

# Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune

Rose-Marie Bank  
Marit Borg  
Tommy Lunde Sjøfjell  
Esther Ogundipe  
Therese Austrheim Johnson  
Bengt Karlsson



# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>s. 4</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>s. 6</b>
<b>Kapitel 1. Innledning</b>	<b>s. 8</b>
Studiens bakgrunn og målsetting	s. 8
Organisering av samarbeidsprosjektet recoverydannelse	s. 9
Studiens forskningsspørsmål	s. 10
Rapportens organisering	s. 10
<b>Kapitel 2. Utvikling av recoveryorienterte tjenester og praksiser innen psykisk helse- og rusarbeid</b>	<b>s. 12</b>
Om recovery, praksiser og dannelse	s. 12
Hva kan recovery være?	s. 13
Hva kan forskning si om recovery innen psykisk helse- og rusarbeid?	s. 16
Gode intensjoner og manglende realiteter?	s. 21
Recoveryorientering av tjenester og praksiser i psykisk helse- og rusarbeid	s. 24
Perspektiver og prinsipper for recoveryorienterte tjenester og praksiser	s. 25
Noen prinsipper for recoveryorientering	s. 27
Implementering, utvikling eller en dannelsesreise mot recoveryorientering?	s. 28
Utvikling av tjenester og praksiser i recovery – hva og hvordan?	s. 33
Undringsfelleskap og erfaringsdeling om recovery	s. 35
<b>Kapitel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte studien</b>	<b>s. 40</b>
Bakgrunnen for det kompetansehevende prosjektsamarbeidet	s. 40
Organisering, gjennomføring og innhold i samarbeidsprosjektet om recoverydannelse	s. 41
Forskningsprosjektets målsetting	s. 42
Gjennomføring av den forskningsbaserte studien	s. 43
Forskningsetikk	s. 46

<b>Kapitel 4. Presentasjon av funn</b>	<b>s. 47</b>
Presentasjon av kvantitative funn	s. 47
Presentasjon av kvalitative funn	s. 57
<b>Kapitel 5. Diskusjon</b>	<b>s. 80</b>
En felles dannelsesreise	s. 80
Kompetanseforløp som døråpner	s. 82
Kompetanseforløp som øyeråpner	s. 84
Noen avsluttende konklusjoner og anbefalinger	s. 85
<b>Vedlegg</b>	
Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.	s. 87
Vedlegg 2. Samtykkeerklæring.	s. 89
Vedlegg 3. Spørreskjema «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune» 1& 2.	s. 90
Vedlegg 4. KOR-skjemaer for evaluering.	s. 113
Vedlegg 5. Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervjuer.	s. 116
Vedlegg 6. Svar fra Norsk Senter forskningsdata AS (SND).	s. 117
Vedlegg 7. Invitasjon til oppstartseminar	s. 119
Vedlegg 8. Ideer til diskusjon og gruppearbeid ved erfaringsdeling.	s. 120
<b>Referanser</b>	<b>s. 121</b>

## **Forord**

Dette forskningsprosjektet er et samarbeid mellom Drammen kommune og Nedre Eiker kommune innen psykisk helse og Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge. Studien er finansiert av Drammen og Nedre Eiker kommuner og Høgskolen i Sørøst-Norge.

Vi vil gjerne rette en stor takk til deltakerne i dette forskningsprosjektet. Det er mange personer som generøst har delt sine erfaringer og synspunkter og bidratt til viktig kunnskapsutvikling. Vi vil også rette en stor takk til deltakerne i styringsgruppen, som fulgte med og bidro inn i prosjektets utvikling og gjennomføring. En særlig takk går til Drammen kommune, Helse,- sosial og omsorg, representert ved virksomhetsleder Lisbeth Bakken og rådgiver Evelyn Skaland, Utviklingsenheten Skap gode dager.

Vi vil få takke Drammen kommune og Nedre Eiker kommune som gjorde denne studien og dette samarbeidet mulig.

Drammen, 08.mars 2018.

Rose-Marie Bank, Marit Borg, Tommy Lunde Sjøfjell, Esther Ogundipe, Therese Austrheim  
Johnson og Bengt Karlsson.

**Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Høgskolen i Sørøst-Norge.**

Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø i samarbeid med personer med brukererfaring, pårørendeerfaring, klinisk erfaring, forskere og beslutningstakere. Senteret ønsker å bidra til styrking og utvikling av den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder; (1) Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, (2) Person- og kontekstsentrerte tilnærminger, (3) Familie- og nettverksperspektiver, (4) Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet og (5) Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver senteret en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter. Bidrar til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling. Er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, samt bidrar til å styrke forskerkompetansen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, HSN. Forskingen ved senteret vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helseproblemer, og for utøvelsen av psykisk helsearbeid. Lokalmiljøet er konteksten for hvor psykisk helsearbeid skal utvikles. Sentrale områder er arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet med vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe og samfunnsnivå, gjennom velvære og velferd, har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i psykisk helsearbeid. Forskingen ved Senter for psykisk helse og rus skal også synliggjøre at de sammenhenger og situasjoner der folk lever og bor kan bidra til å lindre eller å forsterke psykiske helseproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Senteret legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Senteret har kompetanse innen kvalitative, kvantitative og triangulerende og blandede metodologier.

<b>Prosjektnummer</b>	
<b>Virksomhetsnavn</b>	Senter for psykisk helse og rus, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge, Postboks 7053, 3007 Drammen.
<b>Besøksadresse</b>	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
<b>Telefon</b>	31 00 80 00
<b>E-post og kontaktperson</b>	Professor Bengt Karlsson, leder av SFPR: <a href="mailto:Bengt.Karlsson@usn.no">Bengt.Karlsson@usn.no</a> tlf: 90649078
<b>Hjemmeside</b>	<a href="http://www.usn.no/sfpr">http://www.usn.no/sfpr</a>

## **Sammendrag**

### **Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune**

Både i Norge og internasjonalt er det stor faglig oppmerksom knyttet til recovery, hva det er og hvordan man kan utvikle recoveryorienterte tjenester og praksiser. Det siste aspektet er viet stor forskningsmessig interesse internasjonalt og mindre nasjonalt knyttet til systematisk kunnskapsutvikling gjennom forskning. Drammen kommune, Helse,- sosial og omsorg, representert ved Utviklingsenheten Skap gode dager ønsket å utvikle et kompetanseforløp knyttet til recovery og recoveryorienterte praksiser og tjenester innen psykisk helse- og rustjenestene. Som en del av en fremtidig kommunesammenslåing tok Nedre Eiker kommune også del. Partene ønsket at kompetanseforløpet skulle ledsages av forskning og evaluering og Senter for psykisk helse og rus, Institutt for helse-, sosial- og velferdssag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) fikk muligheten til å gjøre dette. Studien har to forskningsspørsmål den søker å gi svar på: 1. Hvilken nytte og verdi har innholdet og utforming av kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt for deltakerne?, og 2. Hvilke nytte og på hvilke områder har kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt for deltakernes arbeid med recoveryorienterte daglige praksiser? Evalueringsstudien er finansiert av Drammen kommune og HSN.

### **Metode**

Denne mixed methods-studien har en kvantitativ del og en kvalitativ. I den kvantitative delstudien ble spørreskjemaet «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune» benyttet. Kartleggingsundersøkelsen ble foretatt to ganger i et tidsintervall på fem måneder. Den første kartleggingen ble foretatt ved oppstart og den andre ved avslutning. Skjemaet er tidligere utarbeidet ved Høgskolen i Sørøst-Norge for tilsvarende studier. I den kvalitative delstudien ble modifiserte KOR-skjemaer brukt som evalueringsverktøy ved temadager og dager for erfaringsdeling. Fokusgruppeintervjuer ble benyttet etter kompetanseforløpets avslutning ved bruk av en tematisk intervjuguide som ble utviklet i forskningsgruppen. Temaene som var i fokus i intervjuene var basert i forskningsspørsmålene og intervjuguiden.

### **Funn**

De samlede funnene er fremstilt i en kvantitativ del og en kvalitativ. De kvantitative funnene fremstilles i ulike tabeller under og følges av kommentarer knyttet til funnene. De kvalitative funnene presenteres under to hovedtema: 1. KOR-evalueringer og 2. Fokusgruppeintervjuer. Del 2 er organisert i forhold til fire hovedtemaer hvorav de to første besvarer

forskningsspørsmål 1 og de to siste forskningsspørsmål 2.: 1. «Hjelp til å snu litt på flis og tankegangen», 2. «Det var litt sånn rart med dannelsesprosessen», 3. «Brukeren i førersetet» og 4. «Dette her er noe som må slipes og formes».

### **Noen konklusjoner og anbefalinger**

Studien konkluderer funnene i tre hovedområder som diskuteres: 1) En felles dannelsesreise, 2) Kompetanseforløpet som en døråpner og 3) Kompetanseforløpet som en øyeåpner. Recoverydannelse har bidratt til en fellesarena for kompetanseutvikling, diskusjoner og refleksjoner over hvordan recoveryorienterte praksiser kan utvikles. Evalueringen viser at kompetanseforløpet bidro til større bevissthet om hva recovery og recoverysamarbeid handler om. Deltakerne opplevde en større trygghet til å foreslå recoverytilnærming til brukere og fagpersoner og større kunnskap om hvordan andre arbeider med recovery. Forsknings-evalueringen viser til erfaringsdelingen som et særlig verdifullt fora for å kunne reflektere trygt over konkrete praksissituasjoner. Recoverydannelsens vektlegging av konkrete praksiser, nedenfra-beskrivelser og anerkjennelse av egne og andres praksiserfaringer er særlig verdifullt og fremtredende. Det å arbeide systematisk med praksiskunnskap om hva som er nyttig og hjelpsom hjelp er sentrale aspekter ved recovery. Forskningsevalueringen viser at et felles kompetanseforløp for både ledere, fagpersoner, brukere og erfaringsmedarbeidere var meget vellykket. Deltakerne fikk reflektert sammen om hvordan recovery kan forstås, samarbeides om, og det ble utviklet en utvidet forståelse for hverandres roller og kunnskapsområder.

Forskningsstudien viser til gode erfaringer som vil kunne være nyttig i det videre arbeidet med recovery i den nye fremtidige kommune. Særlig fremholder deltakerne det med å ha en felles møteplass for alle involverte for å diskutere recovery og recoverysamarbeid. Studien fremholder behovet og ønsker om møtes, dele erfaringer, lære av hverandre og få nye ideer. Verdien av ledere, fagpersoner, erfaringsmedarbeidere og brukere er på en felles møteplass, er meget tydelig. En slik erfaringsdeling kan fasiliteres på tvers av tjenestene. Det bør være obligatorisk med bred deltakelse og lederforankring. Kompetanseforløpet recoverydannelse inviterer og inspirerer deltakerne til å være på en reise, være i prosess og undre seg over både recovery, recoveryorientering og recoverybaserte tjenester. En slik spørrende, undrende og reflektert innstilling kan gi sterkere fellesskap mellom ledere, brukere og ansatte samt rausere psykisk helse- og rustjenester.

## Kapittel 1: Innledning

### *Studiens bakgrunn, målsetting og forskningsspørsmål*

#### Samarbeidets og studiens bakgrunn

Drammen kommune v/utviklingsenheten Skap gode dager ved rådgiver Evelyn Skaland henvendte seg formelt til Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR) i juni 2016 for mulig bistand og veiledning til en systematisk kunnskapsutvikling knyttet til recoveryorienterte praksiser og tjenester. Utviklingsenheten hadde i samarbeid med virksomhetene Psykiske helsetjenester og Senter for rusforebygging lenge ønsket å starte en skolering med fokus på recovery. HSN ved SFPR vurderte dette som hensiktsmessig og meget interessant og inngikk i et samarbeid med Drammen kommune for året 2017. Begge parter hadde som en overordnet målsetting for samarbeidet om å fremme kvalitet og systematisk kunnskapsutvikling om recovery. Som følge av kommunereformen skal Drammen og Nedre Eiker kommuner slås sammen i 2020. På bakgrunn av dette anså man det som hensiktsmessig å invitere med deltakere også fra Nedre Eiker kommune. Den formelle avtalen for samarbeidsprosjektet ble inngått mellom Drammen kommune og HSN.

Partene definerte følgende samarbeidsområder:

- Utvikling av et kompetanseforløp over seks dager i vårsemesteret som fikk tittelen «Recoverydannelse». SFPR ville ha det faglige ansvaret. Drammen kommune bidro med erfaringsbasert kunnskap blant annet gjennom innlegg og deltakelse fra brukere og erfaringskonsulenter fra både Drammen kommune og Nedre Eiker kommune.
- Drammen kommune ønsket å benytte Bengt Karlsson ved SFPR som rådgiver og veileder i forhold til utvikling av egne ressurspersoner og Recoveryverksted.
- Bengt Karlsson skulle delta i prosjektgruppe fra SFPR sin side samme med ansatte i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune og brukerrepresentanter.
- Forskningsmedarbeider Rose-Marie Bank (SFPR) ble ansatt i 20% stilling av Drammen kommune for å følge og evaluere hele kompetanseforløpet. Dette arbeidet skulle også sees som et forarbeid til videre utvikling av et studieopplegg med studiepoeng.
- Evalueringen skulle være prosessorientert på en slik måte at Drammen kommune og Nedre Eiker kommune også kan bruke resultater fra evalueringen i egne rapporter. I denne sammenheng ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med deltakerne og brukt andre aktuelle evalueringsmetoder hvor Drammen kommune og Nedre Eiker kommune også har tilgang til resultatene.



- Utviklingen og innholdet i Recoverydannelsen skulle særlig søke å fange opp brukernes stemmen, hvordan ansatte kunne samarbeide med brukerne som Recoveryagenter/ressurspersoner og hvordan deltakerne i Recoverydannelsen kunne nyttiggjøre seg gode ideer og erfaringer som kommer frem. Videre også vurdere fremtidig arbeid og utvikling av Recoveryverksted samt implementere dette inn i gode recoveryorienterte praksiser.

### *Organisering av samarbeidsprosjektet Recoverydannelse*

Samarbeidet har vart i et år med start 01.01.2017 og med avslutning 31.12.2017. Kompetanseforløpet Recoverydannelse ble gjennomført i perioden 1. januar til 1. juli 2017. Perioden 1.juli til 31.desember ble brukt til å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, bearbeide og analysere både kvalitative og kvantitative data og skrive denne vitenskapelige rapporten.

Selve kompetanseløftet besto av seks hele dager med ulike temaer knyttet til utvikling, praktisering og danning i recovery. Disse dagene var obligatoriske for alle deltakerne fra begge kommuner. I tillegg ble det gjennomført fire halve dager med erfaringsdeling. Disse dagene var det frivillig for deltakerne å være tilstede. Det deltok i alt 30 personer som var ansatte, ledere og erfaringsmedarbeider i psykisk helse- og rustjenestene i de to kommunene. Det var denne rapportens forfattere, alle tilknyttet SFPR, som hadde det faglige ansvaret for alle de 10 dagene. Drammen kommune ved utviklingsenheten Skap gode dager var ansvarlige for lokaler samt holde deltakere med kaffe, te og lunsj. Som tidligere nevnt hadde samarbeidsprosjektet en styringsgruppe. Denne besto av følgende personer: Evelyn Skalstad, rådgiver ved utviklingsenheten Skap gode dager, Drammen kommune. Leder/koordinator for prosjektgruppen, Liv Elisabeth Havneraas, fagrådgiver ved Psykiske helsetjenester, Drammen kommune, Thor Henning Martinsen, fagrådgiver ved Senter for rusforebygging, Drammen kommune, Bjørn Thollesen, erfaringskonsulent ved Senter for rusforebygging, Drammen kommune, Marit Kolbræk, tjenesteleder Psykisk helse, Nedre Eiker kommune, Liv Torild Mytting, virksomhetsleder, Helsetjenesten, Nedre Eiker kommune og Bengt Karlsson, Professor, Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Sørøst-Norge.

Samarbeidsprosjektet Recoverydannelse startet med et «Startskudd»-seminar den 16. februar 2017. Seminaret var åpent for alle ledere, ressurspersoner/recoveryagenter, erfaringsmedarbeidere, brukere og andre ansatte i tjenestene for psykisk helse og rus i de to kommunene. Programmet for seminaret kan sees i detalj i Vedlegg 7, og inneholdt offisiell åpning, bakgrunn for kompetaneforløpet Recoverydannelse, innlegg fra to

erfaringskonsulenter om deres respektive recoveryreiser og til sist et innlegg fra HSN om hva recovery kan være. Fra kl. 12 til 16 samme dag samlet de 30 deltakerne seg for å bli litt kjent med hverandre og hvordan vi sammen skulle utvikle kompetanseforløpet Recoverydannelse.

### *Studiens målsetting og forskningsspørsmål*

Som tidligere nevnt hadde Drammen kommune v/utviklingsenheten i samarbeid med virksomhetene Psykiske helsetjenester og Senter for rusforebygging lenge ønsket å starte en skolering med fokus på recovery. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune ønsket en systematisk kunnskapsutvikling knyttet til recoveryorienterte praksiser og tjenester. Dette gav startskudd for et samarbeid med SFPR kalt Recoverydannelse. Samarbeidet har rommet mer enn det som fokuseres i den forskningsbaserte evalueringsstudien. Den har et mer begrenset formål som lyder slik: Formålet med forskningsstudien er å beskrive og evaluere kompetanseforløpet Recoverydannelse. Dannelsen har som målsetting å utvikle recoveryorienterte praksiser og tjenester i psykisk helse og rustjenestene i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune.

På denne bakgrunn har evalueringsstudien hatt to forskningsspørsmål:

1. Hvilket nytte og verdi har innholdet og utforming av kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt for deltakerne?
2. Hvilke nytte og på hvilke områder har kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt for deltakernes arbeid med recoveryorienterte daglige praksiser?

Deltakerne i studien har vært 30 personer som arbeider i psykisk helse- og rustjenestene i de to kommunene. De er representert ved ledere, ansatte fagpersoner og ansatte erfaringsmedarbeidere.

### *Rapportens organisering*

Etter dette innledende kapitlet vil det i kapittel 2 bli redegjort for noen sentrale forståelser og begreper. Det vil pekes på helse- og velferdspolitiske føringer innen området recovery og hvordan det kan tenkes, praktiseres og utvikles recoveryorienterte tjenester og praksiser. Til sist i kapittel 2 vil vi se på begrepet om dannelse i relasjon til veiledning og erfaringsdeling for ansatte i ulike tjenester som fagpersoner og som erfaringsmedarbeidere. I kapittel 3 presenteres studiens metodologi. Hovedvekten av rapporten er viet til studiens funn i kapittel 4. I diskusjonen i kapittel 5 blir studiens funn sett i relasjon til forskningsspørsmålene og

kunnskapsstatus. I kapittel 6 presenteres noen konklusjoner og anbefalinger. Studien er gjennomført av Rose-Marie Bank, Marit Borg, Tommy Lunde Sjøfjell, Esther Ogundipe, Therese Austrheim Johnson og Bengt Karlsson. Samtlige er, og har vært, tilknyttet Senter for psykisk helse og rus, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge.

## Kapittel 2. Utvikling av recoveryorienterte tjenester og praksiser innen psykisk helse- og rusarbeid

### *Om recovery, praksiser og dannelse*

I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* skrives det: «Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg». For å oppnå dette kreves endringer» (s. 9). Det er to sentrale forhold ved det overnevnte sitatet. For det første: Regjeringen mener at det kreves *endringer* i helse- og omsorgstjenestene. Dette kan *bare* skje ved at pasienten eller brukeren er den som er i førersetet og deltar i alle avgjørelser vedrørende seg selv og de tilbud personen tilbys. Endringene som kreves, omfatter ikke bare alle helse-, sosial- og velferdstjenestene. Det krever samfunnsmessige endringer i betydningen av å kunne akseptere et stort menneskelig mangfold og forskjellighet, kunne inkludere og akseptere mennesker som er annerledes enn oss selv og som ønsker å være det, samt å se på helse som fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell.

Alle disse elementene er grunnleggende i begrepet recovery, og hvordan man kan arbeide med recovery som utgangspunkt. Når det skal arbeides recoveryorientert i psykisk helse- og rustjenestene kreves det radikale endringer både hva angår samarbeidsformer i og organisering av tjenestene, hvem som skal arbeide der, og hvilke tilbud en skal gi, og disse endingene må skje nå (Folkehelsemeldingen, 2016). Dernest er det personen som er i recovery som skal lede arbeidet. Hun eller han er eksperten på eget liv – ikke fagpersoner eller andre deltakere. De som er rundt den aktuelle personen skal gjøre det de kan for å støtte og være til hjelp i den reisen eller de prosesser som recovery er for hver enkelt av oss. Recovery har røtter i opprør og kamp for like menneske- og samfunnsrettigheter for alle innbyggere i et samfunn, særlig for mennesker som forstås som annerledes eller ulik det store flertallet. Det indikerer at recovery er *både* personlige og sosiale prosesser og de kan ikke adskilles. Forstått slik kan recovery finne sted både i tjenestene, uavhengig av tjenester og fagpersoner og alltid i lys av samfunnsmessige betingelser. Sentrale elementer i recovery er at ingen personer kan forandres utenfra: «Jeg har best kunnskap om hva som er til hjelp for meg og ikke. Jeg må lede an i arbeidet om Recovery. Jeg vil kunne velge å leve et annerledes og forskjellig liv fra flertallet. Arbeid, bolig, aktivitet, penger, utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie er viktige bidrag i mine recoveryprosesser».

Recovery er på en og samme tid er noe nytt og noe som ikke er nytt. Det er gammelt i den betydning at recovery har mange og ulike røtter knyttet til almene menneskerettigheter og særlige rettigheter for mennesker med rus- og psykiske helsevansker. Det er noe nytt ved at recovery er på alles lepper og i alle utviklingsarbeider i psykisk helse- og rustjenestene tilpasset år 2017. Det kan innebære at røttene og tradisjonene blir tillagt liten eller ingen betydning og at recovery skal kunne passe inn i krav om standardisering, effektivisering og målinger. Røttene og tradisjonene gir muligheten av å holde fast i recovery som et ståsted når mer humane og sosiale praksiser og tjenester skal utvikles.

Dette kompetaseforløpet er blitt kalt Recoverydannelse. Dannelse brukes da som et bilde og en understrekning av at recovery ikke kan eller skal *implementeres*. Det må snarere *utvikles* i samarbeid mellom de personene det angår. Det kan være brukere, pårørende, fagpersoner og ledere i en tjeneste eller i en kommune. En tjeneste eller en kommune er ikke de andre – det er oss. Recovery må skapes i samarbeid og utvikling. Implementering forsterker menneskers motstand mot å forandres utenfra. Det forskning om implementering viser er at når implementeringsprosjektet er over, lysene er slukket og teppet er trukket for, fortsetter vi med å gjøre det vi alltid har gjort. Den store utfordringen med implementering er varighet over tid. Derfor begrepet om dannelse – som en reise gjennom ulike landskaper sammen med ulike mennesker for på den måten å oppdage og erkjenne likheter, forskjeller, mangfold og enfold.

### *Hva kan recovery være?*

I veilederen for lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid «Sammen om mestring» fra 2014 fremholder Helsedirektoratet at recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under personens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis). I nordiske og britiske studier er recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser (Helsedirektoratet, 2014). Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. Veilederen påpeker også to andre forhold. For det første skrives det at alt som står i «Sammen om mestring» er basert i tidligere rapporter, veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet. Det må ansees som et meget sentralt dokument hva angår utviklingen av arbeidet med psykisk

helse og rus. Det andre forholdet er at Helsedirektoratet omtaler rus og psykisk helse som ett felt og ett fag. Det gjøres uten noen begrunnelse eller utredning – det bare *er* slik.

Recovery er ikke et norsk ord. Det er et engelsk ord som bør forstås på norsk. Hva er meningen med dette? Det engelske ordet recovery henspiller på prosessen med det å komme seg (recover) fra noe til noe, eller å gjenvinne noe som er tapt. På engelsk brukes recovery på alt fra å reparere en bil eller en pc til at en person kan leve med sine vansker knyttet til helse, arbeid, rusbruk eller andre livsutfordringer. Recovery er et innarbeidet begrep i fag- og forskningslitteraturen og i ulike brukermiljøer om psykisk helse og rus. Begrepet bør ikke forstås ensidig, og må fylles med et bredt spekter av innhold, ulike arbeidsmåter og et mangfold av ulike uttrykk av praksiser. Noen vil tenke at å komme seg er å bli «frisk» fra «noe» – andre vil tenke at det er å akseptere å leve med de utfordringene som livet gir. Andre igjen vil insistere på retten til *ikke* å komme seg – til faktisk å kunne omtale seg selv som «gal». Noen vil leve marginalisert, slik de selv ønsker, vel vitende om at noen mener det er utenfor aksepterte sosiale normer.

Når vi bruker recovery også på norsk understreker det at recovery, som mange andre begreper og arbeidsmåter innen psykisk helse- og rusarbeid, har internasjonale røtter og inspirasjoner, i særdeleshet fra angloamerikanske kulturer som USA, Storbritannia, Australia og New Zealand. Det er nyttig å la seg inspirere fra andre miljøer og kulturer i vår verden, men også at det er viktige forskjeller mellom vår kultur og andre kulturer. Det globale er ikke det samme som det lokale. All kunnskap i psykisk helse- og rusfeltet må oversettes og eltes i den norske kulturen. Det er stor forskjell på hvordan man arbeider med psykisk helse i landlige omgivelser i Storbritannia og i Norge. «På norsk» innebærer at vi kontekstualisere kunnskaper og praksiser om recovery og utvikler eksempler fra norske kontekster.

