukermedvirkning fordeler for alle fordi det har en individuell verdi og fordi det kan kvalitetssikre tjenestene. «*Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnligte tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. Brukerne tilfører nye perspektiver og ideer til kvalitetsforbedring*» (Helsedirektoratet, 2014, s. 18).

3.6 Marginalisering

Karlsson og Borg (2018) hevder at Recovery kan ses som et opprør mot marginalisering (Karlsson & Borg, 2018, s. 59) "Å være marginalisert karakteriserer en posisjon der en er på yttersiden av en arena eller prosess som det regnes å være en gunstig del av" (Hammer &

Hyggen, 2013, s. 30). Mennesker med utfordringer knytt til psykisk helse- og rus erfarer ofte at deres muligheter til samfunnsmessig deltagelse reduseres. Tap av en verdsatt posisjon eller meningsfulle opplevelser kan oppleves i forbindelse med manglende deltagelse i samfunnet, og kan utvikle eller forverre psykisk helse- og rusvansker (Karlsson & Borg, 2017, s. 68). Håp, vennskap, kjærlighet og økonomisk tilgang kan være viktige dimensjoner for å oppleve sosial støtte og videre deltagelse i livet (Ljungquist, Topor, Forssell, Svensson & Davidsson, 2015, i Karlsson & Borg, 2017, s. 68).

Borg og Karlsson (2018) påpeker at som alle utstøtte grupper, har også mennesker med psykisk helse- og rusvansker drømmer om å bli anerkjent som fullverdige borgere og ha muligheten til å bestemme over eget liv. Videre skildrer de at ingen skal defineres som for «syk» eller for «ruset» til å leve et meningsfullt, verdig og selvstendig liv. En grunnleggende holdning omfatter at vi alle er del av den samme menneskeligheten hvor vi har samme rettigheter, ressurser og vekstmuligheter (Karlsson & Borg, 2018, s. 59). Karlsson og Borg (2017) påpeker at sosial støtte har en sentral betydning for å bedre psykisk helse og ønsket endring ved psykisk helse- og rusproblemer. Dermed kan et samfunnsmessig perspektiv bidra til å fremme sosial integrering og motarbeide marginalisering (Karlsson & Borg, 2017, s. 67)

3.7 Oppsummering

Vi har så langt sett at helse- og sosialpolitiske rammer har ført til et perspektivskifte i helsetjenestene. Teorien bidrar til å forstå hvordan helseproblemer burde adresseres i lys av Recovery, samt at de utfordrer tradisjonelle ideer og forståelser om årsak og behandling av psykisk lidelser og sykdom. Dessuten har det ført til at helsetjenestene er organisert for å kunne støtte mennesker med psykisk helse- og rusproblemer og utviklet for at brukergruppen skal kunne leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv med sykdommene eller lidelsene. Eksempelvis er nedbygging av institusjoner og vekst av lokale helsetilbud bevis på at utviklingen er rettet mot en mer Recovery-orientert praksis (Meese & Ekeland, 2017), som videre fremhever et skifte fra ekskludering til integrering (Karlsson & Borg, 2018, s. 12).

4.0 Forskning på feltet

I dette kapittelet presenteres forskning på feltet knytt til ansattes forståelser på Recovery, Recovery-orienterte praksiser og ulike aspekt om relasjoner mellom ansatte og brukere.

4.1 Ansattes forståelser av Recovery

Ansattes forståelse av Recovery og hva det innebærer har betydning for hvordan tilnærmingen praktiseres. I (2015) ble det gjort en systematisk gjennomgang av tidligere forskning av ansattes forståelse av Recovery for å bedre forstå hvordan helsepersonell jobbet Recovery-orientert. I forskningen belyses helsearbeideres forståelse av Recovery-begrepet som sentralt for å kunne praktisere en Recovery-orientert praksis og støtte brukeren. Det ble identifisert at ansatte kan ha ulike oppfatninger av hvordan de forstår sin rolle i praksis. Det kom frem at Recovery blir skilt mellom personlig Recovery, tjeneste-definert Recovery og klinisk Recovery. På basis av dette ble det tydelig at helsepersonell ikke alltid har hatt en klar oppfatning om hva Recovery er, og hva det innebærer å arbeide Recovery-orientert. Ifølge Boutillier, et al. kan mangelen på en felles forståelse av Recovery og hvordan man arbeider i praksis være en av de største hindringene for å implementere Recovery i helsetjenestene. Uklarheten kan kobles mot den tradisjonelle forståelsen og tjenesteutformingen, samt strukturer, økonomiske faktorer og helsepersonells individuelle oppfatninger. Dermed ble det konkludert at helsepersonell har behov for en felles forståelse på hva Recovery er og hva det innebærer å jobbe Recovery-orientert (Boutillier, et al., 2015).

Tabell 1.0 – Tradisjonell VS Recovery (NAPHA, 2016).

Tradisjonell	Recovery
Faktaorientert	Verdiorientert
Profesjonelt ansvar	Personlig ansvar
Sykdomsorientert	Ressursorientert
Makt over mennesker	Fremme makt over eget liv
Vitenskapelig	Humanistisk
Behandling	Vekst og utvikling
Fokus på sykdomsreduksjon	Fokus på håp og drømmer

Tabellen ovenfor er ment for å gi innblikk i hvordan tradisjonell-basert tilnærming differer fra Recovery tenkningen. Ifølge NAPHA (2016) er det ikke meningen å legge tidligere kunnskap til siden, men konsentrere seg om brukerinvolvering og tenke utvikling (NAPHA, 2016, s. 4).

4.2 Recovery-orientert praksis

Recovery-orienterte praksiser har blitt en standard tilnærming innen helsetjenestetilbud på et globalt nivå (Hyde, Bowles, & Pawar, 2014). Ifølge Borg, Karlsson, & Stenshammer (2013) foreligger det ikke en felles standard eller type praksis som omtaler seg selv som Recovery-orienterte, og praksisene er ikke nødvendigvis like eller har samme struktur. Likevel finnes det mange ulike tjenestetilbud med forskjellige hensyn og utforminger (Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013).

I en australsk studie (2013) forsøkte forskere å identifisere hvilke utfordringer man kan møte knytt til implementeringen av Recovery-orienterte praksiser med mål om å kunne bidra til anbefalinger som kunne håndtere disse. Utfordringer rundt usikkerhet hos fagpersonene og i brukergruppen om hva Recovery-tjenester skal være, ble belyst. Brukergruppen som ble intervjuet opplevde at fagpersonene ikke skjønnte hvordan man arbeider Recovery-orientert, og som konsekvens ble fokuset tatt vekk fra å styrke samarbeid med brukerne. Studien konkluderte at løsningene på disse problemene kan være å ha en målrettet undervisning i hva Recovery innebærer (Hungerford & Fox, 2013, s. 212).

Borg, Karlsson og Stenshammer (2013) referer til Mike Slade (2009) som har i en studie om implementering av Recovery-orienterte praksiser, belyst at det kan være krevende å bevege seg fra tradisjonelle praksismodeller til Recovery-orienterte praksiser. Han hevder at brukerens forståelser og deres ekspertise skal stå sentralt fremfor fagpersonens meninger, og i en Recovery-orientert praksis er det nødvendig at fagpersonen forstår dette synet, samt å kunne endre det tradisjonelle maktforholdet om at fagpersonen er eksperten (Slade 2009, i Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013, s. 25).