Som tidligere nevnt representerer recovery *både* noe som er kjent og tradisjonelt og noe som er nytt og forandrende. Recovery er innskrevet i en humanistisk og en sosial tradisjon. Det innebærer et humanistisk syn på mennesket – og derved *alle* mennesker – som skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer. Det innebærer også en erkjennelse av at det sosiale forstått som klasse, etnisitet, kjønn, seksuell legning, utdanning, religion, familiebakgrunn skaper forskjeller og ulikheter mellom enkeltmennesker, grupper av mennesker og i sosiale levekår og livsbetingelser. Mennesket forstås videre som en handlende aktør og som unikt i den forstand at det er et autonomt, rasjonalt, sosialt og åndelig vesen. Et humanistisk menneskesyn

aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom personen som søker hjelp og fagpersonen som skal hjelpe. Autonomibegrepet betyr at personen har muligheter til å ta vare på seg selv og kan fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av forholdet mellom ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter hverandre gjensidig i relasjoner som er karakterisert av tilstedeværelse, respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom personen og fagpersonen er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet. Samvær, samhandling og samarbeidende praksiser forsøkes etablert som det essensielle i en humanistisk forståelse av recovery.

Samtidig representerer recovery i 2017, noe nytt. Det nye er at recovery bare kan utvikles ved å se sammenhengen mellom personen som ønsker recovery, fagpersonen og de tjenester som tilbys og utvikles. Som tidligere påpekt: Recovery kan *ikke* implementeres i de eksisterende psykisk helse- og rustjenestene – det må utvikles gjennom samarbeid og samhandling. Det må skje gjennom faktiske endringer ved at personer med egne erfaringer med psykisk helse- og rustjenester blir ansatt på lik linje i tjenestene med fagpersoner. Den erfaringsbaserte kunnskapen som disse personene representerer må ansees som faktisk likeverdig med fagkunnskap, og fagpersoner må få opplæring i hvordan de kan ta denne kunnskapen i bruk sammen med de som søker hjelp og erfaringsmedarbeidere. Disse endringene kan ikke bare skje på fagpersonnivå – det må skje i hele organisasjoner og på system- og samfunnsnivå. Når fagpersoner sier om recovery at: «Dette har vi alltid arbeidet med», bør det være et signal på at de nødvendige endringer ikke har funnet sted. Det samme gjelder når recovery skal implementeres som en metode på lik linje med andre metoder, eller at fagpersoner mener at man må være «ferdigbehandlet» for å kunne starte arbeidet med recovery. Slike eksempler kan representere en tilpasning som fjerner det nye og radikale ved recovery. Det bør hele tiden kritisk etterspørres om nye recoverypraksiser og recoveryorienterte tjenester *faktisk* innebærer det beste i tradisjonen og det radikalt nye. Eller er det slik at det fornyende ved recovery tappes for sitt radikale innhold på veien til Norge og tilpasses og tillempes til «at vi gjør som vi alltid har gjort og det som vi mener er best for pasienten, brukeren eller klienten»?

I Norge er det de siste 20 årene gjennomført viktige og påkrevde endringer av tjenestene til personer som erfarer psykisk helse- og rusvansker. Mye bra har skjedd, med reduksjon av langvarige institusjonsopphold, flere tilbud og mer tilgjengelig hjelp i innbyggernes lokalmiljø, nedbygging av de store sentralinstitusjonene og vektlegging av brukerperspektivet. Særlig det siste med involvering av brukere av tjenestene på alle nivåer har møtt motstand og bydd på utfordringer. Samtidig har ulike helsepolitiske og faglige

dokumenter og føringer pekt på at brukeren er den avgjørende kraften i endring og i samarbeidet med fagpersoner og tjenester. Som en følge av dette har begrepet, perspektivet, tilnærmingen og forståelsen omtalt som recovery, vokst frem. Recovery er blitt pekt på som en nødvendig vei å gå for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsbaserte tjenester og fagpersoner. Recovery bygger på systematisert erfaringsbasert kunnskap der kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke, rettigheter som innbygger og valgmuligheter fremheves. Dette er i tråd med WHO's *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2013) så vel som de sentrale nasjonale politiske føringer i Norge. Den nevnte planen fra WHO peker på at det sentrale anliggende i arbeidet med psykisk helse og uhelse er å utvide forståelsen og arbeidet med recovery. Det vises til betydningen av se personen i relasjon til andre mennesker, familie, venner, lokalmiljøet og samfunnet. Recovery er tilhørighet, fellesskap og rettigheter som enhver borger har som samfunnsmedlem. Slik kan recovery forstås som å gjenvinne og gjeninnnta sin posisjon og mulighetsbetingelser, det vil si recovery av et liv som borger, ikke som «psykisk syk» eller «rusmisbruker».

#### *Hva kan forskning si om recovery innen psykisk helse- og rusarbeid?*

Kompetanseforløpet Recoverydanning setter seg mot feltet psykisk helse- og rusarbeid. Blikket rettes mot hvordan fagfolk, tjenester, brukere, pårørende, frivillige, arbeidsliv og fritidsaktiviteter kan arbeide sammen om recovery både i tjenestene, sine lokalmiljø og i samfunnet. Det er personen som ber om hjelp som skal være i førersetet for hvordan hjelpen skal utformes og bestå i. Slik vi ser det er veien fortsatt lang før intensjonene om menneskeverd, menneskerettigheter, muligheter for et trygt hjem, utdanning og arbeid, muligheter for en sikker økonomi, opplevelse av et reelt samarbeid mellom bruker, den enkeltes familie og hjelpere, er realisert. Det samme gjelder å få et bredt kunnskapssyn når det gjelder hvordan psykisk helse- og rusvansker forstås og hvordan mennesker med slike utfordringer best kan få støtte og hjelp. Et særlig viktig område her er en kontekstuell forståelse av hjelp og støtte ved å benytte ressurser og muligheter i personers lokalmiljø i arbeidet med recovery. Det ser også ut til å være langt fram til de internasjonale og nasjonale politiske føringer for helse-, sosial- og velferdstjenestene er realisert.

Senere års forskning knyttet til brukeres erfaringer med hva som hjelper, formidler svært klart hva de ønsker mer av: Mennesker som opplever psykisk helse- og rusvansker ønsker å bli møtt som personer med kompetanse og ressurser så vel som sårbarhet og problemer. De ønsker å bli møtt som *hele* mennesker. Videre ønsker de å delta i planlegging av hjelp og behandling samt sin fremtid. De ønsker også å være med å bestemme hvem som skal delta i



de ulike planprosesser og de vil ha tilgjengelig og samordnet hjelp. Mange vil ha hjelp til å ta valg gjennom god informasjon – i motsetning til å bli tatt avgjørelser for. De ønsker å fortsette med livet og hverdagen sin og ikke bare ta imot det helsepersonell tilbyr. Mange ønsker å bestemme selv og ha rettigheter og muligheter til valg og goder slik andre samfunnsborgere har. Selv om mange sliter med psykisk helse- og rusvansker over år, er de mer opptatt av å finne måter å skape seg et meningsfullt liv i sitt lokalmiljø, enn å bli kvitt alle symptom. Brukeres erfaringskunnskap får fram hva sosial inkludering kan bety i praksis. Det innebærer hardt arbeid fra den enkelte med å overkomme barrierer og skape seg et liv med eller uten hjelp fra helse-, velferds- og sosialtjenestene. Vansker kan forekomme, og de dominerer ikke personens identitet eller hverdag. Brukererfaringene tydeliggjør at bedringsprosesser må ses som en integrert del av dagliglivet, der det er avgjørende å ikke overse det opplagte. Trivialiteter i slike sammenhenger er alt annet enn trivielle. Dette er kunnskap som må berike fag- og utdanningsmiljøer og utfordre den standardiserte og instruerende psykiatriske viten som preger feltet.

Forskning knyttet til fagfolks praksiskunnskaper og praksisutøvelser peker også med all tydelighet mot behovet for et bredt kunnskapsperspektiv. Omgivelsene for recoveryprosesser så vel som for hjelpearbeidet har stor betydning, noe som også er lite beskrevet i litteraturen. Noen omgivelser støtter og fremmer muligheter for reelt samarbeid mellom bruker, familien og fagpersoner, andre ikke. Vi lever i et planorientert, velregulert samfunn og et dilemma for fagpersoner og tjenester er at ulike samarbeidsprosesser mellom bruker og fagperson til tider er vanskelig å planlegge og strømlinjeforme. Særpreg ved en «personorientert» fagperson er åpenheten for at ulike forhold kan bidra til et godt liv og at saker må skje i personens eget tempo – i hans eller hennes livsprosess. Dette krever tid og ro til å bli kjent og vilje og forutsetninger for å ta opp det personen selv syns er vesentlig. Kunnskap om hverdagsliv og mestring av dette må inn på de profesjonelles agenda, ikke som instrumentelle ferdigheter, men mer som sensitivitet overfor et medmenneskes drømmer, ønsker og preferanser og kompetanse i det å skape trygge relasjoner og situasjoner der det er rom for å ta opp alt. Hverdagslivskompetansen må også inkludere forståelse av de sosiale betingelser og levekår, og arbeid med sosiale endringer som kan skape arenaer og situasjoner som støtter recoveryprosessen.

Recovery som begrep og som forsknings- og kunnskapsfelt og praksiser har gradvis utviklet seg innen psykisk helse- og rusfeltet i Norge de siste 20 årene. Internasjonalt har recovery en betydelig lengre historie. Starten var i USA på 1960-tallet hvor fokus var knyttet til

innbyggernes rettigheter og plikter som samfunnsborgere, og ikke som pasienter eller brukere. Senere er recovery gått via Australia, New Zealand, Storbritannia til Norden og Norge, og har særlig fokusert på personer som erfarer psykisk helse- og rusvansker. Et ofte brukt forskningsbasert utgangspunkt for å tenke om hva Recovery kan være, er William A. Anthony's beskrivelse fra 1993. Han skriver at recovery må forstås som: “ A deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness” (s. 17).

Denne forståelsen av recovery er blitt kritisert for i all for stor grad å vektlegge det individuelle over i det individualistiske. Andre peker på at recovery handler både om personens egne prosesser og innsatser, og om omgivelser som støtter den enkelte i arbeidet med å komme seg videre og finne fram til måter å leve med de ulike utfordringer på. Like mye foregår recoveryprosesser i hverdagslivet, i lokalmiljøet og i samvær og samhandling med andre mennesker i ulike sosiale sammenhenger. Recovery er slik en sosial prosess vel så mye som en personlig og individuell prosess. Forhold som har betydning for og innvirkning på personers recoveryprosesser er levekår og livssituasjon, tilgjengelig hjelp, opplevelse av håp og mening, fysisk helse, medisinbruk, tilgjengelige og tilpassede aktiviteter og arbeid, bolig, familie og sosialt nettverk og kulturforståelse. Vi kan snakke om recovery av et liv.

Basert i de siste 20 års forskning om recovery kan følgende forståelser, kunnskaper og praksiser utlegges:

1. Erfaringsbasert kunnskap: Det grunnleggende i recovery er personens egenopplevelse av sine vansker og livsutfordringer, samt egenerfaring med hjelp og tiltak. Disse erfaringsbaserte kunnskapene må anerkjennes og legges til grunn for kunnskapsdannelse, samarbeid og ulike praksiser i tjenestetilbudene i psykisk helse og rus. Ekeland (2011) viser til at det psykisk helsefeltet historisk sett ikke har tatt på alvor personens subjektive erfaringsbaserte kunnskap. Det har vært fagpersoners objektive forståelse av personen og dennes helsevansker som har preget tilbudet om hjelp.
2. Personer som har egenerfaring med psykisk helse- og rusproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke vist at de «kommer seg» – med eller uten behandling. Forskning og forløpsstudier over mer enn 50 år har dokumentert at majoriteten av personer med psykisk helse og rusvansker opplever bedring (Karlsson & Borg, 2013). Kunnskap om recovery må

ses i sammenheng med de senere års utvikling av lokalbaserte tjenester og nedbygging av institusjonene. Recovery må forstås i lys av sterkere fokus på menneskerettigheter innen psykisk helse og rus, og de senere års økende fokus på brukermedvirkning.

3. Recovery innebærer både tradisjon og fornyelse. Fornyelsen består i å ta utgangspunkt i brukerens subjektive erfaringer og kunnskaper, og ikke minst anerkjenne at den erfaringsbaserte kunnskapen må ha en sentral plass i tjenestene. Å ha personer med brukererfaring som ansatt i tjenestene er en nøkkel for å jobbe recoveryorientert. Ansatte med brukererfaring bidrar til å utfordre eksisterende kunnskap, og hvordan tjenestene er skrudd sammen. Erfaringsmedarbeidere har helt andre perspektiver på hva som skal til for at brukeren opplever å kunne arbeide med ønskede forandringer. For fagfolk er det viktig å anerkjenne og ha respekt for at erfaringsmedarbeiderne har vært steder de selv ikke har vært, og har en annen type kunnskap enn fagpersonen har. Dette er nyttig for tjenestene ved at denne kompetansen bidrar til å utfordre eksisterende systemer, og dermed også utfordre fagpersonene. Brukerne må selv kunne velge om de ønsker å forholde seg til en som kun er fagperson eller om de ønsker en fagperson som også har brukererfaringer. Denne dobbeltkompetansen er utrolig viktig. Dersom en fagperson ikke anerkjenner verdien av erfaringskunnskap, er det å underkjenne selve recoverybegrepet (Karlsson et al., 2017).

4. Fagfolk har lett for å tro at de fleste drømmer om et A4-liv. Hva er nå dét, egentlig? Våre liv er mangfoldige og forskjellige. Kunnskap og forskning om Recovery som en personlig og sosial prosess viser at det ikke nødvendigvis er å bli «symptomfri» eller kvitt alle problemene som er løsningen (Borg, 2007; Slade, 2009; Andersson, Bulow, Denhov & Topor, 2016). Det er å leve et ønsket og verdig liv som en innbygger og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient» eller «rusavhengig». Det er en rekke barrierer mot likeverdig samfunnsdeltakelse for personer med psykisk helse- og rusutfordringer. Recovery er personlige og sosiale prosesser som inviterer til forandring ved egen hjelp og med hjelp fra andre. Å arbeide med recovery innebærer å ha personen og dennes livssituasjon i sentrum hele veien. Som fagperson betyr det å gå ved siden av brukeren, ikke løpe foran. Fagpersonen må ha tillit til at brukeren selv vet hva som skal til for å skape ønsket forandring i eget liv. I samarbeidet blir fagpersonens bidrag å legge til rette for at disse endringen kan skje.

Kort uttrykt kan en hevde at basert i forskning at recovery består av følgende elementer:

1. At jeg blir støttet av andre forstått som at andre mennesker verdsetter meg som den jeg er.

2. At jeg blir involvert i meningsfulle aktiviteter, forstått som at jeg føler meg velkommen og akseptert i ulike sosiale sammenhenger.
3. At jeg overvinner stigma, forstått som at jeg ikke lenger opplever meg diskriminert på grunn av mine psykisk helse- og/eller rusvansker.
4. At jeg blir myndiggjort som innbygger, forstått som at min stemme og mine handlinger blir anerkjent av andre. Et av de viktigste paradokser ved recovery er at gjennom å akseptere hva vi ikke kan gjøre eller være, begynner vi å oppdage hva vi kan være og hva vi kan gjøre. Derfor er recovery flere prosesser på en og samme tid. Det er måter å leve på. Det er holdninger og tilnærmingmåter til de daglige utfordringer. De nevnte holdninger og levemåter finner sine uttrykk også i lokalmiljøet og samfunnet for øvrig med krav om akseptasjon og forståelse for mangfold og forskjellighet.
5. At fagpersonene har tillit til brukerens egne erfaringer. Fokus på brukerens kunnskaper er en forutsetning i samarbeid om recovery. Hjelpen må forankres i hverdagssituasjoner der livet leves. Tiltak og faglige nettverk må ha fokus på personens rett til deltagelse i samfunnet, til å være innbygger på lik linje med andre. Systemer og rammevilkår for hjelpen må understøtte dette. Slik handler recovery først og fremst om personens egne prosesser og innsatser, og om omgivelser som støtter den enkelte i arbeidet med å finne fram til måter å leve med - eller uten - ulike utfordringer.
6. At maktforhold i helse-, sosial- og velferdstjenestene endres, og helse- og velferdstjenestene omorganiseres radikalt. Det innebærer en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, andre fagpersonroller og personalsammensetninger, samt å forstå, synliggjøre og arbeide med forhold som representerer barrierer for personens livsprosesser. Det kan være feilmedisinering, stigma, krenkende språk og forhold i tjenestene, fattigdom, utestenging fra lokalmiljø og arbeidsliv og brudd på menneskerettigheter. En bevegelse mot recoveryorienterte tjenester innebærer å forstå og endre på maktforhold. Ett eksempel er alltid å gi brukerens forståelse og ekspertise forrang – ikke fagpersonens. Et verktøy kan være å bruke KOR, Klient – og resultatstyrt praksis – der brukeren blir spurt om hvordan behandlingen fungerer og hva som skal være fokus videre. Viktigst av alt er likevel å rett og slett spørre brukeren om følgende: Hva er viktig for deg? Hva drømmer du om? Hva ønsker du? Hva er dine mål? Hva tenker du skal til for å oppnå dette? Hvordan kan jeg/vi hjelpe til med dette?

7. At fagfolkene lytter nøye til svarene og ikke generaliserer, og så finner ut hva som må til for å komme dit som den andre vil. En individuell plan kan hjelpe til med å avklare hva som skal gjøres og hvem som er ansvarlig. Grunnleggende for recovery er et samarbeid mellom brukere, ansatte, pårørende og ledere fra dag én. I en felles kontekst starter man med å utvikle en felles forståelse av hvordan begrepet recovery skal forstås lokalt, hvilke kunnskapsformer som skal legges til grunn, hvordan recovery skal utvikles og forskes om og med og hvordan kunnskapen skal tas i bruk i praksis- og lokalmiljøutviklingen. De som bruker tjenestene skal oppleve endringer i maktforhold og i tjenestenes innhold og samarbeidsformer. Fokuset og de daglige praksisformene skal avspeile åpenhet og tilgjengelighet, håp og optimisme, personlig kontroll og ansvar, å bli tatt på alvor, nye roller og fokus på tilknytning til lokalmiljøet. Brukeren må anerkjennes som en medborger med fulle menneskerettigheter og plikter, som medmenneske med ressurser, kompetanse, ønsker og drømmer for sitt liv. Dette er basis for samhandling med den enkelte, pårørende og sosiale nettverk i arbeidet med å mestre psykiske problemer og skape forutsetninger for å kunne leve et meningsfullt liv i lokalmiljøet.

8. At ingen kan forandres utenfra, og at forandringen kjenner sin egne veier. Alle mennesker kan inviteres til forandring – ingen kan instruktivt forandres uten at det medfører undertrykking og depersonalisering. Å arbeide recoveryorientert innebærer å ha personen i sentrum og se personen i lys av hans eller hennes sosiale nettverk og livsvilkår. Ansatte må ha tillit til at personen selv vet hva som skal til for å skape ønsket forandring i eget liv.

Fagpersonens jobb er å legge til rette for at disse endringene kan skje. Et grunnleggende poeng med recovery er å tåle mangfold og forskjeller, og å leve med forskjeller og mangfold. Noen er mer eller mindre annerledes enn andre og vi må akseptere at det er slik og ikke at alle skal være like. Ønsker noen å omtale seg som annerledes, er det fullt lov. Mennesker kan ikke, eller skal ikke, presses til bestemte måter å kle seg på eller å være på.

#### *Gode intensjoner og manglende realiteter?*

I snart 40 år har skiftende regjeringer påpekt at personer som sliter med psykisk helse- og rusvansker er mennesker som oss (Karlsson, 2015). De fortjener å bli behandlet som det og med rett til å leve som innbyggere i et lokalmiljø. De kan trenge hjelp på alle livets områder og av mange ulike fagpersoner og tjenester. Noen hevder at vi er kommet svært kort i oppfyllelsene av disse «burde gjøre»-endringene, og bør forsøksvis analyseres ved å se på sammenhenger, motsetninger og endringer i politikk og ideologi (Ekeland, 2011; Karlsson,

2015). Et kort eksempel: Gjentakelsen av slagordene om «Pasientens helsevesen», «Pasienten først» og «Se meg» er understrekninger av at det skal være reell brukermedvirkning i alle avgjørelser som tas. Disse slagordene gjentas i alle viktige Stortingsmeldinger i 2016 og er et uttrykk for hvilke retninger den sittende regjering ønsker å utvikle hele helsesektoren. Vi som pasienter skal være i sentrum, vi skal ha frihet til å kunne velge og det skal ikke tas noen beslutninger om meg uten meg. Samtidig uttrykker dette slagordet en ideologi – som uttrykker individualisering – det er du eller jeg som skal avgjøre hva som er best for oss selv. Det uttrykker friheten til å kunne velge hva som er best for meg. Skulle jeg velge noe som ikke er best for meg, er det mitt ansvar og ingen andres. Friheten til å velge er samtidig svært begrenset, men uten at det tydeliggjøres i de offentlige dokumentene. I psykisk helse- og rusfeltet kan jeg ikke velge ulike behandlingsmetoder avhengig av hva jeg tenker er best – for meg. For det første er det svært få steder at jeg som bruker får vite om alternativer eller at behandlingsstedet har mer enn én tilnærming å tilby. For det andre har begreper som evidensbaserte metoder, pakkeforløp og ulike kvalitetskrav gjort at når jeg er diagnostisert så er det én metode som blir tilbudt. Med andre ord kan reise spørsmål med om valgfriheten er reell.

Det er enkelt å si at recovery handler om at personen som erfarer psykisk helse- eller rusvansker skal innta og være i førersetet – ellers er det ikke recovery. Det er mye vanskeligere å omsette det i handling fordi det handler om hva vi forstår med kunnskap og hvordan kunnskap leder til språk og handlinger. Historien i psykisk helse- og rusfeltet har inneholdt et språk som lager skiller med ord som «psykisk syk» og «rusmisbruker». Ordene leder til handlinger basert på at disse personene ikke vet hva som er best for dem. Det vet vi, og vi handler på grunnlag av å forstå personen som enten «psykisk syk» eller «rusmisbruker». Dette er et objektivistisk menneske- og kunnskapssyn – vi gjør den andre til et objekt for våre instruktive handlinger som ekskluderer den andres erfaringer, kunnskaper og oppfatninger om hva som kan være nyttig hjelp. Historisk sett og i vår samtid vil vi omtale dette som den rådende diskurs i psykisk helse- og rusfeltet. Diskurs forstått her som språk og handling, et meningssystem som fortolker og definerer psykisk helse- og rusfeltet. Samtidig pekes det på visse handlinger og praksiser som legitime og andre som illegitime (Ekeland, 2011).

For å kunne ta i bruk nye kunnskaper fra recovery og de andre tidligere nevnte faglige tradisjonene kreves det nye praksiser. Ekeland (2011) omtaler det nye som basert i et kunnskapsmessig sentreringsspunkt omtalt som subjektontologi. Forfatteren skriver at dersom man skal utvikle nye praksiser er det avgjørende å komme nærmere «erfaringen selv».

Ekeland skriver: «Det avgjørende må være sensitivitet til fenomenets egenart; i vårt tilfelle at «erfaring» i seg selv ikke alltid er noe som «foreligger» ferdig for «datatapping», men noe som må hentes frem og utvikles gjennom dialogiske prosesser. Erfaring er samtidig *noens* erfaring *om* og *av* noe» (s.27). En slik tilnærming til personen, dennes kunnskaper om seg selv og fenomenene psykisk helse og rus, representerer en subjektontologisk tilnærming. Startpunktet i recovery vil alltid være i subjektene erfaringer med vekt på å løfte frem personenes egne perspektiver og beskrivelser i forhold til hverdagsliv og sosial og kulturell kontekst.

Recovery, forstått med utgangspunkt i de humane og sosiale fagtradisjonene og deres røtter, innebærer at det er personen som ønsker recovery som er i førersetet. Det være seg om personen ønsker endring til det bedre, mestring av de eksisterende helse- og livsutfordringene, se etter en jobb eller kjæreste eller å finne flere måter å leve med seg selv og andre relatert til sine utfordringer. Det at personen er i førersetet og er "sjefen" betyr at vedkommende leder an i samarbeidet. Personen kan invitere inn andre personer i de overnevnte prosesser, om vedkommende ønsker det. Det er personen selv som har den mest relevante kunnskapen om hva som kan bidra når det gjelder mål, drømmer og ønsker for seg selv og dennes liv. Nå vi skal samarbeide om recovery, er det den erfaringsbaserte kunnskapen personen selv har som er ledestjernen. Ingen forandres utenfra – alle personer kan inviteres til forandring. Å forsøke å forandre noen mot deres ønsker, mål eller drømmer skaper utelukkende motstand, fiendskap og fremmer undertrykking.

Personen i fører sete i recovery innebærer ikke en individualisert person, men en person som et individ. Individ forstått som udelelig ved et holistisk menneskesyn hvor alle mine helsevansker viser seg fysisk, psykisk, sosialt og åndelig – hver for seg og sammen. Som mennesker er vi født inn i og lever i relasjoner med hverandre og de liv vi alle fører. Samtidig er vi ulike og forskjellige både som person(er), f.eks. genetisk, og i relasjon til utdanning, klasse, religion, kjønnsidentitet og den verdensdel vi lever i. I recovery anerkjennes det relasjonelle perspektivet forstått som at vår sosiale tilhørighet samspiller med hvordan vi utvikles, erfarer og lever våre liv, både som person og som individ. Slik sett er recovery både og enten eller. Recovery er både personlig og samfunnsmessig - og individuell og kollektiv.

Forståelsen av recovery presenterer slik sett noen prinsipper for recoveryorientering. Begrepet Recoverydannelse beskriver det samarbeidet og den prosessen recoveryutvikling i en

organisasjon innebærer. Menneskerettigheter, anerkjennelse og likeverd er sentrale områder i en slik utvikling.