Videre referer Borg, Karlsson, & Stenshammer til Tew (2005) som hevder at grunnleggende forhold knytt til sosiale perspektiver på psykisk helse og Recovery-orienterte praksiser er at vi først og fremst må avvikle en «oss» og «dem» tenkning, eller «normale» og «de gale». I stedetfor skal psykisk helse ses i lys av livserfaringer og uttrykk integrert i det hverdagslige. Videre forutsetter et sosialt perspektiv å se på psykisk helse som noe kontekstuellet og innebærer en helhetlig tenkning, som å undersøke hva som foregår sammen med den det

gjelder og forhold i rundt. Deretter betyr det å anerkjenne personens subjektive opplevelser av situasjoner. Å lytte etter mening og sammen med brukeren forsøke å utvikle forståelse og enighet om veier videre ble belyst som viktig. Det kan innebære å se på personen i en helhet. Tew (2005) hevdet at ansatte burde lytte etter mening og ta utgangspunkt fra brukeren ståsted samt bevege seg bort fra å lete etter symptom eller mangler. Sist påpeker Tew på at Recovery-orienterte praksiser må arbeide mot stigma, urettferdigheter, fremmedgjøring og marginalisering, samt å arbeide for et mer inkluderende samfunn med praktiske løsninger og gode sosiale miljøer (Tew, 2005, i Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013, s. 24).

4.3 Virksomme relasjoner

Recovery handler ikke om å stå alene på egne bein, uten andre. Karlsson og Borg (2017) understreker at relasjoner som innebærer å bli møtt med respekt, ressurser og kompetanse er hjelpsomt i møte med psykisk helse og rus. De hevder at en må møte mennesker som sammensatte, la de delta i planlegging om hjelp og behandling og tilbud om samordnet og tilgjengelig hjelp (Karlsson & Borg, 2017). En studie gjort av Borg og Topor (2014) belyser hva brukere mener må til for «å komme seg» og få et meningsfullt liv i sitt lokalmiljø. Studien peker på at det i stor grad handler om samspill med de man omgir seg med. Et gjennomgående mønster som ble identifisert var viktigheten av at de profesjonelle kunne «gå utenfor». Eksempler på dette var blant annet «avvik fra rutiner, være der for brukeren, og at hjelpearbeideren tar initiativ». Med andre ord verdsetter brukerne at ansatte går utenfor den profesjonelle rollen, som kan innebærer å ha en slags vennsrolle (Borg & Topor, 2014, s. 63). Borg og Kristiansen (2004) trekker også frem i sin studie at brukere verdsetter profesjonelle som går utenfor normal oppførsel og bryter reglene, selv om det kan være småting. Videre i studien pekes også respekt, empati og relasjon som essensielt for bedringsprosessen, og et samarbeid som er preget av likestilling belyses som viktig for brukeren (Borg & Kristiansen, 2004).

4.4 Ikke-virksomme relasjoner

Forståelsen av ikke-virksomme relasjoner er ifølge Ljungberg, Denhov, og Topor (2015) viktig komplementær kunnskap i tillegg til kunnskap om virksomme relasjoner (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015, s. 267). I en studie gjort for å undersøke ikke-virksomme relasjoner og hvilke konsekvenser disse kan ha, ble brukere som mottar Recovery-tjenestetilbud intervjuet. Fokuset i studien var på hvilke relasjoner som brukere anser som negative. I

studien kom det frem at ikke-virksomme relasjoner kunne være når profesjonelle utrykte at de ikke var interessert i brukerne og hva de gjorde med livet sitt. Brukerne beskrev blant annet at profesjonelle som viste at de ikke brydde seg eller sjekket hvordan det sto til når de hadde en vanskelig periode, samt var både uinteressert og uengasjert ble beskrevet som negative. Ikke-virksomme relasjoner ble forbundet som en barriere for brukerens Recovery-prosess. Studien konkluderte at relasjoner som er ikke-virksomme har sammenheng med upersonlige relasjoner som verken vektlegger relasjonen i seg selv eller støtte og behandling gjennom prosessen (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015).

4.5 Helsearbeider VS Pasient

Roar Stokken (2008) belyser ulike typer relasjoner i sin studie om kunnskap mellom helsepersonell og pasienter. Den første blir skildret som «Den klassiske» som omhandler den tradisjonelle helsearbeider-pasientrelasjonen. I denne forståelsen av relasjon sitter helsearbeideren med makten, kunnskapen og ansvaret for brukeren. Videre blir «den moderne» relasjonen belyst, som forutsetter at helsearbeideren og brukeren samarbeider for å skape god helse. I likhet med Recovery er den «moderne pasient» en som avgjør, skaper, vurderer, endrer og finansierer helsetjenesten fremfor å være et passivt offer for sykdommen. Ifølge Stokken skaper kunnskapsrike brukere en annen tillit mellom partene enn i den «klassiske relasjon». *«Forskjellen er altså at tilliten er kvalifisert, ikke spontan eller tradisjonell som i den klassiske relasjonen»* (Stokken, 2008, s. 61). Videre viser han til «den omsnudde» relasjonen, som er når brukeren kan mer enn helsearbeideren. Ifølge Stokken kan utfordringer oppstå dersom helsearbeideren ikke har tro på brukeren, som kan føre til mistillit i relasjonen (Stokken, 2008).

5.0 Metode

I dette kapittelet redegjøres den metodiske fremgangsmåten i bacheloroppgaven. Kapittelet er ment for å gi leseren innblikk i hvordan studien er gjennomført i lys av metodiske valg som er foretatt. Det blir presentert forskningsdesign, hvordan data ble samlet, utvalgsriterier, analyse, og avslutningsvis oppgavens kvalitet og troverdighet.

5.1 Forskningsdesign

Studien bygger på et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted (Malterud, 2018, s. 28) og har et kvalitativt design med dybdeintervju som metode. I en kvalitativ metode handler empirien om menneskelige erfaringer og fortolkninger. Ifølge Tjora (2018) fremstår kvalitativ forskning som vesentlig når det gjelder å fremskaffe informasjon om samfunnet og deretter analysere dette. En forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ forskning er at kvalitativ forskning vektlegger forståelse over forklaring, og nærhet til de som forskes på, samt en åpen interaksjon mellom forsker og informant. Studien ble analysert på en stegvis deduktiv-induktiv måte (Tjora). Prosjektet forholder seg til et fortolkende paradigme med fokus på informantenes opplevelser og subjektive meninger, og hvilke konsekvenser meningene har (Tjora, 2018, s. 24).

Det ble gjennomført tre dybdeintervju for å innhente erfaringer fra yrkesfeltet, med ansatte som har kunnskap og erfaring med å arbeide Recovery-orientert. Hensikten med å ha dybdeintervju er å få informantene til å reflektere over egne meninger og erfaringer om spørsmålene som ble stilt, samt at det gir mulighet for en relativt fri samtale rundt de forhåndsbestemte temaene (Tjora, 2018, s. 113). En slik tilnærming forutsetter åpne spørsmål som gir mulighet til å gå i dybden hvor informantene har mye å fortelle. Da dette prosjektet handler om ansattes forståelser og erfaringer av Recovery var det hensiktsmessig å ha dybdeintervju som metode fordi det bidrar til å forstå informantenes opplevelser og hvordan de reflekterer rundt disse (Tjora, 2018, s. 114). Intervjuene danner grunnlaget for svar på problemstillingen.

5.2 Datainnsamling

Utvalget i denne studien besto av tre kommunal ansatte med over 3 års erfaring i en Recovery-orientert praksis. Utvalgsriteriet sikrer at informantene har den erfaringen som

skal til for å gi informasjon som er relevant i forhold til forskningsspørsmålene.

Rekrutteringen av informantene ble gjort gjennom mitt eget kjennskap til de ansatte. I praksisperioden høsten 2020 arbeidet vi i team som besto av fem personer inkludert meg selv. Jeg fikk erfart å arbeide med hver enkel ansatt i teamet. Gjennom bekjentskapet var det åpenbart og ønskelig å rekruttere noen av de ansatte. Etter min erfaring hadde alle informantene gode verdier, holdninger og arbeidsmoral.

Intervjuene foregikk ansikt til ansikt, hvor informantene valgte både tid og sted. Det ble på forhånd utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med 7 hovedspørsmål og delspørsmål. Fokusområdene på spørsmålene omhandlet ansattes perspektiv og erfaringer rundt Recoveryperspektivet (Se vedlegg 10.1). Spørsmålene var ment for å gi innblikk i erfaringer og forståelser knytt Recovery-orientert praksis, og for å undersøke hvordan ansatte arbeider i Kristiansund kommune. Individuelle intervju ble gjennomført fordi det gir tid og rom for individuell refleksjon til intervjuobjektet. Intervjuene varte mellom 27 minutt og 35 minutt, med et gjennomsnitt på 31 minutt. Totalt utgjorde intervjuene 1,5 timer. Informantene har fiktive navn i prosjektet.

Tabell 2.0 - Intervjuene

Informant	Utdanning	Dato	Lengde
Anna	Sosionom	18.03.2021	33 min
Britt	Vernepleier	18.03.2021	35 min
Carl	Samfunnsviter	18.03.2021	27 min
Totalt			95 min

5.3 Transkripsjon og analyse

Intervjuene ble tatt opp med lydopptak på telefon, og videre transkribert og kodet manuelt i MAXQDA. Intervjuene ble tatt opp for å sikre at jeg fikk med all informasjon, og ga meg muligheten til å være oppmerksom på samtalen og informantene. Å ta opp intervjuene kan øke tilliten mellom informant og forsker fordi det gir muligheten til å være mer tilstede i intervjusituasjonen, enn om alt må noteres (Tjora, 2018, s. 166). Det ble foretatt en ordrett transkribering av intervjuene slik de ble artikulert. Det ble bevisst tatt med fyllord som for eksempel «på en måte» eller «altså» for å sikre at sammenhengen i teksten ble tolket rett. Det ble lagd 146 empirinære koder (Tjora, 2018, s. 257) som er i tråd med utvalget. Gruppene ble

deretter sortert i 14 tema med utgangspunkt i innholdet. Gruppene dannet grunnlaget for inndelingen av funn-kapitelet.

5.4 Pålitelighet

Ifølge Tjora (2018) er det viktig å reflektere over hvordan egen kunnskap, erfaring og engasjement kan ha påvirket prosjektet (s. 235-236). Praksiserfaringen i et Recovery-orientert tjenestetilbud la grunnlaget for valg av tema og problemstilling. Gjennom praksisperioden erfarte jeg hvor viktig tjenestetilbudet kunne være for brukerne og førte dermed til et personlig engasjement for den Recovery-orienterte tilnærmingen. Imidlertid kan disse erfaringene, samt tilegnet teori om Recovery ha farget intervjuguiden i forhold til hvilke spørsmål som ble stilt. Likevel kan det sies at det gjorde spørsmålene relevante og presise i forhold til oppgavens problemstilling. Derimot ble forskning på feltet skrevet i etterkant av intervjuene for å la empirien styre prosjektet i størst mulig grad. Videre kan det tenkes at min relasjon til informantene og hvordan de arbeider kan ha påvirket svarene til informantene. I tillegg kan det ha ført til at de følte ett press for å stille opp, samt forpliktelse til å gjennomføre intervjuet. Likevel kan det bemerkes at informantene ble opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra oppgaven.

5.5 Gyldighet

Intervjuguiden ble formet for å få svar på både problemstillingen og forskningsspørsmålene. Intervjuguiden ble ikke tilsendt til informantene, men informasjonsskriv om prosjektet ble sendt i forkant. Dette kan være positivt da det gir mulighet til refleksjon på forhånd, men det kan også føre til at svarene har mindre autentisitet ettersom de har hatt mulighet til å forberede svarene på forkant. Selv om intervjuguiden ikke ble tilsendt, fikk informantene likevel valget om å se over spørsmålene i forkant av intervjuet da jeg møtte de. To av tre valgte å lese over spørsmålene i forkant av intervjuet. I etterkant innså jeg at det kan ha ført til at jeg la ord i munnen på dem, for eksempel ved at jeg oppklarte hva «personlig Recovery» kan innebære. Jeg så at informantene som valgte å se spørsmålene på forkant brukte ordene «personlig» eller «individuell» kontinuerlig gjennom intervjuene. Dette ble tydelig da informanten som ikke leste over spørsmålene på forkant, ikke brukte disse ordene spesifikt. En fordel med at informantene brukte disse ordene, er at det legger opp til en diskusjon hvor jeg har mulighet til å tydeliggjøre begrepene i diskusjonsdelen. På den andre siden kan dette ha virkning på validiteten på forskningen, og problematisere funn-delen. Likevel forklarte alle

informantene hva som legges i fagbegrepet uten at det spesifikt ble brukt, og forståelsen av det som innebærer «personlig Recovery» ble forklart uten mine ord eller forståelse på begrepet.

5.6 Overførbarhet

Denne studien er basert på informantenes subjektive tolkninger og opplevelser, noe som står til kontrast til positivistisk tradisjon. Ifølge Tjora (2018) kan dette påvirke generaliserbarheten negativt da ulike mennesker kan ha forskjellig oppfatninger av samme fenomen (2018, s. 238). Videre ønsker jeg å bemerke at studien er basert på et bekvemmelighetsutvalg, da jeg hadde lett tilgang til kommunikasjon med informantene gjennom tidligere bekjentskap. Ifølge Tjora kan dette påvirke generaliserbarheten og være en svakhet i forskningsprosjektet (2018, s. 244). Likevel kan mitt bekjentskap til dem medføre at informantene ikke oppdikter en usann formidling av hvordan deres praksis utføres, da jeg selv har jobbet der. Videre vil jeg også påpeke at meningene som kommer frem i denne studien kan ikke sies å være representativ for alle helsearbeidere, men på den andre siden kan prosjektets funn belyse deler av yrkesutøvelsen og bidra til økt forståelse av Recovery-orientert praksis. Tjora (2018) hevder at en svakhet med kvalitativ forskning er at det kan være vanskelig å generalisere på grunn av få informanter, siden mitt utvalg besto kun av 3 informanter, medfører dette at overføringsverdien er begrenset. Likevel kan en slik fenomenologisk tilnærming gi mer utfyllende svar på komplekse spørsmål. Felles forståelse og yrkesutøvelse som må til for å arbeide Recovery-orientert gjør derfor at funnene i denne studien har overføringsverdi til andre kommuner som kan ha innført Recovery, og dermed være et bidrag til andre helsearbeidere som arbeider Recovery-orientert.

5.7 Forskningsetikk

Dataene i prosjektet er utført i samsvar med NSD 12/01/2021 sine retningslinjer med referansekode 797431. Informasjonsskrivet ble tilsendt informantene i forkant av intervjuene, og innebar informasjon om prosjektet, anonymisering, informert samtykke, og informasjon om at de når som helst kunne trekke seg. Samtykkeskjema ble av alle informantene signert rett etter intervjuene, inkludert samtykke om å bli gjenkjent i prosjektet. Det er kun jeg som har tilgang til transkripsjonene og lydfile. Disse blir slettet før 30.05.2021. For å ta i vare på informantens konfidensialitet ble sensitive opplysninger som kunne identifisere dem anonymisert, som navn og internt navn på avdelingen.