### *Recoveryorientering av tjenester og praksiser i psykisk helse- og rusarbeid*

Mange mener at den kanskje viktigste delen av recovery foregår i hverdagen, rett og slett gjennom den innsatsen personen gjør med å få til et meningsfullt liv - sammen med andre og alene. Personens kunnskaper og levde erfaringer med lidelse, problemer og recovery bidrar med en rik og altfor lite brukt ressurs. Dette har ført med seg nye forståelser av erfaringskunnskap som har stor betydning i tjenesteutviklingen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Shepherd, Boardman & Burns, 2010). I nasjonale og internasjonale politiske føringer har vi sett en større vektlegging av recovery nettopp forstått som å gi mulighet for at innbyggere med psykiske helse- og rusutfordringer har et meningsfullt liv – med eller uten symptomer og plager. WHO Mental Health Action Plan (MHAP) 2013-2020 understreker behovet for «*a recovery-based approach that puts the emphasis on supporting individuals with mental disorders and psychosocial disabilities to achieve their own aspirations and goals*» (WHO, 2013). Implikasjoner av recovery går utover helse- og velferdstjenestenes oppgaver og tilbud, til områder som menneskerettigheter og medborgerskap. Personens rettigheter, privilegier og forpliktelser som medlem av et demokratisk samfunn settes i fokus.

Recoveryorienterte praksiser forutsetter at det er to eksperter som møtes i en samarbeidsrelasjon og ikke en ekspert alene som skal bidra med sin kunnskap som hjelper. Fagpersonen har sin ekspertise fra utdanning, klinisk praksis og menneskelige erfaringer. Brukeren har sin ekspertise fra levde erfaringer med psykiske helse- og rusproblemer og fra sin erfaringskunnskap fra utdanning, arbeidsliv og livet i alminnelighet. Det er mange erfaringskunnskaper som møtes og danner grunnlag for å muliggjøre dette samarbeidet. I recovery er brukeren aktiv i sin egen livsprosess og tar valg og avgjørelser alene, i samarbeid med fagperson og andre som kan bidra. Slik får personen mulighet til å bruke sine ressurser og interesser og jobbe med håndtering av ulike livsproblemer. Et endret fokus fra å «reparere sykdom» til å ha et meningsfullt liv i lokalmiljø med eller uten problemer, medfører rolleendringer for både fagperson og bruker. Vi beveger oss over til et samarbeid i vid forstand, med fokus på personens prosjekt.



## *Perspektiver og prinsipper for recoveryorienterte tjenester og praksiser*

I forskningslitteraturen finner vi to grunnleggende og ulike strategier for Recoveryorientering innen psykisk helse- og rusarbeid (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). På den ene siden finner vi miljøer som innfører mer avgrensede recoverytilnærminger som tilbys sammen med andre behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Her er ikke en grunnleggende endring av kunnskapsgrunnlaget, samarbeidsformer og tjenester nødvendigvis noe tema. Illness Management and Recovery (IMR) kan etableres som et tilbud. Målet med IMR er å hjelpe personer til å håndtere sine symptomer bedre. IMR er organisert som ulike moduler innen psykoedukasjon, kognitiv tilnærming, sosial ferdighetstrening og mestringstrening, som danner grunnlag for undervisning, motivering og opplæringsstrategier (Mueser m.fl., 2006; Mandelid, Lid & Färdig, 2013). IMR-modulene ved et tjenestested representerer ingen større endringer av grunnlagsforståelse av psykisk helse- og rusproblemer eller endringer av roller, samarbeidsformer eller organisasjonsstrukturer.

Samtidig er det miljøer som ser nødvendigheten av et paradigmeskifte for å kunne snakke om recoveryorientert praksisutvikling. Her arbeider man med en omfattende endring av grunnlagstenkning, samarbeidsformer og aktiviteter. Utvikling av recoveryorienterte tjenester innebærer støtte og innsatser på *personlig nivå* (gjennom likeverdige og anerkjennende relasjoner) og på *organisasjons- og samfunnsnivå* (som lobbyist, kampanjeleder, tjenesteendrer, lokalmiljøutvikler og varsler). Fagpersonene kan dermed være samarbeidspartnere og tilretteleggere på ulike nivåer. Noen sentrale strategier for grunnleggende tjenesteendringer går igjen i forskningslitteraturen. *Den første strategien* handler om de konkrete praksisutviklinger. Den er hentet fra to sentrale fagmiljøer innen Recovery; Implementing Recovery Oriented Change og Program for Recovery and Community Change (PRCH). Felles er at utvikling av recovery starter i et samarbeid mellom brukere, pårørende, fagpersoner, frivillige, ledere og andre aktuelle personer. Det er ikke fagpersoner og ledere som styrer prosjektene. Arbeidet beskrives som en systemisk prosess. Dette innebærer at man er opptatt av det sosiale systemet og konteksten utviklingen foregår i og hvordan den enkelte påvirker systemet og blir påvirket av det. Fem steg blir identifisert som sentrale ved PRCH. Disse går i hverandre og kan ikke ses som atskilte lineære prosesser:

- 1) Samarbeidet begynner med å diskutere og reflektere over verdier og prinsipper for tjenestene basert på innspill fra personer med egenerfaring

2) På denne bakgrunn defineres noen sentrale begreper, som hva recovery handler om og innebærer på det aktuelle stedet. Dette kan være prosesser som går over litt tid og munner ut i en felles, lokal forståelse av recovery. Med dette utgangspunktet legges konkrete planer for endringsarbeidet som noen steder vedtas politisk og administrativt i organisasjonen

3) Det samarbeides om beskrivelser av recoveryorientert kunnskapsgrunnlag, planer for kompetansebygging og utvikling av ferdigheter hos de ansatte. Personer med egenerfaring og pårørende deltar i dette

4) Nødvendige endringer og tilpasninger av økonomiske, driftsmessige og administrative prosedyrer identifiseres og arbeides med

5) Nødvendige endringer i forhold til evaluering, med løpende tilbakemelding fra brukere og oppfølging av dette ivaretas.

Recoveryorienterte kartleggings- og evalueringsredskaper som tas i bruk i disse organisasjonene er både relatert til personer i recovery, pårørende og til fagpersoners holdninger og kunnskaper. Videre prioriteres kartlegging av sider ved tjenestene og omgivelser som fasiliterer eller er barrierer for den faglige utviklingen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Davidson m.fl., 2007; Davidson m.fl., 2009). Gjennom å samarbeide fra starten av gir dette alle deltakerne en mulighet til et eierskap til recovery.

Den andre strategien handler om å fokusere på noen sentrale områder. Gjennom analyse av 30 dokumenter fra seks ulike land fant Le Boutillier og kollegaer (2011) fram til fire områder som må legges til grunn for utvikling av recovery i organisasjoner:

1) *Fremme medborgerskap* - støtte personen i arbeidet med å få et meningsfullt liv i lokalmiljøet, med fokus på rettigheter, sosial inkludering, lokalmiljøutvikling

2) *Støtte til personens egne recoverymål* - lydhørhet og lojalitet til personens mål og ønsker for livet sitt, vektlegge valgmuligheter, likemannsarbeid og helhet

3) *Samarbeidsrelasjoner* - partnerskap og likeverd

4) *Organisasjonsmessig lojalitet* - ledelse, kultur og rammebetingelser som muliggjør radikale endringer.

Forfatterne fremholder til de sosiale sidene ved recovery forstått som at erfaringskunnskap fra brukere viser behov for større forståelse og fokus på personens livssituasjon, sosiale forhold, rettigheter og levekår. Menneskerettigheter, rettigheter som pasienter og brukere og

opplevelser av tilhørighet og fellesskap er viktige områder i folks liv og sentralt i recovery. Det samme gjelder anerkjennelse av den forståelse personen selv gir til hendelser, sammenhenger og situasjoner. I recovery-samarbeid verdsetter personer med brukererfaring lydhørhet og interesserer seg for den enkeltes liv i vid forstand.

### *Noen prinsipper for recoveryorientering*

Basert i forskningslitteratur er det utviklet fem recoveryprinsipper for samarbeid om tjenesteutvikling:

#### 1. Det er en unik person i sentrum for samarbeidet

Recovery-samarbeidet har utgangspunkt i dialoger og handlinger relatert til: Personens erfaringer, ønsker og ressurser - personens nettverk, sosiale miljø og levekår - støtte personen i hans rettigheter som innbygger og lydhørhet og anerkjennelse for personens egne meninger og mål.

#### 2. Reelle valgmuligheter

Recovery-samarbeidet har utgangspunkt i dialoger og handlinger relatert til: Å støtte personen i å ta egne valg gjennom informasjon om muligheter - å tydeliggjøre personens menneskerettigheter og pasient- og brukerrettigheter - å gi personen muligheter til å bygge på sine ressurser og øve seg på nye utfordringer i trygge rammer.

#### 3. Verdighet og respekt

Recovery-samarbeidet har utgangspunkt i dialoger og handlinger relatert til: Et forståelig og respektfullt språk - lydhørhet og sensitivitet for forskjeller i tro, kultur og væremåter - ærlighet og oppriktighet og utfordre diskriminerende handlinger og væremåter i fagmiljø og samfunn.

#### 4. Mot

Recovery-samarbeidet har utgangspunkt i dialoger og handlinger relatert til: Å ta sjanser og prøve seg i ukjent terreng - å utfordre rammebetingelser som står i veien for recovery og å utfordre og arbeide med holdninger som er barrierer i recovery.

#### 5. Samfunnsorientering

Recovery-samarbeidet har utgangspunkt i dialoger og handlinger relatert til: Kunnskap om og erfaringer med at recovery foregår i personens hverdag - kunnskap om at psykiske problemer

ofte har sammenheng med livshendelser og levekår - kunnskap om hvordan ulike omgivelser som kan fasilitere og/eller være barrierer i personers recovery.

Det finnes ulike eksempler på prinsipper for recoveryorientering. Det vi har beskrevet ovenfor er på ingen måte en fullstendig liste. Det kan være et utgangspunkt for å komme i gang med recoveryarbeidet. Forskning og praksiserfaringer viser at recoveryarbeidet ofte starter med noen engasjerte fagpersoner, brukere og pårørende som ønsker endring (Slade, 2017). Mange steder i Norge er det allerede arbeid i gang med diskusjoner om definisjoner og perspektiver på recovery, og hvordan utvikle nye dialogarenaer og samarbeidsformer. I diskusjoner om hvordan recoveryorienterte praksiser utvikles kan det være nyttig å reflektere over følgende spørsmål: Hva skal vi fortsette med? Hva skal vi gjøre mer av? Hva skal vi gjøre mindre av? Hva skal vi slutte med?

### *Implementering, utvikling eller en dannelsesreise mot recoveryorientering?*

Vi har valgt å bruke ordet dannelse for det å legge til rette for og samarbeide om recoveryutvikling i en organisasjon og i ulike tjenester. Recovery handler om personlige og sosiale prosesser. Det er en person som er i fokus. Recovery er den enkeltes innsatser i det å utvikle et meningsfullt liv i lokalmiljøet med eller uten profesjonell hjelp. Recoveryorienterte praksiser er det fagpersoner gjør og tilbyr for å støtte personen i arbeid med å komme seg videre. Det å forstå recovery og utvikle det i praksiser i samarbeid med personer som benytter tjenestene, innebærer en rolle, funksjon og tilstedeværelse som fagperson i ulike kontekster. Det kan og bør utvikles i samarbeidende praksiser der ulike kunnskaper og erfaringer settes i og på spill. Som fagpersoner kan vi utvikle måter å arbeide recoveryorientert på gjennom å samarbeide. Vi må øve oss på å lytte, lukke munnen og sitte på våre hender. Den andre er i førersetet – ikke fagpersonen. Dette er en dannelsesreise – ikke en utdanning, opplæring eller undervisning. Dannelsen gjøres gjennom å reise i ulike landskap, våge, se og erfare. Dannelsen innebærer mot, å tåle usikkerhet og la være å planlegge. Det er en reise med tilstedeværelse og undring. Derfor dannelse i og om recovery.

I utvikling av kunnskapsforløpet om recovery innen psykisk helse- og rusarbeid for deltakerne i Drammen og Nedre Eiker kommuner, brukte vi ordet Recoverydannelse. I andre sammenhenger brukes ord som tjenesteutvikling, implementering, orientering eller endring. Disse begrepene dekker neppe fullverdig det mangefasettede som faktisk foregår i samarbeidet om recovery. Dannelsesbegrepet er en nyttig og inspirerende veiviser i det konkrete og samarbeidende utviklingsarbeidet om recovery. Begrepet om dannelse har mange

fasetter. Aasland (2011) beskriver dannelse eller danning som en forming av menneskets personlighet, oppførsel og moralsk holdning gjennom oppdragelse, miljø og utdanning. Dannelse knyttes ofte opp til en persons sett av allmennkunnskaper, kulturell oppførsel og innsikt som samfunnet vurderer som høyverdig. Dannelse oppfattes gjerne som et språklig, kulturelt og historisk betinget begrep med sammensatt betydning, som i noen sammenhenger erstattes med synonymer som «forfinethet», «kultur», «fostring» og «god oppdragelse».

Historiske dannelsesbegreper er antikkens paideia og det tyske Bildung. Fra antikkens tid har det vært diskusjoner om sammenhenger mellom menneskets personlige utvikling og fellesskapets avhengighet av kunnskap og moral. Som teoretisk begrep bygger dannelse på oppdragelse og sosialisering. Begrepet har i tillegg en normativ og en kulturell dimensjon som disse begrepene mangler. Det skilles mellom dannelse og allmenndannelse. Allmenndannelse er det som danner grunnlaget for menneskets innsikt i og forståelse av seg selv, av seg selv i forhold til andre og i forhold til samfunnet (Aasland, 2011). Hernes (2011) snakker om det solidariske kunnskapssyn innen allmenndannelse. Dette innebærer for det første et sett av likeverdige kunnskapsfelter som er sideordnet og ikke hierarkiske (se også kapittel x). Hvert av dem vil ha et blandingsforhold av ferdigheter og praktiske grep på den ene siden og forståelser knyttet til i teoretiske begreper og regler på den andre siden. De er gjerne utviklet gjennom langvarig kollektiv innsats som har bidratt til innsikt gjennom erfaring og nedfelt den i en fagtradisjon. For det andre er disse kunnskapsfeltene komplementære – et felt kan ikke erstatte et annet. De utfyller hverandre. For det tredje er det gjensidig avhengighet mellom de ulike fagenes utøvere. Hver av oss kan vite lite om mange saker dersom andre kan bidra med det i et fellesskap. Hernes skriver at vi gjennom det solidariske kunnskapssyn kan forstå allmenndannelse. Det handler om å ha et overblikk over kunnskapenes hovedfelter og vite hvordan kunnskap utvikles. Dette er relevant for (sam)arbeidet med recovery i psykisk helse- og rusarbeid.

Allmenndannelse, fremholder Hernes (2011), innebærer å kunne gå inn i et tverrfaglig samarbeid basert på en oversikt og viten om andres felter, koblet til solid kunnskap om eget felt. I slike arbeidsfellesskap knyttes man sammen gjennom oppgaver som skal løses. Dette er et godt grunnlag for utvikling av samarbeid rundt recovery. Det peker mot hvordan psykisk helse- og rusarbeidere i samarbeid med brukere, pårørende og andre kan ha allmenndannelse som utgangspunkt. Det å gå inn i et samarbeid med et visst overblikk over feltet og så ha tillit til at andre grupper av fagpersoner, brukere og pårørende kan sitt. Ved å fasilitere arenaer for

gode relasjoner og dialoger kan kunnskaper deles og anerkjennes og oppgaver kan løses. Inge Eidsvåg (2011) trekker fram noen vesentlige elementer og verdier i dannelsen. Et element han viser til er fellesskapet. Som vi har påpekt tidligere er vi fra vi fødes avhengige av et menneskelig fellesskap. Det er bare i fellesskap med andre vi lærer oss selv å kjenne. Utenfor fellesskapet er vi ikke frie, men hjelpeløse. Et annet element er kunnskap og viten om verden og tro på at du kan forandre den. Kunnskap er noe annet enn informasjon. Kunnskap hjelper oss til å forstå verden rundt oss. Det er en rikdom av kunnskaper og erfaringer som tidligere generasjoner har overlatt til oss. Det handler om tradisjoner og kulturer. Vi har et norsk kulturmangfold så vel som et flerkulturelt. Kunnskap og erfaringer om verden rundt oss gir handlingsrom og handlingsberedskap. Et tredje element er ansvaret for fellesskapet og framtida. Menneskerettighetserklæringen understreker at alle mennesker er født frie og har samme menneskeverd. Eidsvåg minner oss om ansvaret hver enkelt av oss har for å reflektere over vår egen og samfunnets utvikling. Forfatteren trekker fram Sokrates beskrivelser av innsikt. Innsikt er ikke noe man kan innpode eller påføre andre. Innsikt er noe selvutviklet, noe som vokser fram i oss gjennom møter og samtaler med andre. I sin utlegning om dannelsen, skiller Hellesnes (1975) mellom dannelsen og tilpasning. Tilpasning handler om at mennesker blir opplært til å delta og ikke stille spørsmål eller opponere mot forestillinger eller rammer. De er øvd opp til å godta de retningslinjer eller rammebetingelser som foreligger.

Bill Anthony (1993) understreket at recovery er noe annet og mer enn å komme seg fra psykiske helse- og rusvansker. Det handler like mye om å komme seg fra ulike konsekvenser av psykisk helse- og rusutfordringer. I tillegg til å erfare lidelse og smerte får personer ofte belastende tilleggsproblemer som innvirker på hele deres livssituasjonen. Vi har vist til ulike måter å arbeide med recoveryorientering på og foreslått noen prinsipper som kan være veivisere i endringsarbeidet. Samtidig er det mange måter å starte en dannelsesreise innen recovery. En dannelsesreise beskrives gjerne å ha til formål å utvikle personen ved å gi den reisende innsikt i og forståelse av andre kulturer. Dannelsesreiser er gjerne langvarige reiser på måneder eller år. Opprinnelig var slike reiser en del av den europeiske overklassens utdanning og skriver seg tilbake til 1600-tallet. I relasjon til kunst virker dannelsesreisen slik at kunstneren kan bli inspirert til nye metoder som kan benyttes i arbeidet (Bolstad, 2009). Dannelsesbegrepet knyttet til recoverydanning innebærer å få nye innsikter og forståelser og utvikle oss som mennesker gjennom å være i bevegelse i andre kulturer. Dannelsesreisen er ikke avhengig av oppskrifter på rett fremgangsmåte. Likevel kan man hente kunnskaper, ideer og erfaringer fra inn- og utland.

I Skottland og England finnes en rekke nettverk som viser til et mangfold av recoverypraksiser. I det skotske Recoverynettverket startet de med å invitere innbyggere til å dele erfaringer om recovery og hva recovery kan bety og innebære for den enkelte. Samtalene om dette ble gjort tilgjengelig på nettsiden deres. Noen av bidragene presenteres i forhold til områder som regnes som sentrale for personers recovery, som tilhørighet, håp, identitet, mening og empowerment. Om tilhørighet skriver Laura Coyle, en kvinne og mamma til tre, som har erfaring med psykiske helseproblemer. Hun er opptatt av balanse i hverdagen sin: «It wasn't doing me any good so I took steps to spend time on my own, with my family, and pick the friends that really mattered, the ones that noticed my moods even when I had fake happy face on!». Om mening sier Isabel McCue, som er opptatt av alle forventningene omgivelser kan ha om din recovery: «We imagine recovery is complete if we can work 9 to 5, run a house like clockwork, etc. Recovery to me is about doing the best you can to have a good life, not what other people think you should have or do...» Disse utsagnene om recoveryerfaringer bidrar både med alminneliggjøring og åpenhet. Hva ville stått på hjemmesiden til Drammen kommune eller Nedre Eiker kommune om slike invitasjoner gikk ut til innbyggerne der? Flere eksempler fra Skottland og England kan finnes i virksomhetene ImRoc, Refocus Recovery, Rethink og Recovery in the Bin. For mer inngående lesning om dette viser vi til de ulike hjemmesider og forskningsrapporten «Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Kunnskapsgrunnlaget i recovery er, som vi har vist tidligere, i stor grad utviklet gjennom forskning om erfaringer med psykisk helse- og rusproblemer, hva som hjelper og kunnskap fra personen selv. Fokuset er på personen som søker hjelp, hans og hennes prosjekt og samarbeidet mot et meningsfullt liv, med eller uten psykiske plager. Lokalmiljø og sosiale strukturer i samfunnet, tilgjengelige velferdstjenester og åpenhet er flere av mange veier mot recovery, må legges til grunn i tjenesteutviklingen. Mulige tema en kan ha dialoger om i det lokale recoveryarbeidet kan være mange. Et dialogtema kan være å invitere brukere til samtaler om rettigheter og hvordan de kjenner til og forstår sine rettigheter. Føre samtale om brukeres og fagpersoners opplevelser av valgmuligheter i det daglige samarbeidet. Et annet dialogtema kan handle om hvordan det er å bo i denne kommunen og hvor tilbringer brukere tiden sin. Hvor er det godt å være? I arbeidet i Recoveryverksteder i Asker kommune gjorde vi nettopp dette. Resultatet ble en guide over gode væresteder. Personer med brukererfaringer kan bidra med kunnskap om lokalmiljøet og hvordan de ønsker å ha det framover. Disse og andre områder hvor brukere av tjenestene er kunnskapskilden, kan gi gode pekepinner på hvor

en bør starte endringsarbeidet. Hva haster det mest med? Kunnskap om ledelse, ledernivåer og endring av rammer for recovery-samarbeidet og fagpersoners autonomi kan være flere aktuelle tema. Mange innbyggere etterlyser en enkel og tilgjengelig vei inn til tjenestene.

I recoverydannelse kommer det gjerne opp spørsmål om kunnskap. Hva slags kunnskap kan vi la oss inspirere av for å kunne arbeide recoveryorientert? Hva skal være sentralt i det faglige grunnlaget? Er recovery evidensbasert, lurer en del miljøer på? Slade og Longdon (2015) har oppsummert evidensgrunnlaget for recovery. Dette kan være et godt utgangspunkt for forståelser og endringsstrategier i arbeidet med recoverydannelse. Basert i en gjennomgang av forskningsstudier om recovery finner forfatterne følgende evidensområder:

- Recovery vurderes best av personen selv
- Mange mennesker med psykiske helseproblemer kommer seg
- Dersom en person ikke lenger møter kriteriene for en psykisk lidelse, har de ikke den lidelsen
- Diagnoser er ikke noe robust grunnlag
- Samarbeid med fagfolk er en av mange veier mot recovery
- Noen personer velger å ikke bruke psykiske helsetjenester
- Psykiske helseproblemer har ulik betydning i folks liv

I heftet «100 råd som fremmer Recovery» (Slade 2017) – fremholdes det at å støtte recovery er samtidig å arbeide for et paradigmeskifte. Å begi seg på recoveryreiser og recoverydannelse har konsekvenser for alle som er involvert. Endring kan være både smertefullt og krevende og opplysende og energiskapende. I utvikling av recoveryorienterte tjenester ligger mye kunnskap og erfaring i de eksisterende praksiser og hos de som er involverte der. Hos personen selv, nettverket, fagpersoner, arbeidskollegaer, medstudenter, fotballsupporterne, quizlaget, sangkoret og naboen. Det er avgjørende å ta med brukere og personer med egenerfaring fra dag 1 for å løfte fram den lokale erfaringskunnskap.

Om personen i førersetet selv skal ha mot til recoveryarbeid kan også fagpersoner ha behov for tilsvarende mot. Støtte hos ledelse og rammer som åpner opp for å forsøke nye arbeidsformer og prøve og feile, vil ha betydning. En britisk forskningsstudie undersøkte ledelse knyttet til recoveryorientering innen psykisk helse – og rustjeneste (McLean, 2015). De fant at lederstøtte var særlig viktig i forhold til brukerstyrte tiltak, likeverdig samarbeid,



samvalg, engasjement og begeistring samt brukeres og fagpersoners autonomi. Vilje og mot til å ta opp og arbeide med maktforhold ble også trukket fram. I ledelse er det å ta beslutninger og skape oppslutning om disse sentralt. recoveryorienterte tjenester vil ha andre resultatmål enn de tradisjonelt medisinske. Et godt recoveryresultat kan være hvor mange brukere som opplever samvalg i planlegging, får rett hjelp til rett tid, har fått ønsket arbeid og har regelmessig oppfølging av medisiner og fysisk helse. Ledere er betydningsfulle støttespillere for fagpersoner, brukere og deres nettverk i utviklingen av nye samarbeidsformer. I mange fagmiljøer velger de også tidlig i recoveryarbeidet å forankre organisasjonsutviklingen i politisk og faglig ledelse, slik at de kan følge opp nødvendige tilpasninger av rammebetingelser og finansieringsordninger.

#### *Utvikling av tjenester og praksiser i recovery – hva og hvordan?*

I planlegging av tjenesteutvikling innen recovery er implementering et begrep som går igjen. Implementering beskrives da gjerne som en metode for å innføre forskningsbasert og annen kunnskapsbasert praksis i kliniske praksiser. Målet er å bedre kvaliteten og effektiviteten av tjenestetilbudet. Fixsen og kollegaer (2009) har i sitt arbeid knyttet til praksisendringer i sosialt arbeid identifisert noen forhold som er viktige å ta hensyn til ved implementering av ulike kunnskapsformer. Disse inkluderer forhold knyttet til organisasjonen (systemrettet arbeid, administrativ tilrettelegging, datastøttende beslutningssystemer), kompetanse (hvordan rekruttering, opplæring og veiledning gjennomføres) og tilrettelegging for metoden på de ulike ledelsesnivåene. I tillegg til å utvikle en aktiv strategi på disse områdene, er det viktig å kunne styre implementeringen ved å overvåke om metoden utøves etter forutsetningene og hvilke resultater pasientene oppnår. Implementering må ifølge forfatterne forstås som en planlagt og målrettet systematisk prosess som tar hensyn til disse faktorene.