5.8 Metodekritikk

Intervjuene ble gjennomført med ansatte som arbeider tett sammen. To av intervjudeltagerne har like lang erfaring med å jobbe Recovery-orientert og hadde dessuten ikke tilegnet en tradisjonell basert erfaringskompetanse før de startet i enheten. I ettertid ser jeg at det kunne vært hensiktsmessig å intervjuere ansatte med lengre arbeidserfaring i feltet psykisk helse- og rus, for å bedre forstå utfordringene i forbindelse med å tilegne seg en «ny» rolleutøvelse som profesjonell. Å være såpass «inside» kan ha farget forskningsdesignet og resultatet i noen grad, men jeg har vært gjennomgående bevisst på dette i forskningsprosjektet, nettopp for å unngå en slik forutinntatt.

6.0 Funn

Dette prosjektet søker kunnskap om hvordan ansatte i Kristiansund kommune arbeider og forstår Recoveryperspektivet. På bakgrunn av de to forskningsspørsmålene som problemstillingen består av, er det utarbeidet to delkapittel i funndelen. I den første delen belyses ansattes forståelser og erfaringer rundt Recoveryperspektivet. Den andre delen belyser utfordringer ansatte har opplevd i møte med Recovery-orientert praksis.

6.1 Recoveryperspektivet

Problemstillingen omhandler hvordan ansatte arbeider med Recovery. Det første området jeg har belyst handler om hvordan ansatte forstår Recoveryperspektivet. Datamaterialet viser at informantene har en lik begrepsforståelse, og skildrer et likt perspektiv på målsettingen med arbeidet. Videre viser funnene at det kan være en fordel å være fersk og at kommunen har fokus på faglig utvikling i tjenesten.

6.1.1 Ett individuelt fokus

Gjennom undersøkelsen ble det klart at informantene hadde en forståelse som kan betegnes som «personlig» Recovery. Datamaterialet viser at informantene var godt kjent med tilnærmingens grunnleggende filosofi. Likevel ble det bemerket at Recovery kan være mer omfattende enn man kanskje skulle tro. Britt uttrykker blant annet;

«Du må sette deg inn i hva Recovery er for noe for å forstå det. For det er mye mer omfattende enn det folk tror. Det er veldig enkelt å si at det er brukeren som skal bestemme selv, men det er jo hele den veien å komme seg til å fungere som de vil i samfunnet og med seg selv og i sin hverdag.»

Videre uttrykte informantene at brukermedvirkning er en viktig del av deres praksis. At brukeren skal legge føringene for arbeidet, sette egne mål og leve et verdig liv selv med utfordringene ble fremmet som noe av det mest sentrale med tilnærmingen. Anna uttrykte at hver enkel skal være med å forme sin egen vei for å få et meningsfullt liv, «om dette er med eller uten rus», og understreker at Recovery er en mulighet til å virkelig praktisere brukermedvirkning. Hun uttrykket at Recovery handler om å finne sin egen individuelle prosess, som også Britt forteller «det er jo en personlig prosess for hver enkelt». Videre fremholder hun at det er viktig at brukere får muligheten til å formidle hvilke mål og ønsker de har og understreker at de trenger å få sagt det selv. Hun uttrykte at brukermedvirkning er

en viktig del av praksisen og at de skal begynne med «FIT-tilbakemeldingssystem» for sikre dette. Carl formidlet at Recovery skal gjøre det mulig å hjelpe mennesker tilbake til et meningsfullt og bedre liv, og fremmer blant annet «å ta folk på alvor» og inkludere brukeren som en forutsetning for Recoveryprosessen. Datamaterialet viser altså at Recovery oppfattes som en individuell prosess, hvor brukerens mål og ønske skal stå i sentrum, og at brukermedvirkning er et verktøy for å sikre dette.

6.1.2 Relasjonell tilnærming

Gjennom analysen ble det klart at informantene fremholdte mennesker med psykisk helse- og rusvansker som både sårbare og utenfor i samfunnet. Anna formidler; «*Det er en av de mest sårbare gruppene vi har i samfunnet vårt, det er jo virkelig en gruppe som blir på utsiden av samfunnet*». En felles forståelse var at brukergruppen trenger å få muligheten til å påvirke eget liv, noe de underbygget med at brukergruppen ofte ikke har hatt mulighet til før. Anna uttrykte at alle har en form for lengsel etter å ha tilhørighet i samfunnet, og fremholder at det ikke er nok å fokusere på brukerens utfordringer. Britt fortalte at de bistår brukerne med å fungere i hverdagen, og hjelper de ut i aktivitet alt ettersom hva brukerne ønsker. Hun forteller at samfunnets krav kan være stort, og beskriver seg selv som en «*hjelper i midten*» og understreker at de støtter dem i prosessen. Britt fremhever at å jobbe på denne måten kan styrke relasjonen med brukerne og uttrykker at det er en form for «*respekt*» og la brukeren fortelle hva de ønsker. «*Vi har vært så heldig at vi har kommet mer innpå folk, fått mer kontakt med folk, på grunn av at de har bestemt selv, og at vi har brukt tid på relasjonsbygging.*» Videre skildrer hun et eksempel på hva som nødvendigvis ikke skaper gode relasjoner;

«Hvis du setter deg ned på et rom med Per på 60 år som har levd som rusmisbruker i 30 år, og du skal fortelle han hva du mener han skal gjøre, så tror jeg ikke det skaper et godt grunnlag for en god relasjon.»

Carl formidler at Recovery innebærer at tjenestetilbudet skal tilpasses brukerens ønsker;

«Vi prøver å gå inn i en bevisstgjøringsprosess til brukerne våre, og prøver å få brukerne til å forstå at det er på en måte klinkende likegyldig hva jeg mener hvis det ikke tilpasses brukeren. Det er det mange brukere som reagerer på, fordi de er ikke vant til å få valget. Og det i seg selv kan være en utfordring, men når de først har fått stabilisert det så er det nøkkelen til å oppnå resultater.»

Intervjudeltagerne viser at å arbeide Recovery-orientert innebærer mer enn å bare stadfeste problemene til personen. Funnene viser at det handler om å få til et godt samarbeid med brukerne, bygge gode relasjoner, vise respekt, og gi brukerne mulighet til å medvirke i eget liv, samt bidra til sosial inkludering.

6.1.3 Faglig utvikling

Funnene viser at å være fersk i feltet kan være en fordel for å tilegne gode holdninger og forståelser som er nødvendig i en Recovery-orientert tjeneste. To av informantene belyser at gjennom å være ferske da de startet i enheten, hadde de ikke blitt farget av tradisjonelle arbeidskulturer og tankemønstre. Anna fortalte blant annet;

«Jeg var jo nyutdannet da jeg startet, så jeg var på en måte, jeg var ikke påvirket av andre kulturer.»

Anna uttrykte at hun opplever et stort spenn mellom de som var fersk og ansatte med lengre arbeidserfaring. Videre belyste hun at å arbeide Recovery-orientert har endret holdningene hennes i stor grad og at det føles ut som den riktige veien å gå. I likhet forteller Britt *«jeg er så heldig at jeg er ganske fersk. Jeg er ikke skadet som jeg kaller det.»* Videre forklarer hun utsagnet med å fortelle at kommunen har hatt ulike arbeidsmetoder gjennom årene, men at hun kom rett inn i den Recovery-orienterte praksisen da hun startet i enheten. Likevel belyser datamaterialet at informantene fremholder faglig utvikling som en viktig del av å forankre deres praksis. De trekker frem at de har fagdager, etiske drøftinger, refleksjoner, tverrfaglig samarbeid, og faglig paneler for å bidra til kontinuerlig kunnskapsformidling i enheten. På denne basisen belyser funnene at å være fersk kan være en fordel for å tilegne gode holdninger, og at enheten fremholder aktiv kunnskapsformidling som et verktøy for faglig utvikling blant ansatte.