Om en implementeringsstrategi passer inn i forhold til recoveryorientering kan diskuteres av to grunner. For det første viser erfaringer fra England, USA og norske kommuner som utvikler recoverypraksiser at dette er en åpen prosess som må gis mulighet til å utvikles som nettopp det. Den må forankres i den lokale kultur og kontekst og hos de lokale brukere, pårørende, fagpersoner, ledere, frivillige og andre. Noen fellesprinsipper går igjen som tidligere beskrevet. Dette handler om muligheter for valg, selvbestemmelse, deltakelse, håp og mening. Det kommer stadig nye perspektiver og prinsipper til, som opplevelse av at noen bryr seg om deg, at noen har bruk for deg og opplevelse av glede og moro. Recovery handler om folks liv og folks valg og lar seg vanskelig manualisere, standardisere og «programmere»

gjennom implementering. For det andre er det slik at implementering skjer ovenfra og ned. Altså at noen, det vil si ledere, byråkrater eller forskere, bestemmer at en arbeidsmåte er så god at alle må arbeide etter den. Det åpnes ikke for valg, og profesjonelles og brukeres autonomi settes da på og i spill.

Det er det ingen som vil forandres mot sin vilje. Når det blir forsøkt, så øker motstanden mot implementeringen ytterligere. Alle folk vil selv velge og bestemme – det er en demokratisk rettighet som ikke kan tilsidesettes. Det finnes en rekke gode ideer og arbeidsmåter som er blitt ødelagt, neglisjert og nektet tatt i bruk fordi fagpersoner ikke har vært med å beslutte at de både er gode og skal igangsettes. Samtidig viser forskning om og med implementering at man kan skape endrede og bedre praksis. Utfordringene er hvor lenge det varer og hvor mange som gjennomfører det. Ofte er implementering knyttet til avgrensede prosjekter med ekstra økonomisk midler og ansatte. Når prosjektet er avsluttet, lyset er slått av og teppet er trukket for, ender de fleste av oss med å gjøre det vi alltid har gjort (Karlsson & Krane, 2016). På denne bakgrunn tenker vi at det kan gi mer mening i begrepet utvikling. Altså at arbeidet med recovery i tjenestene sees på som utvikling. Det starter et sted med alle som må være med. Det kontekstualiseres, evalueres og endres om det er ønskelig i et demokratisk og likeverdig samarbeid med de som deltar.

Fagmiljøer som har forsket og arbeidet med recoveryorientering peker på to forhold som er sentrale for å utvikle ideene i daglige praksiser (Repper & Perkins, 2013). Det ene er å gi fag- og brukermiljøene myndighet til å endre praksisene. Det andre er å gi fagpersoner og brukere muligheter til å utvikle nye samarbeidsformer for å fremme recovery og recoveryorienterte omgivelser. Kreativiteten til slike samarbeidsteam kan ofte bli hindret av konkurrerende føringer og krav som ikke lar seg forene med recovery. Tilsvarende er brukeres ressurser og potensialer ofte underfokusert og undervurdert. De blir sjelden spurt hva de vil fagpersoner skal gjøre eller hva slags hjelp de faktisk ønsker seg. De er sjelden regnet med som å ha en direkte rolle i forhold til hvordan tjenesten utføres. Ved å bringe sammen ulike kompetanser og personer gir dette større muligheter for kreativitet og løsninger, er de nevnte forfatteres erfaringer. Det handler om å etablere en erfaringsbasert kunnskapspool med et mangfold av eksperter og kunnskaper. Noen prinsipper er sentrale: 1. Anerkjennelse personer som ressurser og bygge på de styrker og kompetanser som ligger i teamet bestående av personer med fagbakgrunn, brukerbakgrunn, pårørendebakgrunn og annet. 2. Fellesskap og gjensidighet: bryte ned barrierer, fremsnakke mangfold og variasjon, muliggjøre at deltakerne kan dele ansvar og bruke sin kompetanse i tilrettelegging for recovery på tjeneste-, relasjons- og

personnivå. 3. Utvide teamet med erfaringsmedarbeidere, personlige og profesjonelle nettverk for å skape kunnskap og nye praksisformer. 4. Team og tjenester som katalysatorer for endring. Muliggjøre at personene kan finne styrke og se veier i sin egen recovery og bidra til recoverynærende omgivelser der mennesker kan finne tilhørighet, inspirasjon og fellesskap (Repper & Perkins, 2013).

Understrekingen av fellesskapsløsninger, solidaritet og det kollektive bidrar også til å gi rom for den kritikk som rettes mot individualismen i deler av recoverytenkningen (Karlsson & Borg, 2013; 2017; Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2016). Denne kritikken handler om problemstillinger knyttet til at recovery er blitt «mainstream» og omfavnes av fagfolk og ledere og myndigheter. Hva blir det da? Det som er det opprinnelige opprøret, den sosiale uretten og marginaliseringen er kommet i bakgrunnen. Videre rettes kritikken mot et syn på mennesket som uavhengig, selvbestemmende og alene ansvarlig for livet sitt og situasjonen individet er i. Denne individualiseringen er et kulturelt ideal i vår vestlige verden. Den står i motsetningen til kulturer med mer kollektive forståelser av både mennesket og hva som skal til for å hjelpe. I mye av recoverylitteraturen mangler fokus på sosiale faktorer som vi vet har stor betydning for psykisk helse. For eksempel det at personer med langvarige psykiske problemer har dårligere levekår og kortere levetid enn befolkningen for øvrig (Karlsson & Borg, 2017).

### *Undringsfellesskap og erfaringsdeling om recovery*

Dannelse innebærer opplæring til å reflektere over rammer og retningslinjer og de rådende kunnskaper og praksisformer, og å stille spørsmål både ved seg selv og andre. Hansen (2011) er opptatt av hvordan vi kan skape læringsbetingelser preget av åpen søking og kreativitet. Av et nærvær og engasjement som bringer oss til en større forståelse med og innsikt i hva vi tenker, sier og gjør. Det minner om det Andersen (1999) skriver om. Viktigheten av å åpne opp for å kjenne etter, kjenne på kroppen, la oss berøre som medmenneske. Undringsfellesskapet beskriver Hansen (2008) som den filosofiske undring og nærvær som er en vei vi må gå dersom vi skal fasilitere møtet med det vi ikke vet at vi ikke vet. Han sier videre at:

«Altså, når vi vil træde ind i det innovative felt for teori- og praksisudvikling inden for professions- og vejledningsforskning. Hvor professions- og vejledningsforskningen hidtil har været tænkt og praktiseret ud fra en socialkonstruktivistisk orienteret praksis-epistemologi, er denne bog et bud på, hvorledes en sådan forskning kan tænkes ud fra en værenorienteret praxis-ontologi» (s. 11).

Hansen er opptatt av å gi rom for å undres. Dersom vi skal utvikle kompetanser som tjener til et spesielt formål må vi ha åpenhet for de ulike perspektiver som kan bidra til å forstå og fortolke tilværelsene. Et er å erkjenne og beherske omgivelsene. Noe annet og mer grunnleggende er å være til på en slik måte at vi kan møte tilværelsene med åpenhet og undring. Å være åpen for det uventede og usikre i verden rundt oss.

Samarbeid om recovery innebærer å stå i og være åpen for det usikre. Harlene Anderson (2007) er opptatt av fagpersoners mot til å stå i det åpne og usikre. Hun fremhever at de fleste som søker hjelp for sine psykiske problemer, best liker å møte fagpersoner og systemer som er fleksible og respektfulle. Innbyggere som henvender seg til psykisk helse- og rustjenester ønsker å bli invitert inn i samarbeidsformer der det er rom for ulike perspektiver og stemmer. Det samme viser forskning om recoveryutvikling. Behovet for undringsfellesskap som støtte for fagpersoner og som mulighetsrom for å legge til rette for recovery-samarbeid er tydelig. Vi trenger støttende og kjærlige fellesskap for å kunne se muligheter og håndtere barrierer. Det er behov for undringsfellesskap der vi i samarbeid mellom personer med ulike erfaringer kan reanalysere etablerte kunnskaps- og praksistradisjoner. I slike fellesskap kan vi skape nye tradisjoner og arbeide mot at viten er å anse som profesjonelles fundamentale eiendom, der fagperson har definisjonsmakt og der «top-down» kunnskapssystem og beslutningsstrukturer dominerer. Anderson (2007) ser på kunnskap som en interaktiv sosial prosess, innvevd i kultur, historie og språk. Kunnskap er et produkt av den sosiale diskurs og er i kontinuerlig utvikling.

Recovery utvikles i praksis, av, med og rundt personen som søker hjelp. Andersen (1999) skrev at praksis alltid kommer først, og at all kunnskapsutvikling må starte i praksis, altså i det virkelige livet. Det var ikke lett å være en hierarkisk orientert psykiater hvis man skulle delta i det reflekterende teamet, skriver Andersen. Å snakke mindre og høre mer ble et viktig veiskille i hans praksis. Å se og høre, å sanse. Sanse, understreker han, det er å se og høre, smake, lukte, kjenne strykninger på huden eller slag, slag mot kroppen. Terapi, som i alt samarbeid, handler om å høre og se – og å la oss berøre. Andersens erfaringer om betydningen av å arbeide konkret i praksis og samtidig evne å reflektere over de praksisene man står i, er sentrale i recoveryutvikling gjennom erfaringsdeling og veiledning.

Erfaringsdeling gjennom veiledning er ta tak i erfarte fenomener slik de viser seg samt å beskrive disse fenomenene slik de ulike deltakerne opplever det i utvikling av og samarbeid om recovery. Det å beskrive en erfaring er å beskrive noe nedenifra eller innenifra. Det er

personen som har gjort erfaringer som forsøker å beskrive denne. Oftest gjennom ord som fremstilles i en tekst. Andre erfaringer kan uttrykke seg som kroppslige fenomener som ikke lar seg uttrykke med ord eller som kan bli borte idet vi forsøker å uttrykke dem med ord. Vi tenker at det er sentralt å gi plass til denne erfaringsbaserte kunnskapen i veiledning som både lar seg uttrykke språklig og kroppslig. Utgangspunktet for denne kunnskapen er at den er basert i erfaringen og i det levde livet slik det leves ut og oppleves i samarbeidende fellesskap om recovery. Erfaringsdeling gjennom veiledning kan gi kraft til beskrivelsene innenifra og slik styrke arbeidet med å løfte frem illustrasjoner på recovery som er tilstede og lever, både skjult og åpent. Vi tenker at arbeidet med å løfte frem konkrete beskrivelser av recovery, kan være nyttig av flere grunner. Viktigst er at det kan gi folk som arbeider med utvikling av recovery en tillit til eget arbeid. Det å stole på egne og andres erfaringer er like viktig som å arbeide etter bestemte modeller eller metoder som er utviklet primært som teoretiske forklaringer ofte langt fra praksis. Det kan ofte se ut som fagfolk flest tenderer til å bli hektet på «metodetyranniet». Gjennom å delta i erfaringsdeling i veiledning kan deltakeren utvikle mot til å stå imot og ikke underordne seg ulike metoder. Veiledningsarbeidet kan bidra til å fokusere både innholdet og relasjonene som er i og på spill i samarbeidet om recovery.

Når vi arbeider både med erfaringsdeling og veiledning knyttes det til de fortellinger og opplevelser som bringes frem i veiledningssituasjon, enten den er en-til-en eller i gruppe. Veiledningen handler om å lage en regi, en innramming eller en scene hvor vi som deltar kan utvikle et delaktig samarbeid og en gjensidig dialog. Alle deltakerne inviteres inn på en scene hvor regien er basert på at de selv ønsker å delta som samskapere av et samarbeid. Gitt at invitasjonen blir akseptert, så bør samarbeidet og dialogen ene og alene ha fokus på den og de som søker veiledning. Når en eller flere (fag)personer søker veiledning så uttrykker det, i en fenomenologisk betydning, en form for rettethet eller intensjonalitet. (Fag)personen har noen spørsmål, saker og vansker de ønsker å arbeide med. Veiledningsscenen er en måte å arbeide med dette på. Resten skaper vi som er på scenen sammen. Alle kan inviteres til ulike roller, posisjoner og scenografier, med et klart fokus; vi som er her skal samarbeide med deg som har hovedrollen. Vi andre finner våre roller og biroller i forhold til hovedrolleinnhaveren, og dens fortelling.

Det som er beskrevet over er en invitasjon til en innramming for hvordan vi **kan** snakke sammen i en aktuell veiledningskontekst. Vi vet ikke hvordan det faktisk blir, hva som blir sagt eller hvordan og hvilke retninger de ulike dialogene vil kunne ta. Vår erfaring er at invitasjonen til de samarbeidende dialogene blir forskjellig fra gang til gang. Avhengig av

personene som deltar og hva og hvordan de deltar, hva og hvordan det samtales og den kontekst dialogene finner sted i. Anderson (2008) skriver at samarbeidende dialoger forutsetter en evne til å gjøre det situasjonen krever, i tillegg til improvisasjon og respons. Andersons betoning av situasjonen som det eneste vi har å forholde oss til, understøttes av Martinsen (2005). Det er i situasjonen at etikken, makten, tilliten, nærværet, distansen, relasjonen, dialogen og skjønnets spilles inn og tas mot. Det er situasjonen som folder det hele ut og som muliggjør at man kan erfare f.eks. tilliten, relasjonen og dialogen. Erfaringen er å la tillit skje og gå om bord i hvordan eksempelvis tillit erfares som en hendelse, som noe konkret som er en del av en situasjon og som gjør noe med deg som en deltagende person. På samme måte er samarbeidende dialoger noe som må erfares: slik fenomenet samarbeidende dialoger viser seg og trer frem for oss som deltar.

Vår erfaring fra erfaringsdeling og veiledning er at ulike fenomener viser seg i disse praksisene i form av mot, kjærlighet, tilstedeværelse, trøst med flere. Ved å forsøke å trenge inn i beskrivelsene av erfaringene med disse fenomenene, sette ord på dem på og uttrykke dem inviteres de som deltar til å dele, respondere, reagere og reflektere over denne erfaringsbaserte kunnskapen. Vi tenker at erfaringsdeling og veiledning er måter å drive systematisk kunnskapsutvikling på. Gjennom den erfaringsbaserte kunnskapen som ulike deltakere i veiledning bringer frem, bidrar personene til å beskrive og evaluere egen praksis. Ofte kan det legges fokus på erfaringer eller opplevelser hvor (fag)personen føler at vedkommende ikke har lyktes eller gjerne skulle ha gjort det på en annen måte. Nettopp det å beskrive slike opplevelser og situasjoner bidrar til å tydeliggjøre den kunnskap som er utviklet i det å ikke lykkes eller det når det går galt. Gjennom å italesette og uttrykke denne kunnskapen kan (fag)personen få kjennskap og muligheter til å handle på en annen måte neste gang. Slik tenker vi at erfaringsdeling gjennom veiledning er en måte å beskrive og evaluere ulike praksiser gjennom systematisk kunnskapsutvikling. Den kunnskapen som utvikles kan brukes både som dokumentasjon og som bidrag til å styrke og utvikle kvaliteten i arbeidet rundt utvikling av recoverypraksiser.

Samarbeidet i psykisk helse- og rustjenestene preges ofte av krav til hurtighet, raske løsninger og mangel på tid i møte med brukere av helse- og sosialtjenester. Samtidig reises det spørsmål om ressursbruk og om det er et misforhold mellom bruk av offentlige midler og hva tjenestene gir tilbake til samfunnet. I dette spennet har den evidensbaserte kunnskapen utviklet seg som et svar på standardisering av metoder og tilnærminger i klinisk arbeid. Vi er bekymret for at små, og ofte avgjørende, elementer i relasjonen mellom fagperson og bruker

kan gå tapt i den evidensbaserte kunnskaps- og praksisutviklingen. Det kan være vanskelig å standardisere og manualisere prosedyrer for mot, håp, improvisasjon og trøst. Det er viktig at en i utvikling av recoverypraksiser har øye for at mange og ulike kunnskapstilfang kan leve side om side. Følgelig kan veiledning og erfaringsdeling, forstått som systematisk kunnskapsutvikling, utgjøre en kraft og et bidrag til å artikulere erfaringsbasert kunnskap. En kunnskapsform på lik linje med den evidensbaserte kunnskapen.

Erfaringsdeling og veiledning på sitt beste kan bidra til å bevege, berøre og forstyrre de ulike deltakerne. Vi tenker at veiledning gjennom erfaringsdeling kan gi rom for den kunnskapsmessige leken – det lekende ved å utforske, språkliggjøre og reflektere over erfaringer fra ulike recoverypraksiser. Den lekende formen i samarbeidet kan fremstå som både overskridende og utforskende i det ikke tidligere kjente eller uttrykte. Gjennom å dele våre erfaringer med hverandre forstyrres vi gjensidig i forhold til vår forforståelse og forståelse både av hverandre og av den situasjonen eller saken vi arbeider med. Veiledning og erfaringsdeling gir en regi i form av rom, tid og samtale. Det kan skape mulighetsbetingelser for at min forståelse av recoveryarbeidet kan bidra til at du forstår det annerledes også. Eller min forståelse kan endres ved å lytte til din forståelse. En slik samskapende og forstående prosess krever en regi og innramming av samtalen som gjør det mulig at både du og jeg snakker og lytter, både til oss selv og til hverandre.

Er det mulig å si noe kvalifisert om hva god veiledning og erfaringsdeling kan være? Hvilke forutsetninger gjelder, og hva kan konsekvensene eventuelt være? Slik vi ser det gir det en begrenset mening å snakke om hva som er god eller dårlig veiledning og erfaringsdeling. Slik vi ser det handler først og fremst om å møtes, både eksistensielt og fysisk. Det kan forstås som å ta et skritt tilbake eller til siden, der en ønsker å skape rom for undring og ettertanke. Samtalene kan gi deltakerne muligheter til å by på seg selv, gjennom å hente og dele erfaringer. Den viktigste forutsetning er i bunn og grunn viljen til å ville dele med hverandre. I det å ville dele, skapes muligheter for gjenkjennelse og utvidelse. De erfarte og ikke-artikulerte uttrykk finner sin form og sitt uttrykk. Samtalene innebærer å lytte til noen andre, men det er også å lytte til seg selv og sin egen stemme. En deltaker sa en gang i en veiledningssamtale at hun hadde en sak hun burde dele. Hun orket bare ikke å gjøre det denne gangen. Selvsagt ble hennes valg respektert. Neste gang vi møttes sa hun uoppfordret at for henne var forrige veiledning svært nyttig. På tross av få ord opplevde hun å ha startet en viktig prosess for henne. Veiledning er ikke alltid mange ord. Veiledning er også stillhet. En kan ikke lytte med munnen full av ord, verken til seg selv eller til andre.

### **Kapittel 3: Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte studien**

Dette kapittel vil starte med å ta for seg bakgrunnen for dannelsesprosjektet basert i Drammen kommunes «Handlingsplan for et kompetansehevende prosjektsamarbeid» med Nedre Eiker kommune og HSN. Deretter beskrives hvordan dannelsesprosjektet konkret ble gjennomført med hensyn til organisering og innhold. Videre presenteres utvalg, deltakere, metoder for dataskaping og dataanalyse. Til sist i kapitlet vil vi beskrive studiens forskningsetiske aspekter.

#### *Bakgrunnen for det kompetansehevende prosjektsamarbeidet*

Prosjektsamarbeidet ble initiert av Utviklingsetaten Skap gode dager i Drammen kommune. Sammen med Nedre Eiker kommune, Helse- og velferd, utgjorde de prosjekteiere. Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge ble en samarbeidspartner knyttet til å organisere, innholdsbestemme og gjennomføre en forskningsbasert evalueringsstudie. Utviklingsetaten Skap gode dager utviklet en handlingsplan for prosjektsamarbeidet hvor det ble satt sammen prosjektgruppe basert i utviklingsenheten, psykisk helse- og rustjenestene i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune og SFPR. Det ble i tillegg identifisert ressurspersoner i de to kommunene av fagpersoner og erfaringsmedarbeidere som var sentrale for utviklingen og gjennomføringen av samarbeidsprosjektet. De seks forfatterne av denne rapporten deltok fra SFPR. Som grunnlag for planen heter det: «Handlingsplanen skal fungere som et fundament og et strategisk styringsverktøy for kompetansebygging av Recovery som tankesett og holdningsskapende praksis. Den skal i tillegg gi en oversikt over hvordan Drammen kommune og Nedre Eiker kommune legger til rette for at medarbeidere og brukere deler av sin kunnskap og kompetanse for felles utvikling og bedringsprosesser».

Handlingsplanen er forankret i andre overordnende plandokumenter i de to respektive kommunene, i sentrale helsepolitiske føringer og i sentrale dokumenter som spesifikt tar for psykisk helse- og rusfeltet og arbeidet der. Det grunnleggende er behovet for å utvikle kunnskap og holdninger til medarbeidere som gir tjenester til mennesker med rus- og psykisk helseproblemer. Dagens tjenester må rustes for å dele «ekspertrollen» med brukerne, og gi tilbake myndighet og opplevelse av mestring i eget liv. Referansen til Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet 2014, IS - 2076) er sentral i denne sammenheng. De tilrår recovery som et faglig perspektiv i tjenester til personer innen målgruppene for det lokale psykisk helse- og rusarbeidet.



«Sammen om mestring» fremholder følgende: *«Økt brukerinnflytelse fordrer at alle tjenester og utøvere har en systematisk tilnærming til samarbeidet med brukeren, både i den enkeltes behandling/bedringsprosess og i utvikling av helse- og omsorgstjenestene.»*

Videre finner vi i veilederen at: *«Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfylt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen»* (2013, s.31).

Drammen kommune, Utviklingsenheten Skap gode dager tok kontakt med HSN i juni 2016 for se på muligheter for et samarbeid med Høgskolen i Sørøst- Norge, Senter for psykisk helse og rus knyttet til gjennomføring, organisering og innhold i det kompetansehevende prosjektsamarbeidet. Det ble etablert et samarbeid for utvikling av Recoveryorienterte praksiser i psykisk helse- og rustjenestene i de to kommunene. Det ble inngått en samarbeidsavtale med HSN gjeldende for hele 2017 knyttet til samarbeidsprosjektet og en forskningsbasert evaluering. SFPR utviklet «Recoverydannelse» for brukere, erfaringsmedarbeidere, ledere og ressurspersoner i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune. Dannelsesprogrammet skulle ha oppstart 16. februar 2017 og har et omfang på seks hele kursdager. Recoverydannelsen var beregnet for 30 personer og skulle foregå i Skap gode dager sine lokaler i Wergelandsgate 13. Mellom samlingene var det fem halve dager med veiledning og erfaringsdeling i regi av SFPR for deltakerne i recoverydannelsen. Det ble opprettet en 20% stilling som forskningsmedarbeider ved HSN som ble ansatt og finansiert av Drammen kommune. Forskningsmedarbeider Rose-Marie Bank har hatt ansvar for oppfølgingen og evalueringen av dannelsen.

#### *Organisering, gjennomføring og innhold i samarbeidsprosjektet recoverydannelse*

Deltakerne i recoverydannelsen var personer ansatt i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune som ledere, fagpersoner, brukere og erfaringskonsulenter. Invitasjonen til å delta var gått ut fra psykisk helse- og rustjenestene i de to kommunene. I invitasjonen til deltakerne ble det beskrevet hvordan recoverydannelsen var organisert: I løpet av perioden som starter i midten av februar og som slutter i midten av juni, vil det være samlinger hvor brukere, ansatte og ledere vil arbeide med hva recovery kan være i psykisk helse- og rustjenestene i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune. Hvordan skal det gjøres, hva skal til og hvordan kan vi alle bidra til å utvikle recoveryorienterte tjenester? Det ble videre pekt på innholdet i dannelsen: Innholdet i recoverydannelsen ville veksle mellom undervisning, gruppearbeid og

erfaringsdeling med vekt på å konkretisere hvordan tjenestene skal utvikles lokalt og hva som skal til og hva må gjøres og endres konkret. Temaer og erfaringsutveksling for dannelsen ble omtalt som: Hva er recovery, hva kan det inneholde av ulike røtter og tradisjoner. Hva betyr recovery i dag – hva betyr det for brukere – ansatte og leder? Hva må endres og hvordan i tjenester og roller? Hvordan kan vi bidra sammen gjennom programmet til at tjenesten blir mer recoveryorienterte i praksis i møte med de som bruker tjenestene? Metoden ble beskrevet som en «dannelsesreise» og det var ingen krav om eksamen. Det ville bli seks samlinger som var forpliktende, og fire samlinger med «erfaringsdeling» som var frivillige. Deltakere ville få et kursbevis i etterkant av recoverydannelsen.

Dannelsesreisen startet med en åpen oppstartsdag for alle interesserte brukere, ledere og ressurspersoner/recoveryagenter den 16. februar 2017. Hensikten med oppstartsdagen var å utvikle og fremme recovery og recoveryorienterte samarbeidsformer i tjenestene for psykisk helse og rus i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune. I invitasjonen ble recovery beskrevet som det å støtte opp om de bedrings- og mestringsprosesser som hver bruker har som ønsker eller mål. Det sentrale er å skape muligheter for slike prosesser i samarbeidet mellom ansatte, ledere og bruker. Den som er i sentrum er brukeren – denne personen må inviteres til å utvikle mål, ønsker og drømmer som det kan samarbeides om. Den åpne oppstartsdagen varte i tre timer med innledninger fra ledere i de respektive kommunene, psykisk helse- og rustjenestene og Utviklingsenheten Skap gode dager. Deretter var det to erfaringskonsulenter som delte sine recoveryreiser og til sist en kort innledning fra SFPR om hva recovery kan være. Resten av dagen var en samling for de 30 deltakerne hvor en gjennomgikk organisering av dannelsesreisen med hele temadager for alle og halve dager med erfaringsutveksling som var frivillig. Det ble fremholdt at innholdet i hele dannelsesreisen var åpent. I den forstand at SFPR hadde ideer om hva som kunne tematiseres på de ulike samlingene, og like viktig, det var en åpen invitasjon til deltakerne om å spille inn temaer de ønsket belyst enten på temadagene eller dagene for erfaringsdeling.