6.1.4 Forskningsspørsmål 1

Jeg har presentert intervjudeltagernes forståelse, erfaringer og opplevelser med Recovery. Oppsummert viser empirien at informantene har en samstemt forståelse av Recovery som en personlig prosess, med fokus på brukermedvirkning. Datamaterialet viser også et gjennomgående mønster når det gjelder ansattes tolkning av mennesker som er utenfor i samfunnet, og at Recovery er et verktøy for å fremme inkludering blant annet gjennom relasjonsbygging. Videre belyser funnene at å være fersk kan være en fordel når det kommer

til å tenke Recovery-orientert, og at kommunen er opptatt av å forankre tilnærmingen gjennom faglig utvikling blant ansatte.

6.2 utfordringer i møte med Recovery

Det andre forskningsspørsmålet omhandler hvilke utfordringer ansatte opplevd i møte med Recovery. To utfordringer som ble særlig belyst gjennom intervjuene var tradisjonelle tankemønstre som kan hindre ansatte i å tenke Recovery-orientert, og rundt ansattes faglige identitet ved å få en mindre rolle.

6.2.1 Tradisjonelle tankemønstre

Funnene viser at det generelle inntrykket av ansatte med tradisjonell basert erfaringskompetanse kan komplisere det å tenke Recovery-orientert. Anna uttrykte at den interne kulturen som har vært over flere år kan gjøre det vanskelig å tenke nytt. Hun fortalte at selv om man ønsker å arbeide Recovery-orientert kan det være vanskelig på grunn av tidligere erfaringer med å være ekspert i hjelper-bruker relasjonen. I likhet opplever Britt at ansatte kan misforstå begrepet og skildrer;

«Jeg tror nok, jeg opplever ikke motstand her, de er veldig åpne alle sammen til å tenke Recovery-orientert, eneste som jeg ser er jo at kanskje folk misforstår litt definisjonene og litt hvordan man skal jobbe Recovery.»

Videre uttrykte hun at gamle arbeidsmetoder har fått resultat, og dermed kan føre til at ansatte blir fastkjørt i en tankegang som gjør det vanskelig å snu. Carl bemerker også denne utfordringen og uttrykte at ansatte med en tradisjonell erfaringsbasert kompetanse kan bli fornærmet; *«skal du fortelle meg hvordan jeg skal gjøre jobben min?»* og fremholder at ansatte ikke har gjort feil hele livet, men har jobbet ut ifra sine forutsetninger. Videre formidlet han viktigheten med intern opplæring for å bedre forstå målsettingen med Recovery og for å tenke på en annen måte enn hva man er vant til. Imidlertid var intervjudeltagerne samstemte i at ansatte vil brukerne godt, og at de er på riktig vei til å tenke Recovery-orientert. Analysen viser basert på informantenes uttalelser at tradisjonelle tankemønstre kan komplisere det å tenke Recovery-orientert, da det kan være vanskelig å tenke nytt.

6.2.2 Profesjonsrollen

Datamaterialet viser at det kan være problematisk for ansatte å få en mindre rolle og stå på sidelinjen som profesjonell. Carl belyser grensesetting som en utfordring og fastslår at man har moralske og etiske utfordringer når det gjelder å være offentlig ansatt. Videre skildrer han at det kan by på utfordringer rundt den faglige rollen knytt til å gi slipp på folk og gi fra seg kontrollen. Mens Britt uttrykker å stå på sidelinjen og ha et ønske om at folk skal ta seg sammen er utfordrende å se på; «*I forhold til oss som jobber er dette med å stå på sidelinjen, du får se at ting ikke går bra*», men fremholder at de må prøve og snuble som en del av læringsprosessen. Imidlertid understreker hun at til syvende og sist er det deres liv og de må være klar for det.

Anna hevder derimot at man ikke mister sin faglige identitet, selv om man kan føle man gjør det. «*Det er bare at man bruker den på en litt annen måte enn den klassiske jeg skal sitte her og fortelle deg hva du skal gjøre fordi jeg er eksperten*». Hun hevdet at ekspertrollen skal gis til brukeren, og at ansattes rolle er å være veiledende. Funnene belyser altså at ansatte kan oppleve utfordringer rundt å stå på sidelinjen og innta en mindre rolle. Derimot viser datamaterialet at det nødvendigvis ikke handler om det, men heller følelsen av at man gjør det.

6.2.3 Forskningsspørsmål 2

Som vi ser, er det variasjon i hvordan ansatte forstår begrepet Recovery. Dataene viser at informantene har innforstått en felles forståelse på Recovery, men funnene belyser likevel utfordringer knytt til tradisjonelle tankemønstre blant andre ansatte. Empirien viser også at utfordringer kan være at den faglige identiteten utfordres ved at ansatte må stå på sidelinjen og inneha en mindre rolle.

7.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen fortolkes empirien i lys av relevant teori og forskning. Kapittelet er delt opp i forskningsspørsmålene og tar utgangspunkt i funnene fra forrige kapittel. Problemstillingen i dette prosjektet utforsker hvordan ansatte arbeider Recovery-orientert.

Forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i hvordan ansatte forstår Recoveryperspektivet og hvilke utfordringer ansatte har opplevd i møte med Recovery-orientert praksis.

7.1 Hvordan forstår ansatte i Kristiansund kommune Recoveryperspektivet?

Vi søker kunnskap om hvordan ansatte forstår Recoveryperspektivet. Fra funn-delen vet vi at informantene var godt kjent med tilnærmingen og var samstemte på at Recovery er en individuell prosess. Informantenes begrepsforståelse kan ses i lys av litteratur og forskning om personlig Recovery (Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013) blant annet fordi informantene var konsise på å skildre Recovery som en individuell prosess, og var opptatt av å sette brukerens ønsker og mål i fokus. At brukeren blir anerkjent som ekspert på eget liv er ifølge Borg, Karlsson og Stenshammer (2013) en forutsetning i en personlig prosess. Det var tydelig at de ansatte hadde en slik forståelse da de i flere sammenhenger trakk frem at brukeren skal både bestemme og styre arbeidet. Dessuten underbygges dette ved at intervjudeltagerne ikke omtalte Recovery som en form for behandling eller å skildre målsettinger som går ut på symptomfrihet, altså det som betegnes som klinisk Recovery (Karlsson & Borg, 2013).

Videre belyser empirien at Recovery kan virke som et hjelpemiddel for at brukeren skal forme sin egen vei og formidle sine mål. Intervjudeltagerne var samstemte på at det er en brukerstyrt prosess, selv om de kan gi råd og veiledning. Dette gjenspeiler begrepet brukermedvirkning, som er et av Recovery-tilnærmingens kjernebegrep og gir mulighet til få frem brukerens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Det kan tenkes at dette fremmer både en etisk praksis om et samarbeid for et felles mål, og på lang sikt føre til et mer bærekraftig tjenestetilbud til brukerne. I lys av dette kan brukermedvirkning være viktig for at det ikke bare skal bli en tjeneste som utføres i regi av profesjonelle, men derimot en praksis som ivaretar det menneskelige som det sosialfaglige omhandler. Ifølge veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014), forstås brukermedvirkning som en kontinuerlig prosess for å bedre og utvikle tjenestene, hvor brukeren får mulighet til å bidra med erfaringskunnskap (Helsedirektoratet, 2014). Å praktisere reell brukermedvirkning kan

bidra til å øke kvaliteten på tjenestene og har blitt en sentral del av verdigrunnlaget for psykisk helsearbeid (Skjeldal, 2021). Informantene var samstemte i at brukerne skal legge føringene for arbeidet, noe som ligger til grunn for praktisering av reell brukermedvirkning. Datamaterialet belyser med andre ord at brukermedvirkning er et sentralt aspekt i de ansattes forståelse av Recovery.