#### *Forskningsprosjektets målsetting*

Formålet er å evaluere et felles opplæringskurs i recovery og recoveryorienterte praksiser i psykisk helse- og rustjenester i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune - her kalt recoverydanning. Fokuset har vært på hvilke utbytte har deltakerne av opplæringen og hvilke nytte har det i deres daglige praksiser.

## Forskningsspørsmål

- 1) Hvilke nytte og verdi har innholdet og utformingen av kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt for deltakerne?
- 2) Hvilke nytte har kompetanseforløpet Recoverydannelse hatt og på hvilke områder har det bidratt i deltakerens arbeidet med recoveryorienterte daglige praksiser?

### *Gjennomføring av den forskningsbaserte studien*

Arbeidet med den forskningsbaserte studien har pågått i perioden januar 2017 til desember 2017, og har vært ledet av Rose-Marie Bank i samarbeidet med de fem andre forfatterne av denne rapporten. Forskningsstudien er finansiert av Drammen kommune og Nedre Eiker kommune og Høgskolen i Sørøst-Norge. Professorene Bengt Karlsson og Marit Borg har, sammen med forskningsmedarbeider Rose-Marie Bank, vært prosjektansvarlige. Fra Høgskolen i Sørøst-Norge har i tillegg forskningsmedarbeiderne Tommy Lunde Sjøfjell, Esther Ogundipe og Therese Austrheim Johnson deltatt i gjennomføringen av studien. En styringsgruppe med deltakere fra Nedre Eiker kommune, Drammen kommune og Høgskolen i Sørøst-Norge har fulgt selve studien. Styringsgruppen har hatt en overordnet funksjon og fulgt opp i forhold til studiens rammer og progresjon. Styringsgruppen har hatt syv møter i 2017.

### Utvalg og rekruttering

Studiens deltakere ble rekruttert fra de personer som deltok i recoverydannelsen. For å kunne delta måtte deltakerne lese informasjonsskrivet om var utarbeidet for studien og signere samtykkeerklæringen som er vedlagt denne rapporten. De 30 deltakerne som deltok på selve kompetanseforløpet recoverydannelse var rekruttert av og fra tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune. De 30 deltakerne var ansatt som ledere, fagpersoner og erfaringsmedarbeidere og av alle kjønn. Alle som ble inkludert i studien var personer over 18 år som deltok i kompetanseforløpet recoverydannelse og var ansatt som leder, fagperson eller erfaringskonsulent i psykisk helse- og rustjenestene i Drammen kommune og/eller Nedre Eiker kommune. Deltakerne i studien signerte samtykkeerklæring om å delta i den forskningsbaserte evalueringsstudien.

Ved første samling i februar 2017 delte medarbeiderne fra SFPR ut informasjonsskrivene og samtykkeerklæringene til mulige deltakere. Samtykkeerklæringen ble returnert samme dag og gjennomgått. De som ønsket å delta i studien fylte ved avslutningen av dagen ut et større

spørreskjema som det redegjøres for under den kvantitative delstudien. Ved hver samling relatert til erfaringsdeling ble det benyttet tilpassete KOR-skjemaer for evaluering av den enkeltes opplevelser av den angjeldende erfaringsdeling. De som fylte ut skjemaene hadde gitt samtykke til dette. Under den kvalitative delstudien redegjøres det mer utfyllende for dette. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer blant de som hadde samtykket til deltakelse i studien høsten 2017. Dette redegjøres det også for under den kvalitative delstudien.

Det var 24 deltagere fra recoverydannelsen som samtykket i å delta i studien. Av disse deltok 22 personer i den kvantitative delen av studien som foregikk i startsfasen, og 21 deltok på den avsluttende, kvantitative delen.

Alle de 24 deltagerne som samtykket til studien fikk muntlig og skriftlig informasjon om den kvalitative delen av studien av forskningsmedarbeider, Rose-Marie Bank, samt invitasjon til å delta i fokusgruppeintervju. Informasjon og invitasjon ble formidlet på arbeidsgruppemøte, under felles recoverydannelses-samling og via mail til deltagere.

I den kvalitative delstudien valgte 15 personer å bli med på fokusgruppeintervju. 7 av disse var fra Nedre Eiker og 8 var fra Drammen. Intervjupersonene ble delt inn i tre grupper, hvorav den første gruppen bestod av personer knyttet til Nedre Eiker kommune, og de to andre bestod av personer fra Drammen kommune. I den første gruppen var det fem kvinner og to menn. Dette fokusgruppeintervjuet ble holdt i kommunens egne lokaler. Kontaktperson tilrettela med lokaliteter og enkel servering. Den andre gruppen bestod av fem kvinner, og den tredje gruppen bestod av to kvinner og en mann. Disse to fokusgruppeintervjuene ble tilrettelagt av forskningsmedarbeider og holdt i høgskolens lokaler etter avtale med kontaktperson i Drammen kommune. Fokusgruppeintervjuene ble ledet av Rose-Marie Bank. Rådgiver Evelyn Skalstad i utviklingsenheten Skap gode dager deltok som moderator i to av tre fokusgruppeintervjuer. Kontaktpersoner i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune la til rette for at deltakere fikk fri fra jobb til å delta på fokusgruppeintervju.

### Metoder for dataskaping

Som nevnt baserer studien seg på mixed methods design med en kvalitativ og en kvantitativ delstudie. I den kvalitative delstudien ble modifiserte KOR-skjemaer (Vedlegg 4) og fokusgruppeintervjuer benyttet ved bruk av en tematisk intervjuguide (Vedlegg 5).

Intervjuguiden ble utviklet i forskningsgruppen. Temaene som var i fokus i intervjuene var basert i forskningsspørsmålene og intervjuguiden. Fokusgruppe som metode har som styrke å

fasilitere åpen diskusjon og refleksjon over spesifikke tema og muliggjør utdypning og konkretisering. Gjennom gruppediskusjoner gis deltakerne mulighet til å beskrive og reflektere over erfaringer med temadager og erfaringsdeling samt ulike sider ved samarbeidet (Barbour & Kitzinger, 1999; Hummelvoll, 2008; Kvale & Brinkmann, 2015).

I den kvantitative delstudien ble spørreskjemaet Recoverydannelse i Drammen og Nedre Eiker kommuner benyttet. Kartleggingsundersøkelsen ble foretatt to ganger i et tidsintervall på fem måneder. Den første kartleggingen (Oppstart) ble foretatt etter første temadag, 16. februar 2017 (Se vedlegg 3). Den andre kartleggingen (Avslutning) ble foretatt ved kursets slutt, 1. juni 2017. Se vedlegg (3). Skjemaet er tidligere utarbeidet ved Høgskolen i Sørøst-Norge for tilsvarende studier.

### Dataanalyse av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble analysert ved en samarbeidsbasert, hermeneutisk innholdsanalyse (Borg & Askheim, 2010; Kvale & Brinkman, 2015; Karlsson & Kim, 2015). Tre forskere (Bank, Borg & Karlsson) samarbeidet om analyseprosessen med vektlegging av refleksivitet og dveling. Med dveling menes her å arbeide langsomt og tenksomt og stoppe opp dersom en av oss opplevdes for raske til å ramme inn funn. Da forsøkte de andre å minne om og holde fast i behovet for å gå tettere på empirien, sette det inn i konteksten det hørte hjemme i og dvelte videre. Hva handler dette om? Hvordan kan dette utsagnet forstås? Refleksivitet kan beskrives som en kompetanse og en forskerposisjon som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet. Refleksivitet forutsetter en kritisk selvrefleksjon i forhold til hvordan forskernes bakgrunn, forståelser, posisjoner virker inn på forskningsprosessen. Det innebærer kunnskap og bevissthet om hvordan forskerne tolker og konstruerer sine funn (Finlay, 2011; 2012).

Forskergruppa hadde to analysemøter. På det første deltok alle tre. På det andre deltok Bank og Borg. Vi startet møtene med å dele våre umiddelbare refleksjoner over det enkelte intervjuet. Hva hadde grepet oss? Hva overrasket? Hva står fram i teksten? Den hermeneutiske innholdsanalyse ble gjennomført i følgende fem faser felles for hvert intervju:

Hver av forskerne foretok en naiv lesning av intervjuet for å danne seg et helhetsinntrykk. Vi tilstrebet oss å forsøke og være åpne for de menneskelige erfaringer som ble beskrevet, se likheter og kontraster i intervjuet og være refleksive og dvelende i forhold til egen forforståelse.

Hver av forskerne noterte ned foreløpige ideer og temaer knyttet til data som var meningsfulle i forhold til forskningsspørsmålene og de ble organisert som meningsbærende enheter, med sitater som underbygde. De meningsbærende enheter i intervjuet ble sett i forhold til hverandre og samlet i tentative koder. På første analysemøte arbeidet vi med hva som fremsto som felles og hva som var forskjellig i våre respektive analyser. Vi reflekterte og dvelte oss fram til en felles analyse av hvert intervju og utarbeidet et felles analysereferat. Etter at tre intervjuer var analysert og tolket hver for seg, foretok de tre forskere atskilt en analyse på tvers av intervjuene og utformet en helhetsanalyse. På analysemøte to presenterte Bank og Borg hver sin helhetsanalyse for hverandre, diskuterte likheter og forskjeller og kom fram til en avsluttende analyse og tolkning av funn som danner grunnlaget for denne rapportens kapittel 4.

Analysen av KOR-skjemaene er gjort deskriptivt både tallmessig og til kvalitative utsagn fra studiens deltakere. Disse funnene presenteres i kapittel 4.

#### Kvantitativ dataanalyse.

Deskriptive analyser ble utført for å finne frekvenser, gjennomsnitt og standardavvik for de ulike spørsmålene. Analysen ble gjennomført av forskningsmedarbeider Esther Ogundipe ved gjennom bruken av IBM SPSS Statistikk versjon 24.

#### *Forskningsetikk*

Studien ble meldt og registrert hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Se vedlegg 5. Alle deltakere ble informert om studiens bakgrunn og målsetting via skriftlig informasjonsmateriale og gjennom muntlig informasjon fra forskningsmedarbeiderne ved første samling i februar 2017. De som ønsket å delta fikk utdelt et informasjonsskriv sammen med et samtykkeskjema som ble gitt til forskerne (Vedlegg 1 og 2). Før oppstart av alle fokusgruppeintervjuene informerte forskerne om at studien ble gjennomført av Høgskolen i Sørøst-Norge på oppdrag av Nedre Eiker kommune og Drammen kommune. Det ble på nytt redegjort for studiens hensikt og bakgrunn og de når som helst kunne trekke seg fra studien og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet. Videre ble det informert om de kvantitative skjemaene. Rapporten er skrevet på en måte som skal ivareta informantenes anonymitet.

## **Kapittel 4: Presentasjon av funn**

I dette kapitlet vil vi presentere funnene fra både den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen. Vi starter med å presentere de kvantitative funnene som er basert på spørreskjemaet «*Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune*».

Spørreskjemaet ble delt ut ved kursets oppstart og avslutning. Deretter følger en presentasjon av funnene i den kvalitative studien som er basert på funnene KOR-skjemaene som er brukt ved evalueringa v temadager og dager for erfaringsdeling samt dunn fra fokusgruppeintervjuene.

### *Presentasjon av kvantitative funn*

Her presenteres deskriptiv statistikk knyttet til: 1) Generell informasjon om utvalget ved oppstart og avslutning, 2) Deltakernes bakgrunn for deltakelse i kurstilbudet, 3) Deltakernes forventninger til kurstilbudet, 4) Deltakernes vurderinger av kursets nytteverdi, 5) Recovery-orienterte praksiser og 6) Gradering av brukermedvirkning på systemnivå.

## Generell informasjon om utvalget ved oppstart og avslutning

Funnene omfatter 43 respondenter, 22 ved oppstart og 21 ved avslutning. Tabell 1 viser fordelingen av deltakerne i forhold til fødselsår/alder, kjønn, utdanningsnivå og nåværende stilling.

Tabell 1  
*Generell informasjon*

	Oppstart ( <i>n</i> = 22)		Avslutningen ( <i>n</i> = 21)
	Frekvenser (%)		Frekvenser (%)
<i>Fødselsår</i>		<i>Alder</i>	
1950 – 1959	5 (22.5%)*	20 – 30	0
1960 – 1969	8 (36.%)*	31 – 40	2 (9.5)
1970 – 1979	9 (40.5%)*	41 – 50	7 (33.3)
		Over 50	11 (52.4)
		Ubesvart	1 (4.8)
<i>Kjønn</i>		<i>Kjønn</i>	
Kvinne	15 (68,2%)	Kvinne	13 (61.9%)
Mann	7 (31,8%)	Mann	8 (38.1%)
<i>Utdanningsnivå</i>		<i>Utdanningsnivå</i>	
Videregående	4 (18,2%)	Videregående	1 (4.8%)
Grunnutdanning/Bachelorgrad	2 (9,1 %)	Grunnutdanning/Bachelorgrad	5 (23.8%)
Videreutdanning	13 (59,1%)	Videreutdanning	10 (47.6%)
Mastergrad	3 (13,6%)	Mastergrad	5 (23.8%)
<i>Stilling</i>		<i>Stilling</i>	
Fagperson	11 (50.0%)	Fagperson	10 (47.6%)
Leder	5 (22.7%)	Leder	5 (23.8%)
Erfaringsmedarbeider	3 (13.6%)	Erfaringsmedarbeider	1 (4.8%)
Annet	3 (13.6%)	Annet	5 (23.8%)

\*Tilsvarende til sammen cirka 100%

I oppstartgruppen var de fleste deltakerne født i 1970 til 1979 (*n* = 9). Åtte er født i perioden 1960, til 1969 og fem er født i periode 1950-1959. Det var 15 kvinner og 7 menn. 13 hadde en videreutdanning, 4 hadde videregående utdanning, 2 hadde en grunnutdanning/bachelorgrad og 3 en mastergrad. De fleste var fagpersoner.

I avslutningsgruppen var de fleste deltakerne over 50. I denne gruppen var det også flere kvinner (*n* = 13) enn menn (*n* = 8). Utdanningsnivået fordeler seg likt: videregående (*n* = 1), grunnutdanning/bachelorgrad (*n* = 5), videreutdanning (*n* = 10) og mastergrad (*n* = 5). De fleste var fagpersoner.



## Deltakernes bakgrunn for deltakelse i kurstilbudet

Tabell 2 viser fordelingen av deltakernes svar i forhold til bakgrunnen for sin deltakelse i kurstilbudet.

Tabell 2  
Bakgrunn for din deltakelse i kurstilbudet

	Oppstart ( <i>n</i> = 22)	Avslutning ( <i>n</i> = 21)
	Frekvenser (%)	Frekvenser (%)
<i>Hvem tok initiativ til at du skal delta i kurstilbudet?</i>		
Ledelsen	17 (77.3)	15 (71.4)
Jeg selv	5 (22.7)	3 (14.3)
Andre*		3 (14.3)
<i>Føler du et behov for dette kurstilbudet?</i>		
Ikke i det hele tatt	0	0
I liten grad	1 (4.5)	2 (9.5)
I noen grad	7 (31.8)	5 (23.8)
I stor grad	14 (63.6)	14 (66.7)
<i>Kjennskap til recoverytilnærmingen fra tidligere?</i>		
Ja	20 (90.9)	16 (76.2)
Nei	2 (9.1)	5 (23.8)

\*Avdelingsleder & nærmeste leder

Både ved oppstart (*n* = 17) og avslutning (*n* = 15), var det ledelsen som tok initiativ, slik at deltakerne kunne være med på kurset. På spørsmålet: Føler du et behov for dette kurstilbudet?, svarte de fleste deltakerne ved oppstart (*n* = 14) og avslutning (*n* = 14), at de i stor grad følte behov for kurset. De fleste deltakerne, både ved oppstart (*n* = 20) og avslutning (*n* = 16), hadde kjennskap til recoverytilnærmingen fra tidligere.

### Deltakernes forventinger til kurstilbudet

Tabell 3 nedenfor viser funnene knyttet til delen av spørreskjemaet som omhandler deltakernes forventinger til kurstilbudet. Her hadde deltakerne muligheter til å sette flere kryss.

Tabell 3

*Hvilke forventninger har du til kurstilbudet?*

	Oppstart ( <i>n</i> = 22)	Avslutning ( <i>n</i> = 21)
	Frekvenser (%)	Frekvenser (%)
Lære mer om hva recovery kan være	18 (81.8)	14 (66.7)
Lære mer om hvordan arbeide med personer i recovery	13 (59.1)	19 (90.5)
Lære om hvordan invitere brukere med i recoveryssamarbeid	17 (77.3)	15 (71.4)
Lære mer om hvordan invitere med kollegaer i recoveryssamarbeid	16 (72.7)	11 (52.4)
Lære mer om hvordan invitere med ledere i recoveryssamarbeid	11 (50)	6 (28.6)
Få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med recovery	14 (63.6)	14 (66.7)
Jeg har ingen forventninger	1 (4.5)	1 (4.8)
Annet*	1 (4.5)	0

\*Hvordan endre praksis i egen virksomhet

Ved oppstart forventet de fleste av deltakerne å lære mer om hva recovery kan være (*n* = 18), hvordan å invitere brukere (*n* = 17) og kollegaer (*n* = 16) med i recoveryssamarbeid. Av de 22 som var i oppstartgruppen, forventet 14 å få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med recovery. 13 forventet å lære mer om hvordan arbeide med personer i recovery. 11 forventet å lære mer om hvordan å invitere med ledere i recoveryssamarbeid. Tabell 3 viser at en deltaker, ved oppstart, forventet å lære om hvordan han/hun kunne endre praksis i egen virksomhet.

Ved avslutningen hadde de aller fleste et ønske om å lære mer om hvordan arbeide med personer i recovery (*n* = 19), hvordan invitere brukere med i recoveryssamarbeid (*n* = 15), lære mer om hva recovery kan være (*n* = 14) og få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med recovery (*n* = 14). 11 ønsket å lære om hvordan å invitere med kollegaer i recoveryssamarbeid og 6 hvordan å invitere med ledere i recoveryssamarbeid.

### Deltakernes vurderinger av kursets nytteverdi

Deltakerne i avslutningsgruppen fikk fem tilleggsspørsmål knyttet til kursets nytteverdi. Tabell 4 viser deltakernes vurderinger av kursets nytteverdi på en skala fra 1 - 4. Der 4 uttrykker et utsagn de mener er *svært nyttig*, og 1 er et utsagn de mener *ikke er nyttig*.

Tabell 4

*Om kurstilbudet – hvordan vil du vurdere nytteverdien av kurset (n = 21)*

	Gjennom -snitt	Standard -avvik
Forelesningene i kurstilbudet	3.67	0.58
Diskusjonene med kollegaer fra samme arbeidsplass	3.76	0.54
Diskusjonene med deltakere fra andre arbeidsplasser	3.76	0.62
Oppgavene vi fikk	3.62	0.67
Det å dele erfaringer om recovery	3.90	0.54

1 = Ikke nyttig, 2 = Lite nyttig, 3 = Ganske nyttig, 4 = Svært nyttig

Basert på gjennomsnittsskårene kan man beskrive resultatene som høye i sine verdier relatert til alle utsagnene. Det vil si at deltakerne vurderte forelesningene i kurstilbudet ( $M = 3.67$ ,  $SD = 0.58$ ), diskusjonene med kollegaer ( $M = 3.76$ ,  $SD = 0.54$ ), deltakere fra andre arbeidsplasser ( $M = 3.76$ ,  $SD = 0.62$ ), oppgavene ( $M = 3.62$ ,  $SD = 0.67$ ) og det å dele erfaringer om recovery ( $M = 3.90$ ,  $SD = 0.54$ ) som ganske nyttig.

### Recoveryorienterte praksiser

Tabell 5 (neste side) viser funnene relatert til denne delen av spørreskjemaet som omhandler recoveryorienterte praksiser. Her vurderte deltakerne påstander knyttet til recovery-orienterte praksiser på en skala fra 1-5, der 5 uttrykker et utsagn de er *helt enig* med, og 1 er et utsagn de er *helt uenig* med. Deltakerne hadde også muligheter til å krysse av på *ikke aktuelt* eller *vet ikke*.

Tabell 5

*recovery-orienterte praksiser i psykisk helse og rus*

	Oppstart (n = 22)				Avslutning (n = 21)			
	Gjennom -snitt	Standard -avvik	I/A	V/I	Gjennom -snitt	Standard -avvik	I/A	V/I
I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i recovery og hjelpe dem til å føle seg komfortable.	4.25	1.06	2		4.32	0.89	2	
Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.	3.74	1.10			4.26	0.73	2	
Brukere kan bytte deres behandler eller kontaktperson om de ønsker.	4.00	0.84	1		4.00	0.95		
Brukere kan lett få tilgang til deres journal om de ønsker det.	4.10	1.07			4.26	0.93		1
Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.	4.65	0.93			4.95	0.23		
Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.	4.70	0.57			4.60	0.60		
Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.	4.35	0.67			3.95	1.15		1
Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.	4.05	0.91			3.56	1.12		
Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.	4.35	0.59			4.44	0.70	2	
Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.	4.00	0.91	2		3.95	0.97	2	
Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.	4.10	0.72			4.32	1.00	2	
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.	3.22	1.22	2		3.12	1.17	3	1
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det.	3.00	1.14	1		2.59	1.18	4	
Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form, kontakt med familie og venner, hobbyer).	4.06	0.97	2		4.00	0.88	2	

Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.	3.65	1.11	1	4.11	0.83	2
Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport eller hobbyer.	4.00	0.82	2	4.00	1.11	2
Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).	4.29	0.85	1	4.32	0.95	2
Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.	2.87	0.74	2	3.39	0.98	2 1
Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.	3.47	1.06	3	3.84	1.07	2
Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).	3.13	0.99	3	3.28	1.13	2
Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.	3.50	0.97		4.00	1.05	
Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.	3.88	0.86	2	4.24	0.83	
Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.	2.53	1.30	2	3.05	1.43	1
Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å fullføre eller å forlate tjenestetilbudet.	3.88	1.15	2	3.65	1.11	2
Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.	4.06	0.83	1	3.85	0.75	1
Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.	4.67	0.59		4.55	0.60	
Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.	3.94	1.00		3.85	1.04	
Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livstil og interesser.	4.18	0.81	2	3.89	1.02	1 2

1 = Helt uenig, 2 = Delvis uenig, 3 = Hverken enig eller uenig, 4 = Delvis enig, 5 = Helt enig, I/A = Ikke aktuelt, V/I = Vet ikke

Tabell 5 viser til 14 påstander knyttet til recoveryorienterte praksiser i psykisk helse- og rustjenesten som deltakerne var mer enig i ved avslutning enn ved oppstart. Basert på gjennomsnittsskårene kan man se en markant forskjell med hensyn til disse 6 påstandene:

- Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.
- Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.
- Jeg introdusere aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.
- Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.
- Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.
- Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.

Tabell 5 viser også til 12 påstander knyttet til recoveryorienterte praksiser i psykisk helse- og rustjenesten som deltakerne var mer enig i ved oppstart enn ved avslutning. Basert på gjennomsnittsskårene kan man se en markant forskjell med hensyn til disse 4 påstandene:

- Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.
- Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.
- Utvikling mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.
- Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livsstil og interesser.

Relatert til påstandene «Brukere kan bytte deres behandler eller kontaktperson om de ønsker» og «Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter», skårer deltakerne tilnærmet likt ved oppstart og avslutning.

### Gradering av brukermedvirkning på systemnivå

Tabell 6 (neste side) viser funnene knyttet til den delen av spørreskjemaet som omhandler gradering av brukermedvirkning på systemnivå. Her vurderte deltakerne påstander knyttet til brukermedvirkning på en skala fra 1-5, der 5 uttrykker svaret *Ofte*, og 1 uttrykker svaret *Aldri eller veldig sjelden*.

Basert på gjennomsnittsskårene kan man beskrive resultatene som nokså høye i sine verdier relatert til de aller fleste utsagnene. Videre kan man konkludere at avslutningsgruppen har en høyere grad av brukermedvirkning på systemnivå, med hensyn til disse påstandene: 1) brukerne tar seg av sin egen økonomi og bestemmer selv over sine behov for støtte. 2) Det holdes regelmessige møter der brukerne selv og fagpersoner snakker sammen. 3) Spørreskjemaer om tjenestene fylles ut av personer som bruker tjenestene. 4) Det arrangeres regelmessige møter hvor brukerne har innflytelse. 5) Brukerens kontroll over aktivitetsbudsjett.

Ved oppstart ble det skåret en høyere grad av brukermedvirkning med hensyn til to påstander: «1) Journalnotatene inneholder en tydelig oppsummering av brukerens egne meninger og 2) Brukerne vet de kan motta kopier av dokumenter som omhandler deres egen behandling». Når det gjelder påstanden «Brukerne inviteres og motiveres til å lede sine egne ansvarsmøter og invitere andre til å delta», står gruppene helt likt.

Tabell 6

*Gradering av brukermedvirkning på systemnivå*

	Oppstart (n = 22)			Avslutning (n = 21)		
	Gjennom -snitt	Standard -avvik	I/A	Gjennom -snitt	Standard -avvik	I/A
Journalnotatene inneholder en tydelig oppsummering av brukerens egne meninger	4.14	0.77	2	3.94	0.85	5
Brukerne vet de kan motta kopier av dokumenter som omhandler deres egen behandling	3.63	0.89		3.57	1.22	6
Brukerne inviteres og motiveres til å lede sine egne ansvarsmøter og invitere andre til å delta.	3.38	0.96		3.38	1.02	5
Brukerne tar seg av sin egen økonomi og bestemmer selv over sine behov for støtte	3.56	0.96		3.75	0.93	5
Det holdes regelmessige møter der brukerne selv og fagpersoner snakker sammen	3.73	0.96		3.93	0.88	4
Spørreskjemaer om tjenestene fylles ut av personer som bruker tjenestene	2.80	1.32		3.50	1.20	2
Det arrangeres regelmessig møter hvor brukerne har innflytelse	3.50	1.02	2	3.75	1.06	5
I hvilken grad har brukerne i fellesskap kontroll over et lite aktivitetsbudsjett?	1.92	1.16	3	2.25	1.39	5

1 = Aldri eller veldig sjelden, 2 = Sjelden, 3 = Noen ganger 4 = Ofte, 5 = Alltid, I/A = Ikke aktuelt



### *Presentasjon av kvalitative funn*

I denne delen vil vi først presentere funn fra bruken av KOR-skjemaer som umiddelbar evaluering av temadagene og erfaringsamlingene. Umiddelbar betyr at deltakerne fylte ut skjemaene ved avslutningen av en temadag og/eller et erfaringsverksted. Fremstillingen av funnene vil bli gjort relatert til de ulike temadagene og erfaringsdelingen som ble gjennomført både knyttet til antall respondenter, temaer samt skåringer og skriftlige og frie utsagn fra deltakerne. For å gi et helhetlig bilde vil vi starte med temadagene og deretter erfaringsdelingene i den hensikt å kunne se mulige sammenhenger i deltakernes vurderinger av de to aktivitetsformene.

#### KOR- evalueringer – funn

**1. Temadag:** Vi snakket om Hva er recovery for deg? Deltakerne ble inndelt i 6 mindre grupper tilfeldig spredt i forhold til hvilken arbeidsplass de tilhørte. Gruppene fikk så tid til å drøfte dette sammen og legge frem det de hadde diskutert i plenum. Tema det ble snakket om var (båtmetafor:) kaptein i eget liv (rormann) og brukeren i sentrum, endringsprosesser (filosofi og holdninger hos hjelperen), om «timing» og tilgjengelighet, om kontinuitet, om å tørre å trække opp nye og andre spor. Om tydelighet og det å erkjenne et ønske om endring. Om relasjon, trygghet og tillit og om gjennomførbare mål. Brukerfokus, likepersonsarbeid, delaktighet, mestring, språkkultur, om å eie seg selv og om å by på seg selv var også temaer som kom opp. Ord som tro, håp, kjærlighet, moro, raushet og hardt arbeid ble også snakket om.

Etter dette delte gruppen seg etter arbeidsplass, snakket sammen hver for seg om recovery på arbeidsplassen og presenterte hva de tenkte om hvordan de jobbet recoveryorientert. Noen beskrev arbeidsplassen som en «bunkers» med uvennlig inngangsparti. Andre beskrev en opplevelse av å være «laban» - at man hele tiden strekker seg litt mer som fagansatt. Temaer som det første møtet, når pasienten oppsøker hjelpeapparatet, økonomi og disponering av tilgjengelige ressurser ble snakket om.

#### *KOR-vurdering av temadagen:*

Jeg ble forstått og respektert: 8,57 -Vi snakket om det jeg ønsker å snakke om: 7,51 - Verkstedet for erfaringsdeling hadde en form som passet meg: 7,64 - (her var det sprik fra 3 til 10). I det store og det hele var verksted for erfaringsdeling nyttig for meg: 7,68.

*Utbytte av temadag:* Kunnskaper: 6,8 (sprik fra 2 til 10) - Refleksjon: 7,4 - Ferdigheter: 6,5 - Mestring: 7,32. (her var det sprik fra 3 til 10).

**2. Temadag.** Recovery settes inn i en historisk og filosofisk sammenheng første to timer. Om at recovery hører inn under en «humanistisk paraply» sammen med salutogenese, åpen dialog, resiliens etc. Recovery-nærende omgivelser ble også fokusert. Om å finstemme seg inn mot den unike personen og den opplevelsen/lidelsen personen erfarer. Om å invitere folk til å ta reelle valg, øve seg ved å prøve og feile. Informere om valgmuligheter. Om verdighet, respekt og mot.

*KOR- Vurdering av temadag 2:*

Jeg ble forstått og respektert: 8,57 - Vi snakket om det jeg ønsker å snakke om: 7,51 - Verkstedet for erfaringsdeling hadde en form som passet meg: 7,64 (her var det sprik fra 3 til 10) - I det store og det hele var verksted for erfaringsdeling nyttig for meg: 7,68.

*Utbytte:* Kunnskaper: 6,8 (sprik fra 2 til 10) - Refleksjon: 7,4 - Ferdigheter: 6,5 - Mestring: 7,32. (her var det sprik fra 3 til 10).

**3. Temadag.** Forelesning om brukererfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere en gang. Videre temaer om prinsipper for recoveryorientering av tjenester og relasjonell recovery

*KOR- Vurdering av temadag 3:*

Jeg ble forstått og respektert: 8.7 - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 7.9 - Temadagen hadde en form som passet meg: 8.3 - I det store og det hele var temadagen nyttig for meg: 8.5.

*Utbytte:* Kunnskaper: 7.7 - Refleksjon: 7.8 - Ferdigheter: 7.4 - Mestring: 7.6.

**4. Temadag.** 21 deltagere ble delt inn i grupper etter arbeidsplass. Deltagerne fikk utdelt flere oppgaver (Vedlegg 8) som ble «løst» og presentert i plenum. Deretter ble det snakket om hjelp som hjelper og bruk av skjønn. Delte erfaring fra egne recoveryprosesser. Etter lunsj ble det fokus på menneskerettigheter, kultursensitivitet, om å arbeide mot diskriminering.

#### *KOR-vurdering av temadag 4:*

Jeg ble forstått og respektert: 8.95. - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 8.3. - Temadagen hadde en form som passet meg: 8.6. - I det store og det hele var temadagen nyttig for meg: 8.4.

*Utbytte:* Kunnskaper: 7.7. - Refleksjon: 8.1. - Ferdigheter: 7.7. - Mestring: 7.9.

**5. Temadag.** Foredrag om kulturkompetanse og kultursensitivitet. Dagen ble avsluttet med en oppsummering av recoverydannelse og samtaler omkring veien videre.

#### *KOR- vurdering av Temadag 5:*

Kunnskap: 8.4 - Refleksjon: 7.6 - Ferdigheter: 8.0 - Mestring: 8.2. Kommentar: Nyttig med kulturkompetanse og bevisstgjøring rundt dette!

*Vurdering:* Jeg ble forstått og respektert: 9.1 - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 8.4 - Temadagen hadde en form som passet meg: 8.0 - I det store og det hele var temadagen nyttig for meg: 8.3.

### **1. Erfaringsdeling.**

8 deltagere møtte opp og gikk sammen i tre grupper knyttet til arbeidsplass. Gruppene samtalte om selvvalgte temaer som de opplevde utfordrende på arbeidsplassen sin, og som de ønsket tilbakemelding på fra resten av gruppa. Tre temaer ble så presentert og snakket om i plenum. Den ene gruppen snakket generelt om brukermedvirkning, mens gruppe to var opptatt av mangelfull tid i arbeidshverdagen som førte til «brannslukningsarbeid». Siste gruppe snakket om en konkret case hvor en bruker ønsker å bli mindfulness-instruktør/coach, og hvordan de skal støtte ham i denne prosessen.

Etter dette gjennomførte vi en samtale med en av deltagerne etter modellen reflekterende team. Et case fra arbeidshverdagen ble fokus for samtale. Om strukturer og regelverk i systemet som «styrer». Hva hvis tilbudene vi gir ikke er det brukeren selv ønsker eller trenger? Hva når en bruker som kommer ut fra soning ønsker egen bolig uten rus? Overgangsbolig? Om housing first, om å justere brukerens forventninger, om kongruens knyttet til hvor man vil og hvor man er. Endre tilbud man har? Om viktigheten av å dokumentere underveis. Ikke gjennomført KOR-evaluering.

## **2. Erfaringsdeling**

23 deltakere ble delt inn i 3 grupper etter arbeidsplass. Deltagerne ønsket dette selv etter god erfaring fra forrige erfaringsdelingsdag. Godt å få rom til å diskutere tema som er hverdagsnært og som de sjelden har tid til å snakke om i arbeidstiden. Hovedfokus for dagen ble recovery-verksteder. En av gruppene planlegger oppstart og ønsket å lufte spørsmål og få tips til hvordan utfordringer kan møtes. Reflekterende team hvor følgende temaer kom opp: hvordan stile en invitasjon? Hvordan invitere? Hvordan «lokke» til deltagelse (gulrot)? «Skummelt» å sitte på henda, å la prosjektet utvikle seg underveis uten noen konkret plan, og at nettverket bestemmer veien, hvilken retning det tar og når det skal skje.

*KOR-vurdering av erfaringsdeling 2:*

Jeg ble forstått og respektert: 8,7. - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 7,9.-

Temadagen hadde en form som passet meg: 8,3. -I det store og det hele var temadagen nyttig for meg: 8,5,

*Utbytte av erfaringsdeling:*

Kunnskaper: 7,7. - Refleksjon: 7,8.- Ferdigheter: 7,4.- Mestring: 7,6.

## **3. Erfaringsdeling**

17 deltagere ble delt inn i tre grupper knyttet til arbeidsplassen de tilhører. Hver gruppe snakket sammen om egne utfordringer på arbeidsplassen og delte dette i plenum. Tema som kom opp i gruppe 1: Medavhengighet. Når hjelperen vil og tilbyr for mye. Om at dette kan føre til at lidelse eller vansker opprettholdes. Gruppe 2 snakket om ulike aktivitetstilbud, hvordan få folk *med* i en recovery-orientert praksis? Sette planer i system. Gruppe 3 fortsatte tråden fra sist erfaringsdelingsdag og snakket om hvordan komme i gang med recoveryverksted, hvordan presentere seg selv og spre informasjon om oppstart? Hvor mye skal man «tømme sekken» og dele av sin egen fortid? Om å se an, ikke behøve å ha klare svar på dette og igjen om å sitte på henda.

*KOR-vurdering av erfaringsdeling 3:*

Jeg ble forstått og respektert: 8,9. - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 8,6. - Verksted for erfaringsdeling hadde en form som passet meg: 8,3.- I det store og det hele var verksted for erfaringsdeling nyttig for meg: 9,4.

*Utbytte:* Kunnskaper: 7 - Refleksjon: 8 - Ferdigheter: 7,5 - Mestring: 7,7.

#### **4. Erfaringsdeling**

22 deltagere ble inndelt i fire grupper som diskuterte selvvalgt tema og la dette frem i plenum etterpå.

KOR-vurdering av erfaringsdeling 4:

*Utbytte av erfaringsdeling:* Kunnskaper: 8.2 - Refleksjon: 8.4 - Ferdigheter: 8.0 - Mestring: 8.1.

*Vurdering:* Jeg ble forstått og respektert: 8.5 - Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om: 8.5 - Verksted for erfaringsdeling hadde en form som passet meg: 8.5 -I det store og det hele var verksted for erfaringsdeling nyttig for meg: 8.6.

##### Fokusgruppeintervjuer - funn

I fokusgruppene kom det fram beskrivelser av forventinger til deltakelsen i recoverydanning og erfaringer knyttet til formen på tilbudet og innholdsmessig tematikk. Det var mange refleksjoner over hva recovery handler om, hvordan fagpersoner kan arbeide mer recoveryorientert og fagpersoners kompetanse og kunnskaper. Ulike perspektiver på organisatoriske forhold og rammebetingelser kom også fram. En rekke eksempler på faglige dilemma, eksempler på hvordan styrke samarbeidet med brukeren og hvordan støtte hverandre i endringsarbeid ble belyst. Utsagn som ble formidlet var for eksempel «Intet om oss uten oss», «Sitte mer på henda», «Gi folk den tida de trenger» og «Tåle at ikke alt er så planlagt».

Erfaringene og historiene vi fikk ta del i, belyste et mangfold av opplevelser knyttet til å utvikle samarbeidet med innbyggere og bidra til at tjenestene kunne være mer recoveryorienterte. Dette ga innsyn i hva deltagerne vektla både i forhold til relasjonen med personen, i bruk av seg selv som fagperson og i utvikling av tjenester. Gjennom analysen fremsto fire hovedtema der de to første er rettet mot det første forskningsspørsmål og de to neste til det andre forskningsspørsmål: 1) «Hjelp til å snu litt på flisa og tankegangen»; 2) «Det var litt sånn rart med dannelsesprosessen»; 3) «Brukeren i førersetet»; og 4) «Dette her er noe som må slipes og formes».

##### «Hjelp til å snu litt på flisa og tankegangen»

I fokusgruppeintervjuene kom det fram mange refleksjoner omkring forventninger knyttet til hva kompetanseforløpet skulle dreie seg om, og om opplæringsbehov relatert til recovery. Det

ble diskutert hvordan Opptrappingsplanen, omorganisering og ny veileder i 2014 hver på sin måte hadde ført til økt fokus på brukermedvirkning de senere årene. Samtidig ble det poengtert at tjenestene hadde sett et behov for mer recovery-kompetanse.

Fokusgruppeintervjuene synliggjorde at kunnskapen omkring recovery varierer fra tjeneste til tjeneste, men også innad i de ulike avdelingene. For noen var recoverybegrepet kjent, for andre var det fremmed. Dette kompetansespriket påvirket hvilke forventninger deltakerne hadde i forkant av kompetanseforløpet. Dette hovedtemaet om forventninger er delt inn i fire undertemaer; Har det noe for seg?, Kjerringa mot strømmen, Et sprik i kompetansen og En fantastisk sjanse.

### Har det noe for seg?

Flere deltakere beskrev en skepsis og en usikkerhet når det gjaldt nytteverdien av en recoverydannelse. For noen dreide det seg om at de rett og slett ikke var kjent med dannelsesbegrepet, og ikke riktig forstod eller klarte å se for seg hva en slik recoverydannelse skulle bestå i. En deltaker uttalte: «Jeg var usikker på hvor nyttig det ville bli da. Og jeg stussa fælt på det der ...dannelse.... recovery-dannelse. Så jeg tenkte, det er jo et helt ukjent begrep for meg».

Samtidig kom det frem at denne usikkerheten også hadde en positiv valør, at det til og med kunne dreie seg om «en veldig fin.... en litt sånn usikkerhet».

En annen deltaker fortalte at hun hadde vært kritisk til å sette i gang med nok et prosjekt innenfor en tjeneste som i årevis har vært utsatt for mye endringsarbeid. Hun formidlet at fagmiljøer kunne bli slitne av all endringen: «Altså utsatt på den måten at det er hele tiden noe nytt som skjer». Både denne og andre deltakere uttrykte også skepsis knyttet til recoverybegrepet. De hadde i forkant av dannelsesreisen hatt tanker om at recovery bare var et nytt begrep, nok et fynd-ord eller en omskrivning av noe de allerede kjente til.

### Kjerringa mot strømmen

Noen forklarte sine negative forventninger til recoverydannelsen som et resultat av lengre erfaringer med å stange hodet i veggen, å jobbe mot systemet og et «kjerringa mot strømmen-opplegg». Brukerorienterte praksiser hadde ikke vært så enkle å få til innenfor eksisterende rammer og strukturer. En av deltakerne besvarte denne skepsisen slik:

«.... det er jo ikke alt ved recovery som trenger å gå tapt. Selv om økonomiske rammer og sånn kan forandre seg veldig da, så tenker jeg at allikevel så må vi prøve å ha en sånn (...)

grunnmur som jeg håper står uansett hvilke andre forandringer, ytre omstendigheter som kan skje».

Andre fortalte at de hadde mistet inspirasjonen til å jobbe recoveryorientert i tjenesten. En sa: «Når kommunen var klar, så hadde vi falt litt av lasset, vi som jobber der jeg jobber. Men det er ikke det at vi ikke er interessert, men vi har vært litt for slitne i kropp og hode. Sånn at vi var mye mer tent før.» En annen deltaker mente at årsaken til at kommunen på systemnivå ikke hadde hatt et satsningsområde på recovery tidligere snarere handlet om uvitenhet enn om motvilje: «Derfor er det så fint nå at på en måte hele kommunen skal være litt med på det, for da blir det jo litt mer bevisstgjøring rundt alle».

### Et sprik i kompetansen

I ett av fokusgruppeintervjuene kom det frem at flere deltakere ikke hadde hatt noen spesielle forventninger til recoverydannelsen. De kom inn med et åpent sinn. En deltaker uttrykte dette slik: «Jeg hadde vel ikke lest så mye om recovery på forhånd. Og det har både noen fordeler og kanskje noen ulemper. Altså da har du ikke med deg noe i den der sekken».

På spørsmål om de i forkant av recoverydannelsen hadde tenkt at de hadde behov for opplæring ble det kommentert at: «Det var på høy tid med en dannelsesreise for min del altså» og «Det er jo ikke noe farlig med noe sånn ny kunnskap, eller å tilegne seg kunnskap».

En deltaker fortalte at hun kjente lite til hva recovery handler om og hadde sett på dannelsesreisen som en sjanse til å lære noe nytt: «Personlig så følte jeg i hvert fall at jeg hadde behov for mye.... ja, mye kunnskap om det».

I en annen fokusgruppe hadde deltakerne klarere formening om hva dannelsesreisen skulle innebære, og beskrev recovery som et kjent begrep som flere hadde hatt om i videreutdanninger og kurs, men at kunnskapen varierte innad i avdelingene: «Så det var nok et sprik i kompetansen rundt det temaet, det tror jeg». En deltaker uttalte at selv om hun opplevde at mange i tjenesten hadde lest og lært mye om recovery, så slet de med å få det skikkelig implementert. En annen deltaker beskrev det slik:

«Jeg var nok sånn at jeg tenkte at recovery har vi hørt om før, uten at jeg på en måte hadde noen sånn.. at jeg kunne sette noe sånn spesielt ord på det, eller hadde det så integrert at jeg kunne liksom holdt en forelesning om det på en måte».

### En fantastisk sjanse

Gjennom analysen kom det frem at flere også hadde svært positive forventninger til recoverydannelsen. For en av deltakerne opplevdes initiativet til recoverydannelse som støtte til å arbeide mer recoveryorientert, og et håp om mer aksept og anerkjennelse for dette blant kollegaer og ledere. En annen deltaker beskrev dannelsesreisen som en «fantastisk sjanse», og utdypet det slik:

«Jeg har tenkt mye på det i en del år, hvordan vi kunne få til.. hvordan vi på en måte kunne komme litt *inn* i det. For det er *det* som jeg tror kanskje er den største kunsten, det er å komme inn i det».

En deltaker opplevde det som: «Stas å kunne få ny kunnskap, så jeg trykket litte granne på avdelingsleder og sa at dette hadde jeg lyst til også være med på».

Noen påpekte dessuten at de hadde forventninger om at recoverydannelsen kunne bidra til at brukeren kom mer i fokus. «... Jeg ble litt sånn der: Yes, endelig! Nå blir det brukeren i førersetet og vi kan sette litt mer fokus på det».

At både ledelsen, medarbeidere, erfaringskonsulenter og brukere var invitert inn i prosjektet ble av flere trukket inn som positivt. Det skapte forventninger om at prosjektet kunne føre til å anvende denne kunnskapen, og sammen etablere en felles plattform i tjenesten. En deltaker beskrev også forventninger om at recoverydannelsen kunne være nyttig med tanke på senere samarbeid mellom kommunene som deltok. Det ble opplevd som betydningsfullt å spille på lag med og lære av hverandre.

Dette hovedtemaet belyser hvordan deltakerne hadde ulike forventninger til recoverydannelsen. Graden av forkunnskap omkring recovery, samt forståelse for begrepet dannelse, bidro til å skape både usikkerhet, nysgjerrighet og positive forventninger til dannelsesreisen. Samtidig beskrives bekymring for at dannelsesreisen har begrenset nytteverdi på grunn av økonomiske og organisatoriske rammer i tjenesten. Likevel var det en optimisme å spore blant annet fordi ledelsen var trukket inn i dannelsesreisen.

*«Det var litt sånn rart med dannelsesprosessen»*

Gjennom analysen ble ulike deler av læringsprosessen belyst. I de tre fokusgruppeintervjuene kom det frem mange refleksjoner relatert til dette. Det ble snakket om læringsprosessen som skjedde underveis i selve samlingene, gjennom ulike temadager og erfaringsdelingsdager, men også om at læringsprosessen foregikk parallelt med samlingene- ute i praksisfeltet.



Fagansatte snakket engasjert om hvordan felles refleksjon med andre fagansatte, men særlig med brukere og erfaringskonsulenter underveis i prosessen hadde bidratt til både nytt tankegods og annerledes praksis. Fire undertemaer presenteres: Strukturen på recoverydannelsen, Recovery litt lenger frem i panna, Om å gå i takt og utakt og Temadager versus erfaringsdelingsdager.

### Strukturen på recoverydannelsen

Noen av deltakerne opplevde prosessen som litt ullen og svevende. En sa: «Det var litt sånn rart med dannelsesprosessen, fordi de første gangene så var det litt sånn,,,, jeg kunne tenke meg mer teori, altså noe konkret, noe håndfast. Også var det jo ikke det, for det var jo en dannelse, en reise».

En deltaker mente at det kunne ha vært nyttig å besøke Recoveryverkstedet i Asker for å gjøre reisen mer praksisnær. Ikke nødvendigvis for å kopiere hvordan de arbeider der, men for å få «... litte granne mer kjøtt på dette berømte beinet litt sånn tidlig i prosessen». En annen ytret ønske om tydeligere struktur på recoverydannelsen: «Det har gått litt på dette her med på en måte å vite; hvor skal vi være når reisen er.. når vi legger til kai igjen, for å si det sånn? Det syns jeg har vært forferdelig vanskelig». Og videre:

«Det eneste vi har visst er at samlingene skal være da og da, også skal det være sanne mellom-samlinger. Men innholdet (...) blir til mens man går. Og jeg tenker at det kan og hende at det har påvirket det der interne arbeidet. Altså det som vi.. det som går mellom samlingene».

Også en annen deltaker beskrev at hun først hadde hatt et ønske om mer struktur i recoverydannelsen, og en nærmere forklaring på hva som lå i begrepet dannelse. Utover i kompetanseforløpet hadde derimot dette behovet opphørt:

«Jo nærmere ut i prosessen jeg kom, jo mer mening ga det uttrykket. Så jeg tenker at det er jo en dannelsesreise på en måte. Det er vanskelig å definere en begynnelse og en slutt. Men det er en prosess, og det er vanskelig å vende seg bort ifra den praksisen man har hatt. Så for min del så føler jeg at jeg har.. jeg trår ett skritt tilbake, lener meg mer tilbake oftere enn jeg gjorde før».

### Recovery litt lenger frem i panna

Flere beskrev at recoverydannelsen hadde fungert som en legemliggjøring av recovery som begrep og filosofi. Læringsprosessen hadde gjort dem mer bevisst på hva recovery er, og å få

det «litt lenger frem i panna». Ord som øyeåpner og døråpner ble brukt for å beskrive dannelsesreisen. En deltaker sa at læringsprosessen hadde fått henne, og mange med henne, til å åpne horisonten litt. En annen uttalte at: «Det var liksom en sånn der døråpner som man har på en måte venta på en stund. Også kom den. Og det var kjempeåltreit».

Funnene synliggjorde også at recoverydannelsen hadde fungert som en bevisstgjøringsprosess knyttet til arbeidet deltakerne utførte. Læringsprosessen hadde gitt deltakerne rom for viktig refleksjon både knyttet til hva de synes får til og hva de ikke synes de får til. Samtidig som mange opplevde at de hadde hatt fokus på recovery i mange år, bekreftet flere at de fremdeles har en vei å gå. En deltaker uttrykte det slik: «Starten var litt sånn bekreftelser på at sånn har vi jo jobba i mange år. Også etter hvert så, ja så åpna seg litt sånn øyne på bevisstgjøring på en del ting og tang. Så jeg merker jo at jeg endrer jo litt på måten jeg tenker på». En sa at: «Når jeg har gått der, så kjenner jeg jo på det at dette her, i den daglige jobben vi har, både rus og psykisk helse, så er jo dette her på en måte en større utfordring enn det vi tror». Deltakeren mente at selv om de ansatte i årevis hadde hatt fokus på recovery, så hadde recoverydannelsen belyst at det er fortsatt en del som gjenstår i den daglige praksisen før man virkelig kan kalle tjenesten recoveryorientert: «Når vi utvikler nye tilbud, så må vi sjekke ut om det er et tjenestetilbud som noen har behov for, eller som noen tenker at de trenger. At det skal bli gyldig for de som skal bruke det da». Litt senere: «Men der tror jeg kanskje ikke vi har gått langt nok».

En annen deltaker kommenterte at recoverydannelsen hadde gitt inspirasjon til å lese mer faglitteratur. En tredje fortalte at dannelsesreisen bidro til mer undring i avdelingen, og til en felles grunnholdning blant de som deltok.

### Om å gå i takt og utakt

Fordelen med en felles forståelse og felles grunnholdning ble påpekt av flere. Noen beskrev at det i denne holdningen lå en åpenhet for at det kan være ulike måter å tenke på. Det finnes ikke bare ett «riktig» svar på en problemstilling. Dette relaterte de til at recoverydannelsen handlet om en reise, en prosess og ikke et kurs om en metode eller om et spørsmål med to streker under svaret. En deltaker beskrev at denne holdningen kanskje gjorde det lettere for medarbeidere som ikke hadde deltatt i recoverydannelsen å være lydhøre for det deltakerne hadde lært. Flere deltakere poengterte dessuten at de ikke opplevde det som negativt at medarbeidere undret seg eller var kritisk til recovery. En deltaker utdypet dette med å si at det kan være sunt for en tjeneste å ha noen som går i utakt. Det kan være sunt for deltakerne som

kommer «nyfrelste» tilbake fra recoverydannelsen å støte på «..kritiske spørsmål i forhold til hele recovery-tenkninga. For det kan bidra til at vedkommende kan ta med noen andre tanker inn i den der.. i det store bildet da».