Som vi så i funn-delen, tolket informantene mennesker med psykisk helse- og rusvansker som sårbare og utenfor samfunnet. Dette kan ses i lys av det Hammer og Hyggen omtaler som marginalisering, hvor det fremheves at sosial inkludering er viktig for å ikke falle utenfor samfunnet. Det kan derfor argumenteres for at det sosiale aspektet av Recovery er viktig å ta hensyn til, da dette er en viktig del av prosessen i å bli internalisert i samfunnet igjen (Karlsson & Borg, 2013, s. 69). Informantene omtaler blant annet aktivitet, samt anerkjennelse av brukerens ønsker som viktig i tjenestetilbudet. Dette kan i lys av Borg (2018) ses på som et samfunnsmessig perspektiv på Recovery og kan bidra til sosial integrering og motarbeide marginaliseringsprosessen (Karlsson & Borg, 2018). Dette kan tenkes fordi det er grunnleggende å komme inn i rutiner som videre kan medføre i en enklere prosess mot å bli inkludert i samfunnet. Sett i lys av det Tew (2005) fremholder som en viktig del av en Recovery-orientert praksis, fremkommer det å arbeide for et mer inkluderende samfunn som et steg for å arbeide mot blant annet marginalisering (Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013, s. 24). Derfor kan det tenkes at vi videre burde se dette i perspektiv av at brukerkunnskap er essensielt, slik at brukerens forståelse av hva som skal til for bedring blir utgangspunktet i arbeidet. Et viktig element kan derfor være at hjelper-bruker forholdet må preges av gjensidig samarbeid, hvor brukeren kommer med innspill, og hjelper er den som veileder ved behov. Som også informantene understreker, gir de råd og veiledning, men til syvende og sist er det brukeren som bestemmer.

Videre ser vi at det nødvendigvis ikke handler om å bli helt symptomfri, som vi så i funn-delen, men derimot at man skal få en trygg nok base til å leve et meningsfullt og selvstendig liv (Karlsson & Borg, 2018). Dette underbygges dessuten gjennom informantenes vektlegging av relasjonsbygging, som også forskning belyser er essensielt for et godt samarbeid og for brukerens bedringsprosess (Borg & Kristiansen, 2004). For å tolke dette kan et Recovery-orientert tjenestetilbud tilrettelegge for sosial inkludering gjennom relasjonsbygging og et godt tjenestetilbud som utformes i regi av brukerne.

Fra funndelen ble det å være fersk belyst som en fordel for å tenke Recovery-orientert. Det kom frem at å ikke ha erfaring fra praksiser med en tradisjonell forståelse av arbeidet, kan ses

på som positivt. I lys av Boutillier, et al. (2015) kan dette tyde på at mindre erfaring med tradisjonell praksis kan gjøre det lettere å forstå hva Recovery innebærer (Boutillier, et al., 2015). Selv om analysen tyder på at å være fersk kan bidra til økt forståelse av Recovery, er det ikke en forutsetning for å arbeide Recovery-orientert. Sett i lys av NAPHA (2016) er det ikke et mål å forkaste tidligere kunnskap på feltet, men heller fokusere på brukerinvolvering og tenke utvikling som ett hovedfokus (NAPHA, 2016). Vi ser altså at selv om det ikke er en forutsetning, kan det å være fersk skildres som en fordel for å tilegne gode holdninger og forståelser av hva Recovery innebærer.

Til tross for at en av intervjudeltakerne har lengre arbeidserfaring var informanten likevel samstemt med de ferske i forståelsen av Recovery. Dette korrelerer med at intervjudeltakerne belyste at kommunen aktivt fremmer Recovery gjennom ulike verktøy som fagdager, foredrag og paneler osv. At ansatte har en «moderne» forståelse av Recovery kan sees i sammenheng med Hungerford & Fox (2013) som hevder at målrettet undervisning er et verktøy som kan fremme forståelse av Recovery, og Boutillier, et al., (2015) som fremholder «felles kunnskapsutvikling» som ett av forholdene som kan fremme en helhetlig Recovery-orientert praksis. Dette kan tyde på at Kristiansund kommune har dratt nytte av kunnskapsformidlingen da de ansatte fremholder gode holdninger og forståelser av hva Recovery innebærer.

7.1.2 Delkonklusjon 1

I sum ser vi at svar på forskningsspørsmål 1 om hvordan ansatte forstår Recoveryperspektivet, oppfattes Recovery som en personlig prosess, hvor blant annet brukermedvirkning ses på som både et mål og et middel som medfører inkludering i tjenesten. Videre viser analysen at brukergruppen forstås som marginaliserte, og at ansatte er opptatt av både å tilrettelegge for gode relasjoner og sosial inkludering for å reversere prosessen. Ellers belyser analysen at ansattes begrepsforståelse ses i lys av å være fersk som en fordel, men likevel ikke en forutsetning da kommunen har fokus på faglig utvikling gjennom verktøy som sikrer kontinuerlig kunnskapsutvikling i tjenesten.

7.2 Hvilke utfordringer har ansatte i Kristiansund kommune opplevd i møte med Recovery-orientert tilnærming?

I funndelen kom det frem at informantene hadde en samstemt forståelse av Recovery, men som vi så, ble tradisjonelle tankemønster blant andre ansatte belyst som en utfordring som kan hindre en i å arbeide Recovery-orientert. Om vi ser dette i lys av Mike Slades betingelser for

klinisk Recovery, kan det forstås at ansatte har blitt farget av et klinisk perspektiv, ettersom funnene tyder på at de opplever problemer med å bevege seg fra en tradisjonell praksis til en Recovery-orientert praksis. Slik jeg tolker det, kan det å gi ekspertrollen til brukerne være vanskelig i praksis, som også forskning har belyst (Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013). Intervjudeltagernes fremstilling kan tyde på at tradisjonell erfaringsbasert kompetanse kan komplisere det å tenke Recovery-orientert. Et klinisk perspektiv kan i denne sammenheng virke utdatert og legge hinder for brukernes Recovery-prosess, da det i liten grad tar hensyn til brukerens livsprosess og forhold som påvirker den psykiske helsen (Karlsson & Borg, 2013). På den andre siden kan det argumenteres at et slikt klinisk perspektiv kan legge klare føringer for arbeidet, samt å sikre at tjenestetilbudet ikke blir for individualisert, som videre kan problematisere brukerens liv da det kan være en stor påkjenning å ha ekstra ansvar i tillegg til andre psykiske utfordringer (Karlsson & Borg, 2013, s. 69). Men skal man arbeide Recovery-orientert må brukerne delta i alle avgjørelser om eget liv (Karlsson & Borg, 2017) og det vil dermed være viktig at ansatte klarer å legge bort det tradisjonelle maktforholdet mellom ansatte og brukere som tidligere har vært dominerende i psykisk helsearbeid.