Enkelte deltakere beskrev derimot utfordringer i avdelingene sine nettopp på grunn av skepsis fra medarbeidere og brukere som ikke hadde deltatt i recoverydannelsen. En sa: «Vi kan godt møtes oppe til stormøte, også er det sånn: *Huff, er det de recovery-greiene igjen? La oss komme videre!*». Anerkjennelsen og forståelsen for recoveryutvikling var ikke der helt enda. En annen deltaker undret seg om motstanden handlet om skepsis til endring: «Endring er jo smertefullt. Og å ta innover seg en annen måte å tenke på og sånne ting er jo ganske smertefullt». En tredje kommenterte at det var viktig å gi kollegaer og brukere tid, at det må få tid til å modnes:

«For de vi jobber med skal også i en prosess. De skal også venne seg til at vi tenker annerledes, at vi skal gjøre annerledes. For hvis vi snur opp ned på alt på en gang, så er det skikkelig urettferdig for dem. Altså VI måtte jo ikke det. Vi har vært med på en dannelsesreise, vi har brukt tid».

Det at flere medarbeidere og brukere var invitert til å delta på både et åpent innledende startskudd og avsluttende åpen inspirasjonsdag ble trukket frem som en faktor som hadde bidratt til å øke opplevelsen av inkludering og fellesskap i dette arbeidet. En uttrykte: «Nå er det mer sånn positiv drive blant de som ikke var med også på dannelsesreisen da. Så det har skjedd noe i den prosessen». At ulike deler av tjenesten var representert på selve recoverydannelsen ble også fremhevet som en ressurs relatert til læringsprosessen:

«Det er ikke bare vi ansatte, men det må skje parallelt med brukene. Og det var det som var det genuine med det her opplegget, syns jeg. Det er vel første gang i løpet av tretti år at ansatte i kommunen, at de har vært på en dannelsesreise... ikke kurs, men dannelses da.. Så vi var alle tre forankra med ledelse, ansatte og brukere».

I den samme fokusgruppen ble det hevdet at det hadde bidratt til større læring for alle at de ulike gruppene var representert. I alle de tre fokusgruppene ble det derimot påpekt at det med fordel kunne deltatt *flere* brukere på recoverydannelsen for å optimalisere utbyttet av læringsprosessen. I en av gruppene kom det frem forslag om kortere samlingsdager ved en eventuell ny runde med recoverydannelses. Dette for å hindre at ikke brukerne faller fra: «Jeg tenker at det er ganske mange timer. Det er ganske tett program hvis du ikke greier å holde

konsentrasjonen så lenge. At man i en annen runde kanskje tenkte mer på å lagt til rette for dem».

### Temadager versus erfaringsdelingsdager

På spørsmål om hvordan deltakerne syns vekslingen mellom temadager og erfaringsdelingsdager hadde vært, svarte flere at særlig erfaringsdelingsdagene hadde vært fruktbare. En av deltakerne utdypet det slik: «Man drøfta liksom ballen frem og tilbake. Muligheter til å tenke annerledes. Det syns jeg var veldig nyttig». Bruk av konkrete casesituasjoner og diskusjoner rundt ulike problemstillinger ble fremhevet som utbytterikt. Noen kommenterte at erfaringsdelingsdagene burde ha vært obligatorisk å delta på siden disse var spesielt læringsrike. En sa at «Erfaringsdelingen burde vært mer forpliktende. Det var jo valgfritt å møte på, men de gangene jeg prioriterte å gå på det, så syns jeg det ga mye mening. For det var på en måte litt, ga mer fyll på teorien».

Mens en av fokusgruppene beskrev erfaringsdelingsdagene som «mer kjøtt på beinet» og temadagene som presentasjon av allerede kjent kunnskap og «litt selvfølgeligheter», ga en annen intervjugruppe særlig positiv tilbakemelding på temadagene. I beskrivelsene til sistnevnte gruppe kom det frem at temadagene hadde gitt dem et større perspektiv på hva recovery kan være og fundamentet det bygger på. Særlig brukerhistoriene på temadagene ble trukket frem som lærerike: «For det er veldig ofte *det* som fester seg, også kan du lettere da dra det faglige inn eller ut der».

I en annen fokusgruppe ble det hevdet at nettopp kombinasjonen av temadager og erfaringsdelingsdager var positiv for læringsprosessen: «Både å ha litt teori, sette i gang refleksjon i mitt eget hode, og det der med å kunne dele erfaringer. Fordi man kunne jo tro at man var på rett spor, også fikk man input som gjorde at man begynte å tenke helt annerledes da». Det ble også poengtert at en viktig del av prosessen foregikk mellom samlingene. En sa at det var viktig å få konkretisert og praktisert kompetansen de opparbeidet seg under samlingene, at de er i en prosess hvor de forsøker å utvikle seg kontinuerlig. Hun fortalte videre at nettopp denne konkretiseringen har vært avgjørende for at recoverydannelsen skulle ha noen nytteverdi.

I flere av gruppene kom det frem et ønske om at både erfaringsdelingsdagene og temadagene skulle vært obligatorisk. Noen hadde ledere som oppfordret sterkt til å delta på begge deler. De ga tilbakemelding på at det hadde vært godt å slippe å ta det valget selv i en hektisk hverdag bestående av valg og prioriteringer.

Oppsummert viser dette hovedfunnet at dannelsesreisen har fungert som en læringsprosess knyttet til bevissthet omkring forståelse for hva recovery handler om og hvordan deltakerne arbeider. Eventuelt *ikke* arbeider recoveryorientert i avdelingene sine. Videre kom det fram erfaringer med at læringsprosesser er en vedvarende reise, som både kan være smertefull, ullen og inspirerende. Samtidig etterspørres flere brukere på recoverydannelsen. Det kommenteres at det fremdeles er en vei å gå for å få recovery integrert i tjenestene. Både temadagene og erfaringsdagene trekkes frem som lærerike på hver sin måte. Krav fra ledelsen om obligatorisk deltakelse på begge deler etterspørres.

#### *«Brukeren i førersetet»*

Gjennom fokusgruppene kom det fram tanker og erfaringer om hvordan recoverydanning hadde vært til nytte i forhold til daglige praksiser. Tema som kunne vært mer vektlagt ble også belyst. Et området som ble fremhevet var nytten av å kunne reflektere over hva de ulike deltakere i kompetanseforløpet oppfatter recovery handler om. En anerkjennelse og forståelse av at dette er personens egen prosess og at det er brukerens liv og preferanser som skal være i sentrum for samarbeidet, ble lagt vekt på. Flere tok opp var at dannelsesreisen gjennom kombinasjonen av temadager og erfaringsdeling bidro med inspirasjon og ideer til å kunne fortsette arbeidet med styrke og fremme brukerstemmen. Mange av deltakerne opplevde de hadde hatt fokus på brukermedvirkning og vektlegge brukerens egne ønsker i en årrekke. Andre pekte på at det fortsatt var en vei å gå. Det var eksempler på at de fremdeles planla saker på vegne av brukeren uten å trekke ham eller henne tilstrekkelig inn. Praksisendringer var ikke enkle å få til. Tre undertema presenteres: Unike personer og prosesser; Se og gi muligheter og Ta fatt i det nære.

#### Unike personer og prosesser

I fokusgruppene kom betydningen av å anerkjenne at brukerne er unike personer fram. Særlig erfaringsdelingen hadde bidratt til en rettethet mot dette. Deltakerne reflekterte over hvor ulike behov brukerne har og at dannelsesreisen hadde løftet fram og belyst ulike perspektiver og erfaringer i kollegagruppene. Noen brukere ble beskrevet som selvgående og tåle å ta ansvar for ulike oppgaver og forpliktelser. Andre ble oppfattet som personer som ikke alltid ville klare dette og hadde behov for mye praktisk hjelp og tett oppfølging. Diskusjoner som hadde kommet opp særlig gjennom erfaringsdelingen handlet om å kjenne brukeren, om lydhørhet og finstemthet i forhold til hvor personen var og at tillit måtte gå begge veier. Som

en formidlet: «Det jeg tror jeg mener å si da, er at det er så mange ulike prosesser for ulike brukere at det blir så farlig at én sann ting blir sannheten».

Balansegangen mellom å gi ansvar fra seg og ha tillitt til at en person klarer seg på egenhånd, og andre ganger gå langt mere inn og støtte personen, opplevde deltakerne var krevende å vurdere alene. Dette var det viktig å snakke sammen om i teamet. Det kunne være vanskelig å vite hva som var rett. Gjennom erfaringsdelingene opplevde de å få nye ideer til måter å samarbeide med brukere på og til å håndtere og «stå i» ulike situasjoner. Den nødvendige fleksibiliteten og lydhørheten til brukeres ønsker og preferanser ble tydeliggjort. I en fokusgruppe viste de til en brukers uttalelser:

«Av og til så må jeg.. jeg vil være skipper på egen skute, men av og til så må dere være los. Jeg må bli dratt. Så svak og så usikker og så vanskelig har jeg det».

Deltageren fortsatte: «Det ble *og* sagt. Men det var i tidlig fase, også .....nå er han stor og sterk og er i jobb og alt er så tydelig, ikke sant. Men man må *og* være los. Og jeg tenker at det veksler hele tiden og».

Gjennom Recoverydannelsen erfarte også deltakerne at det ble tydeliggjort at de gjør mye bra og får til å møte brukerne som unike personer og får til følge dem i opp- og nedturer. Det kom også fram tanker om brukermedvirkning – at det nettopp handler om å *se* en person:

« Jeg tror det er *veldig* viktig å tenke brukermedvirkning som det jeg sa tidligere også, individuelt. Altså for det handler i hvert fall noe om den holdningen du har. Når du kommer til meg, så kunne jeg spørre deg: *hva ønsker du av meg?*».

En annen fortalte at det nå var større valgmulighet for beboerne:

«...Også har jeg tenkt mer sånn.. ...hva kan vi gjøre da innenfor de veggene vi disponerer der? Altså.. og hvor langt tør vi å.. tør vi i gåseøyne å gå? For det er noe med *den* jeg kjenner som er den store utfordringen. Og som jeg nevnte sist også, bare dette her med at når det flytter inn nye beboere hos oss nå, så er det *de* som velger hvem av de ansatte de vil ha som primærkontakt».

Samtidig kom det fram eksempler på at de «ikke hadde gått langt nok» som en sa:

«Altså noen ganger så blir man så terapeutisk innretta eller så .. i forhold til tiltaks-innretta at man faktisk på en måte ikke har tid til å gå ved siden av sine brukere og gjøre ting. Og det merker jeg syder igjennom i hvert fall hos oss. Og det gjør det sikkert hos dere og».

Dannelsesreisen ser ut til å ha inspirert til å løfte fram tema og problemstillinger knyttet til hva det betyr i daglig praksis å følge brukeren i recoveryprosesser. Det å gå ved siden av, det å holde motet oppe, det å finne ut av saker sammen i fagmiljøet og med de brukerne det gjelder. Deltakerne viste et engasjement for å snakke om praksissituasjoner som kunne oppleves krevende. De snakket også om betydningen av å se og gi rom for forskjeller og uenigheter. I fokusgruppene ble det minnet om at både brukere og fagpersoner er ulike og kan tenke forskjellig om situasjoner. En snakket om hjemmebesøk som en god mulighet til å se og møte brukeren som en person. Dette var ikke like enkelt for alle fagpersoner:

«Og jeg syns også det er så fantastisk jeg, når... de fleste folkene åpner jo dørene for oss hjemme hos seg, ikke sant. Det er jo noe med dette her med å gå over andres dørstokk. Men tenkt deg for et utgangspunkt da! Da har man kommet langt. *Du er velkommen hjem til meg, og du kan ta praten der, og jeg liker hjemmebesøk*».

Det var også eksempler på hvordan personer med erfaringskunnskap selv sa fra om hvordan de ønsket hjelp og verdien av å invitere til dette. I kompetanseforløpet hadde dette vært et nyttig tema, som en beskrev slik:

«Og det der å bli mye mer bevisst på rollen.. Og det.. og jeg syns jo spesielt der det var erfaringer fra rus, der de sa *Slutt å berge oss!*.. Jeg glemmer aldri når han dro det eksempelet på det der med bolig, at ansatte har en plan B, for det er jo ikke så lurt. *Vi vet best*. Så sa han at: *vet du, la oss gå på trynet så det smeller! Og la oss gjøre egne erfaringer, så vi kan begynne å krabbe oppover!*».

### Se og gi muligheter

Flere tok opp at recoverydanning hadde inspirert til å se flere muligheter for brukerne og tenke litt annerledes om hvordan de kunne samarbeide med den enkelte. Noen etterlyste enda mer av dette og mente som tidligere nevnt at erfaringsdelingene burde vært obligatoriske. Eksempler som ble presentert handlet både om å slippe brukerne mer til og som fagperson «sitte mer på henda», som en sa. Et eksempel på praksisutvikling som kom fram:

«... det var et allmøte ... masse folk, også sier min kollega: *Er det noen som ønsker å skrive referat* og henvendte seg til brukergruppa. Da sier hun: *Det kan jeg*. Og det var jo ingen som hadde forventninger om. Men hun setter seg ned også skriver hun referatet. Og det er ganske krevende med avbrudd og.. en stor oppgave. Og så bra skrevet!».

Et annet eksempel på å slippe folk mer til, var en kvinne som hadde vært i systemet i mange år og ble beskrevet som sart og sårbar:

«Så har hun vært med på den der dugnadskafeen på fredagen. Så her en fredag så er jeg nede på personalkjøkkenet og skal rydde opp en oppvask der ned. Og hun springer litt frem og tilbake, for hun har tre oppgaver minst. Også kommer denne personen med søppel under begge armer og papp og jeg vet ikke alt. Og bare i sånn personalfart sier at: *Hvor er den nøkkelen til søppelen? For søppelen er vel innelåst?* Sier hun. *Ja*, sier en kollega, *du skal få nøkkel. Men har du vært der før?* –*Nei, det har jeg ikke, men det går sikkert fint*, sier hun».

I fokusgruppene kom verdien av det å sitte i grupper å dele erfaringer fram: « Altså og.. og man drøfta liksom ballen frem og tilbake. Muligheter til å tenke annerledes. Altså litt sånn.. vi ble utfordra på måten du så på en ting på da. Det syns jeg var veldig nyttig».

#### Ta fatt i det nære

Deltakerne var opptatt av at recovery handler om de nære ting. De var opptatt av å se muligheter i det daglige og bruke anledninger som dukket opp til å utvikle relasjoner og samarbeid med brukerne. Dette var forhold mange deltakere hadde hatt fokus på lenge og som også opplevdes verdifullt i kompetanseforløpet. I en fokusgruppe kom det opp at de kunne ønsket seg enda mer vektlegging av det nære og på «De små tingenes verdi»:

«Fordi at recovery kan være liksom små, små ting i hverdagen, og det kan være store, store ting i hverdagen. Og jeg savner eksempler på de små tingene. Og det har jeg liksom vært litt.. etterspurt. Og jeg føler kanskje ikke at jeg har helt fått det. Og det samme når du leser for eksempel opptrappingsplanen om recovery. Det er aldri noe konkret sånn at du kan egentlig forstå hvor du kan legge det inn hen. Det syns jeg er vanskelig med recovery».

Andre opplevde å ha fått inspirasjon til å ta enda mer i bruk det som er rundt:

«Altså: *hør på den vakre musikken!* Eller: *skal ikke vi gå ut nå også setter vi oss på en krakk også bare ser vi oss rundt?* Altså det der helt nære som alle kan oppleve, og som er helt gratis. Det tenker jeg, det er mye mer nyttig enn å begynne å grave seg inn i sånne temaer som fort kan bli kompliserte».

Det å få anerkjennelse av at recovery skjer i det daglige og ikke behøver være noe stort, var flere innom:



«Man prøver å få til noen småturer, og da spesielt lagt til helg eller noe sånn. Hvis det er fint vær. Og det kan være sånne ting som å dra bare korte steder inne i byen her. Altså ikke noen lange, digre greier. Han syns at: *kunne vi ikke fått en plan for det? For det var litt viktig å ha noe å glede seg til*. Helt strålende, sa jeg. Kom med et forslag til hvor!».

Det å dra på tur, komme seg ut i andre omgivelser og ta en samtale mens du går en tur i stedet for å sitte på et kontor. Det å «ha det litt høyt under taket i bilen og sånn», som en sa.

Deltakerne tok også opp at alt passer ikke for alle i teamet. Noen liker dette uplanlagte og liker å gripe muligheter når de er der. Andre vil holde seg mer etter «boka». En sa:

« Men ikke sant, det.... jeg syns det bare er stas. Det er ikke alle som vil det, men det at det er.. at vi har *lov* til å gjøre det tror jeg er litt viktig. At en og annen kan tenke litt annerledes. Ikke bare ha en samtale på kontoret. Gå heller ut også gå en tur også prat isteden, for da løsner det meste. Bytte fokus litt».

I dette hovedtema synliggjøres hvordan kompetanseforløpet har vist seg som en fortsettelse av tidligere arbeid knyttet til å styrke brukerperspektiver og brukermedvirkning. Recovery-dannelse har bidratt til å opprettholde og også styrke fokuset på å se brukeren som en unik personen, slippe personen til og se muligheter, lydhørhet for ønsker og finstemthet i forhold til hvor personen er i sin prosess. Det har også bidratt til å belyse hva fagmiljøene opplever de er gode på og hvor det er behov for å gå lengre knyttet til recoveryorienterte praksiser. Tanker om at «dette har vi alltid gjort» er både blitt støttet og utfordret.

*«Dette her er noe som må slipes og formes»*

Det å samles som kollegaer og bli invitert til å reflektere over nytteverdien over et kompetanseløp i forhold til praksisutvikling, skapte nye refleksjoner over fag og faglighet. Det er ikke gjort i en håndvending og må «slipes og formes» som en sa. Mange var innom betydningen av «stor takhøyde» og at det var all right med forskjeller – at ikke alle opptrer likt. Slik vi har vært inne på tidligere i rapporten, oppleves endring er smertefullt. Det krever mye av den enkelte fagperson, så vel som av fagmiljø og ledere. Dette var også tema deltakere var innom. To undertema presenteres: Raushet og takhøyde og Lære av hverandre.

### Raushet og takhøyde

I fokusgruppene var raushet i fagmiljøet et tema som engasjerte. Det å gi rom for hverandre som personer, tåle ulikhet og til og med se forskjeller som en styrke i et team. Som en sa:

«Jeg tror også dette med raushet er undervurdert hos oss. Dette her med å tåle det, å tåle at både folk tar noen avgjørelser som kanskje er godt unna det du ville ha valgt selv, eller andre ville ha valgt. Men jeg tror det er .. det er på en måte å tåle å stå i utgangspunktet som ser kanskje litt vanskelig ut. Det tror jeg er kjempeviktig».

Dannelsesreisen hadde bidratt til diskusjoner om forhold knyttet til personlig og privat. Hvor mye skal man som fagperson gi av seg selv? Gjennom et kompetanseforløp der brukere, erfaringsmedarbeidere, fagpersoner og ledere var sammen, ble det mulig å få opp ulike opplevelser knyttet til å bruke sine livserfaringer i relasjonsarbeidet. Flere kunne oppleve dilemma ved det å skulle bistå og støtte en person i krevende situasjoner og smertefulle liv – og så bruke seg selv og sine erfaringer inn i dette. En sa:

«Jeg er jo opptatt av det med avgrensning, men..... det der med at vi ikke er personlig nok som profesjonelle. At brukerrepresentantene etterspør terapeuter som er.. eller støttepersoner som er mer av.. hvor skillet mellom tjenestemottaker og tjenesteutfører er mer borte da».

Litt senere

«Ja, når du har en person som har opplevd noe dramatisk i livet sitt som står i veien for en funksjon, så kommer det et personell som skal formidle noe...*ja, men det har jeg opplevd, eller den og den.. jeg kjenner noen som gjorde det* . ikke sant, det er jo ikke noe som er verre, hvis man er i en krise selv, enn å bli belastet med en annen persons krise».

Deltakerne opplevde at tema knyttet til det personlige og private kunne de ha snakket mye mere om. Dette var områder som var viktig å løfte fram i teamene. I kompetanseforløpet hadde det også kommet fram ønsker om åpnere fagpersoner, som delte mer av seg sjøl:.

«Noen av de brukerne med erfaring..... erfaringskonsulentene har jo formidla det underveis i recoverydannelsen, at vi er for lite.. noen av oss er for redde til å dele da, for lite rause med å dele på egenerfaring. Og jeg tenker at det er nettopp for å beskytte personene som tar imot tjenester, jeg. Men det er mulig.. og jeg er litt sann.. jeg reagerer like likt på det hver gang. Og jeg tenker, er det bare *jeg* som reagerer på det?».

Noen deltakerne var opptatt av det kunne være lett å trå feil hvis man tok opp personlige erfaringer som kunne oppleves som krevende eller krenkende av brukeren. Andre poengterte at vi ikke må gjøre dette så vanskelig. Vi er alle mennesker.

### Lære av hverandre

Forholdet mellom faget og recovery ble diskutert i fokusgruppene. Kompetanseforløpet hadde muliggjort å få snakket sammen om hvordan kan man bruke sine praksiserfaringer og faglige kunnskaper og samtidig fastholde at recovery som brukerens prosess. Som en sa:

«Dette her handler om fag og, tenker jeg. At vi trenger jo ikke å legge vekk faget vårt. Og det er jo .. alle de som bor der vi jobber, bor jo der av en grunn. De bor jo der fordi de har utfordringer. Og det innebærer jo at de trenger... noen trenger *mye* støtte, andre trenger *mindre* støtte. Men vi må jo hele tiden ha med oss den faglige vurderinga, men liksom at vi har helt i front at man eier seg selv og sine egne utfordringer».

Recovery i de daglige praksiser ble belyst på ulike vis. Mange deltakere fremhevet betydningen av å være tilstede for og kjenne brukerne over tid. De fremholdt lydhørhet for hva hun eller han ønsker og hvor de *er* til enhver tid, stå ved siden av, være til å stole på og bruke faget og seg selv i relasjonene. Dette kunne også være krevende og både faglighet og teamstøtte var viktig:

«Ja, for det ser jeg på jobben, at det kan være.. de som er ustabile i relasjonen da, som har .. er vanskelig å etablere relasjon til, det tar tid. Og det å være utholdende i det arbeidet, det er jo.. det er jo en .. da tenker jeg, det er jo trening, og det er en teoretisk forankring som skal fortelle oss hvordan vi gjør det. Men der.. hvis man ikke har den forankringa, så kan man fort gi opp».

Flere deltakere var også opptatt av slike problemstillinger som de hadde hatt oppe på dannelsesreisen. Det at personen eier sitt eget livsprosjekt og skal støttes og veiledes –og ikke styres. På den ene siden opplevdes dette som gode og viktige grunnholdninger. På den andre siden kunne det føre med seg at personen ikke fikk den støtte og omsorg de hadde behov for. I en fokusgruppe reflekterte de over dette:

«At man er så proff.. eller at man kjenner de så godt og har en så god relasjon at man kan leie når det skal leies og dyttes når det skal dyttes, og dras når det skal dras. Det skal jo ikke være sånn *Her jobber vi recoveryorientert. Fiks det sjøl!*. Det er jo liksom

ikke det som er greia. *Du har lært du skal kjøre bussen sjøl. Å ja, skal jeg sitte ved siden av? Jeg gjør det i dag, men ikke i morgen.* Det skal jo ikke være sånn».

Dette var tema var deltakere med ulik bakgrunn var opptatt av. Slik erfaringsdeling hadde både verdi i form av å lære av hverandre og også ta opp og dele ulike følelsesmessige problemstillinger. Det kjentes godt i vite at en ikke sto alene i krevende situasjoner og at det var rom for å dele.

Å lære sammen med brukerne og få fram deres erfaringer, livshistorie og oppfattelse, kom også fram som eksempler på pågående utviklingsarbeid. I en fokusgruppe ble dette beskrevet:

«Da tenker jeg.. det handler om å begynne med oss selv. Og det vi gjør da, det er jo å på en måte bruke litt sånn.. LEAN-tavla vår. Komme opp med litt gode ideer på å gjøre ting litt annerledes».

Komptanseforløpet fikk opp ulike sider ved recovery samarbeid. Noen deltakere var opptatt av å ta sjanser, strekke rammene litt og trå opp noen nye veier for å følge brukerens prosjekt. I en fokusgruppe kom det å kunne være litt rampete opp:

«Det er veldig sunt å være litt rampete. For hvis man skal få til ting, så tror jeg man må være litt rampete innimellom, og ikke bare la liksom alle rammer styre helt og *Nå er klokka tre, nå må jeg gå hjem!* Også er man i en god prosess, og da går man kanskje ikke hjem. Det er ikke noen krise om man går en halvtime over liksom, også.. Ja, det var bare en sånn banal greie da, men....».

Recovery kunne innebære å prøve seg ut og ikke alltid vite om de lykkes eller hvor veien går. Andre belyste at slik rampethet også bar på dilemma. Noen sider ved recovery kunne oppleves litt vanskelig fordi «Lovverket ikke er på den siden som tillater at man går så veldig på trynet da». Å følge personen eller ta sjanser var ikke alltid like enkelt i forhold til rammebetingelsene. En sa:

«For jeg tenker at dette med at vi skal stå til ansvar for situasjonen dersom det går galt, det gjør jo at hjelpeapparatet har et behov for å få ryggen fri. Fordi at man tåler ikke å stå i det ansvaret når du bare skal rydde opp i at andre begår feil da, eller at du blir stilt til ansvar for at andre ikke har gjort de valgene som systemet mener er riktig. Og det syns jeg kanskje er det aller mest krevende».

Denne balansegangen mellom å kunne ta sjanser og samtidig forholde seg til regler og prosedyrer og lovverk, fremkom som viktige gjennom å ha fora for å snakke sammen om, dele erfaringer og lære av hverandre.

### Å sitte på henda

I flere sammenhenger kom deltakerne tilbake til at det som nå kalles recovery har de holdt på med i lenge – og samtidig er det noen forskjeller. Som en sa:

«Veldig mange har jo sagt det at *ja, men det her er jo det vi har drevet med i alle år*. Ja, mye av dette har vi drevet med i alle år, men det har vært styrt av personalet. Her er det IKKE personalet som skal styre. Og det der å sitte på henda.. hvor.. hva skal jeg si.. hvor vanskelig det er å legge til rette for at noen skal sitte på henda».