I tråd med dette kan kunnskapsformidling i kommunen forstås som særlig viktig for å endre slike holdninger fordi det bidrar til økt forståelse på hva Recovery innebærer. I lys av studien Mike Slade (2009) belyser, er det nødvendig at ansatte forstår at brukeres forståelse og ekspertise står sentralt fremfor ansattes meninger (Mike Slade, 2009 i Borg, Karlsson, & Stenshammer, 2013, s. 25). At ansatte har lagt føringene for arbeidet har dessuten vært en forutsetning for psykisk helsearbeid i flere år, men som vi har sett iblant annet Opptappingsplanen (1998) for psykisk helsearbeid og Helsedirektoratets «*sammen om mestring*» (2014), er det altså ikke tilstrekkelig å basere tjenestetilbudene på hva profesjonelle mener er best for brukerne. Dette kan forstås som FN (2020) adresserer, at det er behov for et paradigmeskifte i psykisk helsearbeid (United Nations, 2020).

Analysen tyder på det å tenke Recovery-orientert kompliseres ved tradisjonell basert kompetanse. På en annen side kan analysen tolkes som at ansatte er på riktig vei til å forstå den moderne betydningen av begrepet, som underbygges ved at kommunen har jevnlig kunnskapsformidling om Recovery.

Videre viser empirien at ansattes faglige identitet kan utfordres ved å stå på sidelinjen. Dette kan tolkes i lys av Stokkens (2008) studie som en spenning mellom den «klassiske» og «den moderne» relasjonen. Den klassiske relasjonen baseres på tradisjonelle behandlingsmåter i helsetjenestene, og om man ser dette i tråd med klinisk Recovery, har begge synet på

helsearbeideren som ekspert (Stokken, 2008). Dermed kan det tolkes ut ifra funnene at ansatte opplever å ha en mindre betydning fordi de får en mindre rolle.

Likevel har Recovery-orienterte praksiser klare føringer om at brukers perspektiv er en forutsetning og en nødvendighet for et godt samarbeid, og fremheves som essensielt i bedringsprosessen (Tew, 2005). Som vi så i funn-delen forstår informantene hva Recovery innebærer og fremholder brukers bestemmelse som essensielt. Derimot kommer det frem at det å stå på sidelinjen og se at det ikke går bra oppleves som utfordring. For å forstå dette i større grad kan det tenkes at selve utfordringen ikke nødvendigvis er at brukeren bestemmer, men at det oppleves som vanskelig å se at brukeren tar valg som kan reduserer livskvaliteten deres. Likevel kan det tolkes fra funn-delen at informantene ser en positiv virkning av at brukerne får prøve selv, da funnene belyser at det er en læringsprosess å begynne å tenke selv, som ofte innebærer at brukerne både prøver og snubler. Dette fremmer altså mulighet til en selvstendig praksis, som gir brukerne sjanse til å virkelig få prøve seg frem til et bedre liv.

For øvrig viser analysen at ansatte tilrettelegger for at brukerne skal styre arbeidet, selv om det er utfordrende å stå på sidelinjen. Likevel fremkommer dette som en nødvendig læringsprosess som er viktig for at brukerne får mulighet til å oppnå selvstendighet i eget liv.

7.2.1 Delkonklusjon 2

For å svare på forskningsspørsmålet om hvilke utfordringer ansatte i Kristiansund kommune har møtt med Recovery-orientert praksis, belyser funnene at de største utfordringene er i forhold til tradisjonelle tankemønstre som kan være vanskelig å endre. Samtidig belyser analysen at ansatte er på riktig vei til å tilegne gode holdninger, som er basert på stort fokus for faglig utvikling i tjenesten. Videre ble utfordringer knyttet til å stå på sidelinjen bemerket, men analysen peker på at dette er vanskelig fordi de ansatte i bunn og grunn ønsker brukerne godt.

8.0 Konklusjon

Formålet med studien har vært å undersøke hvordan ansatte i Kristiansund kommune arbeider Recovery-orientert. Vi ser fra første forskningsspørsmål at ansatte forstår Recovery som en individuell prosess hvor brukermedvirkning står sentralt i utformingen av tjenestetilbudet. Videre ser vi at ansatte opplever at brukergruppen kan havne i en marginalisert posisjon, hvor sosial inkludering og relasjonsbygging fremkommer som viktig for å motvirke denne prosessen. At informantene var ferske ble sett på som en fordel, men som vi så har enheten høyt fokus på felles kunnskapsformidling som et verktøy for faglig utvikling. Likevel så vi fra forskningsspørsmål 2, at ansattes begrepsforståelse kan sprike, grunnet lengre erfaringer og tradisjonell kompetanse. Det generelle inntrykket er likevel at det ser ut til at ansatte med tradisjonell kompetanse er på riktig vei til å forstå Recovery, som blir underbygd av fokuset på kunnskapsutvikling i tjenesten. Videre så vi at ansattes faglige identitet ble belyst som en utfordring, i sammenheng med stå på sidelinjen og ønske brukers beste. Imidlertid så vi at brukers mulighet for å bestemme selv veier mer enn hva ansatte selv mener er best for brukeren, og oppfattes som en viktig læringsprosess og forutsetning i arbeidet.

I forhold til problemstillingen om hvordan ansatte i Kristiansund kommune arbeider Recovery-orientert, så vi at ansatte arbeider systematisk for å fremme gode holdninger hos ansatte, som videre medvirker at brukerne får et tjenestetilbud som utformes i regi av deres ønsker og mål. Den Recovery-orienterte tilnærmingen kan vise seg å være en god motvekt til tidligere behandlingstilbud for brukere med psykisk helse- og rusvansker. At ansatte både arbeider og forstår hva Recovery innebærer kan medføre en praksis som fremmer sosial utjevning, likhet og rettferdighet.

Til tross for at utvalget var begrenset, kan de subjektive forståelsene av både Recoveryperspektivet og utfordringene belyse deler av praksisen andre yrkesutøver kan oppleve. Disse utfordringene kan oppleves på tvers av kommunegrenser, noe som gjør denne oppgaven til et bidrag for ansatte som arbeider Recovery-orientert i andre kommuner. Avslutningsvis vil jeg understreke at en større undersøkelse som vektlegger ansatte med tradisjonelt basert erfaringskompetanse kan bidra til å bedre forstå utfordringene både forskning og studien har belyst. Ulike forståelser i samme enhet kan by på utfordringer og hindre det formålet praksisen har, og det hadde dermed vært interessant å undersøke perspektiver og erfaringer fra ansatte med tradisjonell erfaringsbasert praksis.

9.0 Referanseliste

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

Borg, M., & Karlsson, B. (2017). *Recovery Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13 (4), 493-505.
<https://doi.org/10.1080/09638230400006809>

Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Borg, M., Karlsson, B., & Stenshammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser - En systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA-rapport nr/2013)
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Boutillier, C. L., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Birb, V. J., Macpherson, R., Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0275-4>

Ekeland, T. (2014). Frå objekt til subjekt - og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11 (3), 211-220.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-03-03>

Fleiner, R. L. (2018). *Recovery misbrukes til å la være å hjelpe*. NAPHA.no:
<https://www.napha.no/content/22564/-recovery-misbrukes-til-a-la-vare-a-hjelpe>

Hammer, T., & Hyggen, C. (2013). *Ung voksen og utenfor: Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet*. Oslo: Gyldendal.

Helse- og Omsorgsdepartement. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. st. 26 (2014-2015)). Hentet fra Regjeringen.no:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

Helse- og Omsorgsdepartement. (2008). *Samhandlingsreformen* (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St. prp. Nr. 63 (1997-98)) Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). *Se meg! En helhetlig ruspolitikk*. (Meld. St. nr. 30 (2011-2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (Meld. St. nr. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommune og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c

Hungerford, C., & Fox, C. (2013). Consumer's perceptions of Recovery-oriented mental health services: An Australian case-study analysis. *Nursing & Health Sciences*. 16 (2), 209-215. <https://doi.org/10.1111/nhs.12088>

Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2014). Challenges of recovery-oriented practice in inpatient mental health settings – the potential for social work leadership. *Asia Pacific of Social Work and Development*. 24(14) 5-16. <https://doi.org/10.1080/02185385.2014.885205>

Jørgensen, M. S. (2021, 04.02). Ulike former for Recovery. Hentet fra <https://kbtkompetanse.no/ulike-former-for-recovery/>

Karlsson, B., & Borg, M. (2011). Recovery - og hva så? Om erfaringsbasert kunnskapsvikår og muligheter, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 11(8) 314-323. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-04-04>

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B., & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid, Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 25(3) 267-277. [10.3109/09638237.2015.1101427](https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427)

Dahl, T (2021). *Recoveryperspektivet*. Lossius, K. (Red) Håndbok i rusbehandling (s. 63-91.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meese, E. S., & Ekeland, T.-j. (2017). Her er det rom for medmenneskelighet. Ansattes erfaringer med recovery innen ACT-modellen i Norge og Danmark. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 17(14), 315-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04>

NAPHA. (2016). Veileder for ansatte i Psykisk helse og rus. Bærum. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/7002/Veileder-recovery>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lov - 1999 - 07 - 02 – 63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukervedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stokken, R. (2008). Den kunnskapsrike pasienten. I A. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (ss. 57-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tew, J. (2005). Core Themes of Social Perspectives. I J. Tew (Red.), *Social perspectives in mental health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress* (ss. 13-32). London: Jessica Kingslay Publishers. Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hivolda-ebooks/reader.action?docID=290651>

Tjora, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

United Nations. (2020). Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable - Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the. Hentet fra <https://undocs.org/A/HRC/44/48>

10. Vedlegg informasjonsskriv

Førespurnad om deltaking som informant i studentprosjekt

Tredje studieår gjennomfører barnevernspedagog- og sosionomstudentane ved Høgskulen i Volda eit forskingsprosjekt i grupper. Prosjektet dannar grunnlaget for bacheloroppgåva. Målet er å utvikle kunnskap om profesjonsutøving innanfor sosialt arbeid. Høgskulen i Volda er såleis ansvarleg for prosjektet.

Prosjektet

Dette prosjektet skal svare på problemstillingen «Hvordan arbeider ansatte i Kristiansund kommune med Recovery-orientert tilnærming til brukere med rus psykisk helse- og/eller rusvansker?», og samlar kunnskap fra ansatte i Kristiansund kommune som har erfaring med Recovery-orientert tilnærming. Jeg retter meg til deg fordi du har kunnskap om Recoveryperspektivet.

Prosjektet samlar inn kunnskap gjennom intervju. Intervjuet vil ta omlag 60 minutt, og blir gjennomført i Kristiansund. Samtalen vil handle om kva du legger i begrepet Recovery, erfaringer du har med metoden, målsettinger i rundt den, utfordringer knyttet til den, og hvordan metoden er i forhold til andre måter du evt har arbeidet med innanfor rus- og psykisk helse. Det vil også komme spørsmål på ditt syn på sosialt arbeid. Det eneste jeg trenger å vite om deg, i tillegg til dette, er hvilken utdanning og erfaring du har. Det spør jeg om i samtalen. For at jeg skal slippe å huske alt du har sagt, tar jeg lydopptak av det vi snakker om.

Frivillig:

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke samtykket uten å gi meg ein grunn. Dersom du trekker deg etter at intervjuet er gjennomført, vil alle opplysningar bli anonymisert. Vi baserer retten til å behandle opplysningar om deg på ditt samtykke.

Om du deltek:

Alle personopplysningar blir behandlet konfidensielt. Ingen vil få vite at det er du som har gitt oss den kunnskapen vi får, med mindre du godkjenner at vi skriver hvem du er. Om du ikke godkjenner dette, skal det ikke vere råd for utanforståande å skjøne kva *du* har sagt når ein les oppgåva vi skal skrive. Opptaka og koplinga mellom deg og det du seier (ein såkalla «koplingsnøkkel») vert lagra i eit låst arkiv. Prosjektet vert avslutta 31/6 2020. Då vert opptaka sletta, og vi sit berre att med anonymisert materiale.

Dine rettar:

Så lenge du kan identifiserast i materialet har du rett til innsyn i det vi har registrert om deg, få desse retta eller sletta, få utlevert kopi av opplysningane og å sende klage til personvernombodet eller Datatilsynet om behandlinga av personopplysningane dine.

NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) har på oppdrag frå Høgskulen i Volda vurdert at behandlinga av personopplysningar i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dersom du har spørsmål, eller ønskjer å gjere deg bruk av rettane dine, ta kontakt med

- Student: Mari Fredriksen på marifredriksen@hotmail.no eller på 47364672.
- Lærer: Roar Stokken på roar.stokken@hivolda.no eller på 45240204.
- Personvernombod: Cecilie Røeggen på cecilie.roeggen@hivolda.no eller 70075073
- NSD: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55582117

Med beste helsing

Roar Stokken

Mari Fredriksen

Lærer

Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan arbeider ansatte i Kristiansund kommune med Recovery-orientert tilnærming til pasienter med rus og- eller psykiske utfordringer», og har fått høve til å stille spørsmål. Eg samtykkjer til:

- å delta i intervju med videoopptak
- å delta i intervju med lydopptak
- at opplysningar om meg vert publisert på ein måte som gjer at eg kan bli identifisert

Eg samtykkjer til at opplysningane mine vert behandla fram til prosjektet vert avslutta 31/6 2020

Dato

Signatur

Namn med blokkbokstavar

10.1 Vedlegg intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide

Åpningsspørsmål

1. Hvilken utdanning har du?
2. Hva er ditt syn på sosialt arbeid?
3. Hva er målsettingen for arbeidet dere gjør?

Hovedspørsmål

1. Hva legger du i begrepet Recovery? Hvordan kan det forstås som en personlig/sosial prosess?
2. Hva er målet med Recovery-orientert tilnærming? Hvordan kan Recovery ses i sammenheng med rus og psykisk helse?
3. Hvordan arbeider man Recovery-orientert? Holdninger, verdier? Hvordan kan man arbeide for å fremme Recovery?
4. Kan Recoveryperspektivet bidra til endring av tenkning og praksis for ansatte, som er viktig for både ansatte og brukerne? Eks holdninger, verdier, praksis gjennomføring?
5. Hvilke utfordringer kan Recovery-orientert tilnærming ha? Er du kritisk i forhold til den? Fordeler/ulemper? Har ansatte lik/ulik forståelse på begrepet?
6. Har samarbeid med andre instanser/hjelpetiltak betydning for Recoveryprosessen til brukeren? Er samarbeid på tvers av faggrupper viktig for at brukeren skal få best mulig hjelp? Hva er viktig for et godt samarbeid?
7. I forhold til andre tilnærminger du har erfaring med i møte med rus- og eller psykisk helse, hvordan anser du Recovery i forhold? Fordeler/ulemper?

Avslutningsspørsmål

1. Er det noe med Recoveryperspektivet du ikke er enig med eller skulle ønske var annenledes?
2. Er det andre ting vi ikke har snakket om, som du mener er relevant når det gjelder Recovery-orientert tilnærming?