Kombinasjonen mellom erfaringsdeling og fagdager med mer teori bidro til å utfordre tenkemåter og praksiser og «satte i gang refleksjon i mitt eget hode», som en sa. Deltakerne beskrev det som nyttig å dele erfaringer, lytte til andres valg og strategier og som en annen trakk fram: «Fordi man kunne jo tro man var på rett spor, også fikk man input som gjorde at man begynte å tenke annerledes da. Så jeg likte kombinasjonen. Det matchet meg».

Et annen eksempel:

«Etter det første møtet vi hadde med beboerne, så hang vi opp en lapp som det stod det at der kunne de sette opp temaer. Ønsket tema til neste samling. Men så har det ikke kommet opp noe der. Også sier vi: "Hva gjør vi da? Jo, da tar vi med oss den tomme lappen opp i møtet, også spør vi: hva gjør vi nå? For vi har jo ikke noe tema." Fordi at beboerne var veldig opptatt av at vi skulle gjøre det da. Så der begynner vi neste gang. At vi kommer opp med et A4-ark, og der står det ingenting på».

....»men det som var veldig ålreit, var jo at de satte veldig stor pris på den samtaleformen som dette her foregikk i da. Jeg fikk inntrykk av at de satte veldig stor pris på.. det var en form for inkludering».

Ved at fagpersonene kunne bli inspirert til å øve seg på «å sitte mer på henda» og «jobbe mer med henda i lomma», kunne rollen som brukere endre seg også. Deltakerne refererte til ulike diskusjoner gjennom dannelsesreisen knyttet til å trå ut av den ekspertrollen. Her hadde de sammen reflektert over likeverdighet i relasjonen med bruker, å fokusere på personens egen kunnskap og erfaring og hva som kunne være til hjelp eller ikke. Og å tørre dele at en som fagperson ikke sitter med alle svarene. Som en sa:

«For jeg tenker jo at det er helt legitimt jeg da, å si til slutt at hvis du har prøvd alt mulig over lang tid.. å si faktisk at: *vet du hva, jeg har ikke flere forslag. Jeg vet.. nå vet ikke jeg helt hvordan jeg kan hjelpe deg.* Og jeg tenker at det må være en helt legitim».

Det må være rom for å kunne vise sin usikkerhet og tilkortkommenhet, mente deltakerne. Det må være mulig å si: «Vi sitter ikke med alle svarene og alt altså. Så hvis du har forslag, så skal jeg se hva vi kan gjøre med det». Det å trå mer tilbake som fagperson kunne også bidra til muligheter til å lære sammen med brukerne. Flere var opptatt av trygghet i relasjoner var viktig:

«Trygghet begge veier.... jeg tenker jo og at i samarbeid med de brukerne så opparbeider vi jo en trygghet, begge veier, på at man kan kanskje snakke litt om ting og bli litt sånn mer direkte i forhold til at: *"ja, du har jo prøvd deg før. Hvilken erfaring var .. var det?"* Også: *"Nei, det gikk ikke så bra."* – *"Nei, men nå har du lyst til å prøve igjen?"* – *"Ja."* – *"Er det noe nytt som har kommet inn som vi kunne ha gjort..?"* Altså det der hele tiden også si....».

Dersom brukeren skulle møtes som ekspert på eget liv og eie sin recovery, så ville jo dette innebære å slippe kontrollen og tenke nytt om sin faglige ekspertise:

«Men i hvert fall så er det liksom noe med å si det at de er eksperter på eget liv. *Hva er det du ønsker annerledes nå, sånn at jeg får en retning på hvor jeg skal på en måte begynne hen?* For de må jo eie sin egen.. altså bedringsprosess da. Og det er ikke bestandig så veldig lett å få til, for det er som du begynte i dag med å si, det at veldig mange er vant til å få».

En uttrykte at de i noen sammenhenger må lære seg å krabbe sammen først, før de både skal gå og løpe sammen med personene de skal hjelpe. Viktigheten av å ta seg tid, ha is i magen, tåle det som ikke er planlagt og hjelpe hverandre i fagmiljøene til ikke å planlegge på vegne av brukeren, var tema som kom opp og ble reflektert over. Et sted hadde de tidligere hatt refleksjonssamlinger der de diskuterte brukernes tiltak og planer, kun for ansatte. Nå hadde de begynt å invitere med brukerne. De to som hadde vært med hver sin gang, de har vært kjempefornøyde. «Ingenting om meg uten meg» som stadig ble nevnt på recoverydannelse hadde fått en praktisk betydning.

Dette hovedtemaet belyser kompetanseforløpets fasilitering av diskusjoner og refleksjoner over hvordan recoveryorienterte praksiser kan samarbeides om. Deltakerne reflekterte over sammenhenger mellom fag, fagpersonroller, brukerroller og recovery. Erfaringskunnskap, å dele av seg selv og muligheter og utfordringer knyttet til å være personlig og privat ble drøftet og problematisert. Forskjeller i holdninger, væremåter og faglige perspektiver beskrives som utfordringer så vel som noe positivt. Erfaringsdelingen i kompetanseforløpet ble trukket fram som et særlig verdifullt fora for å kunne reflektere trygt over konkrete praksissituasjoner.

## Kapittel 5. Diskusjon

Den følgende diskusjonen vil bli presentert gjennom følgende tre temaer: 1) En felles dannelsesreise, 2) Kompetanseforløpet som en døråpner og 3) Kompetanseforløpet som en øyeåpner.

### *En felles dannelsesreise*

Verdien av å være i en felles kompetanseprosess ble fremhevet av deltakerne.

Forskningsevalueringen viser at deltakerne opplevde det som nyttig og nødvendig at både ledere, brukere, erfaringsmedarbeidere og fagpersoner deltok i et felles kompetanseforløp. Dette bidro til at ulike forståelser og erfaringer knyttet til recovery ble løftet fram, belyst og reflektert over. Betegnelsen på kompetanseforløpet var recoverydannelse. Deltakerne fant begrepet noe fremmedartet og uklart i starten. Det vokste fram en forståelse av hva recoverydannelse kunne være gjennom forløpet. Begrepet dannelse ble brukt for at kompetanseforløpet ikke skulle bli assosiert med tradisjonell opplæring, men heller formidlet åpenhet og bevegelse mot noe ukjent. Arne Næss (1969) skriver at dersom en hele tiden innerst inne er sikker på hvor, og i hvilken retning, sannheten finnes, blir innlevelse i det fremmede nærmest umulig. Recovery handler på mange måter om å kunne leve seg inn i det fremmede – å lete seg framover i det ukjente sammen med ett eller flere mennesker. Dannelse har, som vi tidligere beskrev, mange fasetter. Fra antikkens tid har det vært diskusjoner om sammenhenger mellom menneskets personlige utvikling og fellesskapets avhengighet av kunnskap og moral. Inge Eidsvåg (2011) trekker frem noen vesentlige elementer. Et element er fellesskapet og det å leve og utvikle seg sammen med andre mennesker. Et annet element er kunnskap og viten om verden og tro på at du kan forandre den. Kunnskap hjelper oss til å forstå verden rundt oss. Kunnskap og erfaringer kan gi større handlingsrom og handlingsberedskap. Eidsvåg minner oss om ansvaret som hver enkelt av oss har for å reflektere over vår egen og samfunnets utvikling. Innsikt er ikke noe man kan innpode eller påføre andre. Innsikt er noe som er selvutviklet, og som vokser frem i oss gjennom møter og samtaler med andre.

Dette var noe av grunnlaget og rammene for begrepet om recoverydannelse i kompetanseforløpet. I forskningsevalueringen kommer det fram verdsetting av at man som fagperson får mulighet til å stoppe opp og reflektere over praksissituasjoner sammen med andre. I tillegg til å diskutere ulike sider ved recovery kunne deltakerne også få oppleve anerkjennelse av sitt eget og andres arbeid. De kunne ta del i hverandres vurderinger, dele



bekymringer og se muligheter i et fellesskap Særlig fremheves verdien av at ledere, fagpersoner, brukere og erfaringsmedarbeidere er sammen om dette.

Samarbeid om recoveryutvikling i tjenestene innebærer å fastholde noen sentrale perspektiver på recovery som man er blitt enige om. I sin utlegning om dannelse skiller Hellesnes (1975) mellom dannelse og tilpasning. Tilpasning handler om at mennesker blir opplært til å delta og ikke stille spørsmål eller opponere mot forestillinger eller rammer som blir presentert.

Mennesker kan øves opp til å godta og slik tilpasses de retningslinjer eller rammebetingelser som forelegges. Dannelse innebærer invitasjoner til og rom for å reflektere over rammer og retningslinjer, de rådende kunnskaper og praksisformer samt å kunne stille spørsmål både ved seg selv og andre.

Gjennom forskningsevalueringen kommer det fram at deltakerne opplevde det som viktig å bli inspirert til å se saker fra ulike sider. Det positive ved ulikhet i væremåter, kunnskapsforståelser og handlinger ble løftet fram. Forskjeller kunne også medføre usikkerhet og utrygghet. For eksempel ved at noen deltakere gikk utenfor rammene og gjorde ting på sin egen måte. Flere var opptatt av at det å skulle samarbeide om recovery innebærer å finne nye veier sammen med brukere, og sammen evne å være åpen for det usikre. Harlene Anderson (2007) peker på verdien av fagpersoners mot til å stå i det åpne og usikre. Et slikt mot kommer ikke av seg selv, og styrkes nettopp i gode og rause fellesskap der det er lov å være litt annerledes. Der det også er lov å gjøre feil. Anderson fremhever at de fleste som søker hjelp for sine psykiske helse- og rusproblemer, ønsker å møte fagpersoner og systemer som er fleksible og respektfulle. Innbyggere som henvender seg til psykisk helse- og rustjenester, vil bli invitert inn i samarbeidsformer der det er rom for ulike perspektiver og stemmer. Det samme viser forskning om recoveryutvikling (Karlsson & Borg, 2017). Behovet for fellesskap som støtte for fagpersoner, ledere, erfaringsmedarbeidere og brukere og som et idé- og mulighetsrom for recoverysamarbeid, fremkommer tydelig i evalueringen. Slike fellesskap gir rom for å diskutere barrierer og muligheter, og kritisk reflektere over recovery så vel som etablerte kunnskaps- og praksistradisjoner.

I begynnelsen hadde flere deltakere kjent på en skepsis og usikkerhet når det gjaldt nytteverdien av recoverydannelsen. Det var ikke lett å forstå hva dette kunne bidra til. Andre formidlet at usikkerhet kunne være noe positivt. De tok opp at det var på høy tid å komme i gang med et slikt kompetanseforløp. Det var bekymring over at dannelsesreisen ville få begrenset nytteverdi på grunn av organisatoriske rammer og kommuneøkonomi. Samtidig ble

det i flere sammenhenger fremhevet som positivt at ledere var med. Det skapte optimisme og tro på potensialet som lå i lederforankringen og i arbeidet med å utvikle et felles faglig grunnlag. Funnen i denne studien stemmer godt overens med internasjonal forskning omkring arbeid med recoveryorientering av psykiske helse og rustjenester. Både i forskningslitteraturen fra Program for Recovery and Community Health (PRCH), Yale University og Implementing Recovery Oriented Change (ImROC), understrekes verdien av å starte sammen. Det er viktig at både ledere, brukere, pårørende og fagpersoner deltar og bruke tid på å utvikle felles forståelser for hvordan recovery kan forstås i deres kontekst. Det gir også muligheter for å arbeide med verdier og prinsipper for den aktuelle tjenesteutviklingen (Borg, Karlsson & Stenhammer 2013).

I funn fra både den kvalitative og kvantitative delstudiene kommer deltakerne med tilbakemeldinger om kompetanseforløpets nytteverdi, og hva som kan bli bedre. Studiene viser at det er ulike personer med forskjellige forventninger og behov i et slikt kompetanseforløp. I den kvalitative delstudien formidlet deltakerne at de hadde ulike forkunnskaper og forståelser av recovery. Deltstudien fremholder at noen hadde ønsket seg mer teori og en tydeligere struktur i kompetanseforløpet. Erfaringsdelingen og det som skjedde gjennom dette arbeidet, fremstår som særlig positivt. Det gav muligheter til å lære av hverandre. Forelesningene i kompetanseforløpet, diskusjonene med kollegaer og deltakere fra andre arbeidsplasser, oppgavene og erfaringsdelingen om recovery, ble sett på som nyttig og som støttende i det daglige arbeidet. Funnene viser til at det kunne vært et krav fra ledelsen om at *både* erfaringsdeling og temadager var obligatorisk. Det ville også vært en fordel om flere brukere hadde deltatt. Det ville ha kunnet optimalisert læringsprosessen.

### *Kompetanseforløpet som døråpner*

«Det var liksom en sånn der døråpner som man har på en måte venta på en stund», sa en av deltakerne i fokusgruppene. Evalueringen viser at kompetanseforløpet bidro med en prosess for deltakerne. Prosessen gjorde dem mer bevisst på hva recovery handler om.

Bevisstgjøringen var nært knyttet til praksissituasjoner. Det handlet om hvordan de møtte brukerne, hva de snakket om, hva de gjorde sammen og hvordan de inkluderte den enkelte i planlegging og samarbeid. Funnene viser til at de valgte rammene med kombinasjon av teori- og kunnskapsformidling om recovery, åpenhet for refleksjon over praksissituasjoner og erfaringsdeling, bidro til økt trygghet i forhold til recoverysamarbeid. Studiene viser til at

konkret vekslingen mellom teori- og erfaringsdeling bidro til større sikkerhet og valgmuligheter i det daglige samarbeidet. Deltakerne nevnte eksempler som at nå er det «lov» og anerkjent å forlate kontoret. Det er positivt å dra på turer og jobbe mer med hverdagsnære oppgaver. Funnene viser også til hvordan deltakerne kunne bli bedre til å inkludere brukerne, slippe den enkelte mer til og øve seg på å «sitte på hendene».

Recovery innebærer et annet syn på personer med psykiske helse- og rusutfordringer enn det dominerende «psykiatriske». Dette kan bety behov for en snuoperasjon i fagmiljøer. I stedet for å forstå en bruker som syk, sårbar, ustabil og i behov av ivaretagelse av fagpersoner, skal brukeren møtes som en unik person med ressurser og kompetanse. Brukeren vet mye selv og om hva som er problemet så vel som hva som skal til for å få det bedre. Recovery har røtter i et opprør mot ikke å bli lyttet til, ikke få fortelle sin historie og ikke bli trodd på (Karlsson & Borg, 2017). Dette var tema og perspektiver som ble tatt opp i recoverydannelse. Gjennom evalueringen kom viktigheten av å kunne diskutere krevende situasjoner fram – som en del av recoverypraksisene. Noen personer var vanskelige å forstå. Det var ikke like enkelt å komme i posisjon til å hjelpe, og noen oppgaver kunne kjennes uløselig ut. Erfaringsdeling kunne bidra til nye ideer og samarbeidsformer, og ga mulighet til nettopp det å dele. Det åpnet opp for at det er lov å tenke på ulike måter. Det gav mot til å våge og se forskjeller i holdninger, væremåter og faglige perspektiver som utfordringer så vel som noe stimulerende. Det ble også sett som positivt at kollegaer var kritiske til recovery. Deltakerne mente det kunne være sunt for en tjeneste å gå litt i utakt.

Den norske psykiateren Tom Andersen (1999) understreket at praksis kommer alltid først, og all kunnskapsutvikling må starte i praksis. Tom Andersen skriver om han kan identifisere to typer forandring:

«Å forandre er å innskrenke det som var der på forhånd, f.eks. ved å skremme en annen til ikke å prate mer. Denne forandringen henger sammen med at noe kommer utenfra og virker kontrollerende og styrende.

Å forandre er også å utvide eller fornye det som var der fra før. Den eneste en i denne sammenhengen kan forandre, er en selv. Den andre kan lære, men ikke belæres.

Forandringen kommer innenfra som en utvidelse av det som var der hos vedkommende fra før, og forandringen henger oftest sammen med inntrykk som mottas og som vedkommende finner sine egne reaksjoner på» (1999, s. 151).

Tom Andersons ord gir resonans i forhold til erfaringer fra prosessen i recoverydannelse. Det var en rettethet mot og interesse for praksis og praksissituasjoner, og anerkjennelse av erfaringsrikdom. Videre at det er mange måter å forstå en situasjon på, og at vi mennesker ikke kan forandres utenfra.

I forskningsevalueringen var en sentral hensikt å finne ut hvilken nytte kompetanseforløpet har hatt. På hvilke områder har kompetanseforløpet bidratt i deltakerens arbeid med daglige, recoveryorienterte praksiser. Deltakerne formidler at de gjennom recoverydannelse har fått opp ulike sider ved recoverysamarbeidet. Forholdet mellom fag og recovery var et tema som engasjerte. Evalueringen viser at kompetanseforløpet gjorde det mulig å reflektere sammen om hvordan kan man bruke sine praksiserfaringer og faglige kunnskaper, og samtidig fastholde recovery som brukerens prosess. Noen deltakere var opptatt av å ta sjanser, strekke rammene og trække opp noen nye veier for å følge brukerens prosjekt. De snakket om å være mer opptatt av å lære sammen med brukerne og få fram deres erfaringer, livshistorie og oppfattelse. Personen eier sitt eget livsprosjekt og skal støttes og veiledes –og ikke styres. På den andre siden kom det opp problemstillinger knyttet til at noen kunne trenge høy grad av omsorg og støtte i perioder. Det bør unngås at recovery bidrar til holdninger om at brukere skal klare seg selv, og dermed ikke får den støtte og omsorg de har behov for.

#### *Kompetanseforløpet som øyeåpner*

Evalueringen viser at recoverydannelse har bidratt til å få øye på og se flere muligheter for brukerne, og tenke annerledes om hvordan de kunne samarbeide med den enkelte. Særlig erfaringsdelingen bidro til å gå dypere inn i konkrete situasjoner, dele og undre seg sammen med personer som hadde ulike erfaringer og roller. Det har også kommet fram tanker om at «dette er jo ingen ny arbeidsmåte hos oss - det her er jo det vi har drevet med i alle år». Samtidig problematiserte deltakere at mye i deres arbeidsformer hadde vært styrt av personalet, og de utfordret ideen om at recovery er gammelt nytt.

Kompetanseforløpet ser ut til å ha bidratt til større trygghet i hva recovery handler om. Større mot til å samarbeide recoveryorientert og flere tiltak der personen selv er i førersetet. Flere av deltakerne forsøker å arbeide mer samarbeidsorientert. Eksempler som nevnes er at brukerne velger primærkontakt, brukeren deltar i møter som omhandler ham eller henne selv og at personen skriver sin egen rapport. Videre omhandler det at brukere kan planlegge utflukter, evenementer, temaer for felles gruppesamtale og deltar mer aktivt i gjennomføring av ulike opplegg- som fellesmøter og dugnader. Evalueringsstudien peker på at kompetanseforløpet

kunne forstås som en fortsettelse av tidligere arbeid knyttet til å styrke brukerperspektiver og brukervedvirkning. Recoverydannelsen bidro til å opprettholde og å styrke fokuset på å se brukeren som en unik person, slippe personen til, se muligheter og en fastholdelse og lydhørhet overfor personens egne ønsker. Deltakerne opplevde større bevissthet knyttet til hva fagmiljøene opplever de er gode på og hvor det er behov for å gå lengre knyttet til recoveryorienterte praksiser. Endring av fagpersonroller som å tre ut av ekspertrollen og ikke være så initiativrike på andres vegne, ble også reflektert over. Det ble understreket hvor viktig det er å se og anerkjenne de små ting som skjer i det daglige. Patricia Deegan (1996) understreker at recovery ikke er en lineær prosess. Hun minner om at det handler om en rekke små begynnelse og noen veldig små skritt. Noen ganger går det i feil retning og du må ta fatt på nytt. Slike små skritt må ses og bejubles. Recovery beskrives i litteraturen som både sosial og personlig. Det dreier seg om en unik person i en sosial kontekst, der levekår, muligheter for deltakelse og et sosialt liv, opplevelse av mening og tilgjengelig og tilpasset hjelp og støtte er sentralt (Karlsson & Borg, 2017).

Evalueringsstudien viser på ulike vis på at utviklingsarbeid ikke er enkelt. Det kunne oppleves krevende i en ellers travel hverdag. Det å skulle forandre seg kan være smertefullt. Recoverydannelse ble i noen sammenhenger beskrevet som en bevisstgjøringsprosess. Deltakerne snakket om at «nå vet vi hva vi kan bli bedre på og hva som er bra». Disse funnene framkommer både i den kvalitative og kvantitative delstudien.

Bolstad (2017) understreker at en spørrende innstilling fremmes i faglig trygge omgivelser. Her kan det foregå tillitsfull søken der læringsprosesser ses på som både åpne og uferdige. Den tillitsfulle søkeren ser seg spørrende omkring og stopper opp ved dogmatismen og evner å bli oppslukt av nye utfordringer. En slik form for tillitsfullhet kan fortone seg både som lekende holdning til det som skal undersøkes. Det er også som en form for indre sikkerhet gjennom en trygghet på egne vurderinger og eget ståsted. Denne lekende, spørrende innstillingen gir gjenkjennelse til de fellesskapene som ble skapt i recoverydannelse. Det var mye humor, bevegelse, undring og engasjement for utvikling av bedre tjenester for innbyggerne.

#### *Noen avsluttende konklusjoner og anbefalinger*

Recoverydannelse har bidratt til en fellesarena for kompetanseutvikling, diskusjoner og refleksjoner over hvordan recoveryorienterte praksiser kan samarbeides om. Evalueringen viser at kompetanseforløpet bidro til større bevissthet om hva recovery og recoverysamarbeid

handler om. Deltakerne opplevde en større trygghet til å foreslå recoverytilnærming til brukere og fagpersoner og større kunnskap om hvordan andre arbeider med recovery. Forskningsevalueringen viser til erfaringsdelingen som et særlig verdifullt fora for å kunne reflektere trygt over konkrete praksissituasjoner. Møtene og samtalene i erfaringsdelingsverkstedet gav rom for at det finnes forskjeller og en akseptasjon av disse. Recoverydannelsens vektlegging av praksis, nedenfra-beskrivelser og anerkjennelse av egne og andres praksiserfaringer er særlig verdifullt og fremtredende. Recovery foregår i personens liv – basert i hans og hennes ønsker for livet sitt. Det å stole på egen praksiskunnskap som hjelper og samarbeidspartner og på brukerens praksiskunnskap er en sentral del av recovery. Forskningsevalueringen viser at et felles kompetanseforløp for både ledere, fagpersoner, brukere og erfaringsmedarbeidere er meget viktig. Deltakerne fikk på denne måten anledning til å diskutere hvordan recovery kan forstås, samarbeides om og det ble utviklet en utvidet forståelse for hverandres roller og kunnskapsområder.

Forskningsstudien viser til gode erfaringer som vil kunne være nyttig i det videre arbeidet med recovery i de to kommunene. Særlig er det grunn til å nevne de positive erfaringene deltakerne fremholder med å ha en felles møteplass for alle involverte for å diskutere recovery og recoverysamarbeid. Evalueringsforskning fremholder behovet og ønsker om møtes, dele erfaringer, lære av hverandre og få nye ideer. Verdien av at ledere, fagpersoner, erfaringsmedarbeidere og brukere er på en felles møteplass, er meget tydelig. Tilrettelegging for og med erfaringsdeling bidrar til å få tillit til eget arbeid og utvikle en stolthet av det man er en del av. En slik erfaringsdeling kan fasiliteres på tvers av kommunene. Det bør være obligatorisk med bred deltakelse og lederforankret. Kompetanseforløpet recoverydanninge inviterer og inspirerer deltakerne til å være på en reise, være i prosess og undre seg over både recovery, recoveryorientering og recoverybaserte tjenester. En slik lekende, spørrende og undrende innstilling kan gi sterkere fellesskap mellom ledere, brukere og ansatte samt rausere psykisk helse- og rustjenester.

## Vedlegg 1.

### **Forespørsel om deltakelse i evalueringsprosjektet: «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune».**

#### Del A

##### *Bakgrunn og hensikt*

Denne forespørselen gjelder din deltagelse i evalueringsprosjektet «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommuner» der hensikten er å utforske og evaluere hvordan recovery og recoveryorienterte praksiser kan utvikles og brukes i samarbeidet med brukere av psykisk helse- og rustjenestene i de respektive kommunene. Deltakere i undersøkelsen er erfaringskonsulenter, ansatte og ledere i tjenestene. Temaene i evalueringen vil rette seg mot hvordan deltakerne erfarer de ulike temadagene, verkstedene for erfaringsdeling samt utviklingen av recoveryorienterte praksiser i psykisk helse- og rustjenestene. Forskningsarbeidet vil ledes av Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom spørreskjemaer og fokusgruppeintervjuer samt dokumentasjon av den dialogbaserte undervisningen på temadagene og erfaringsverkstedene.

##### *Hva innebærer studien?*

For å få belyst erfaringene med «Recoverydannelse i Drammen og Nedre Eiker kommuner» ønsker vi å gjennomføre dialogbasert undervisning på temadagene og verksteder for erfaringsdeling i tidsrommet 15.02.17. til og med 31.12.17., med inviterte deltakere fra de to kommunene. Dersom du godkjenner det, vil du måtte svare på ulike spørreskjemaer underveis i prosjektet samt et avsluttende fokusgruppeintervju. Prosjektansvarlig for studien er professor Bengt Karlsson ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdssag. Karlsson vil sammen med forskningsmedarbeider Rose-Marie Bank gjennomføre studien. Bank er ansatt i 20% stilling ved Utviklingsenheten «Skap gode dager» i Drammen kommune.

##### *Hva skjer med informasjonen om deg*

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2020. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

##### *Frivillig deltakelse*

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige

deltakelse. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om evalueringsprosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 90 64 90 78 eller epost: [bengt.karlsson@usn.no](mailto:bengt.karlsson@usn.no)

DEL B

#### *Personvern*

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Dekan ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

#### *Utlevering av materiale og opplysninger til andre*

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### *Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg*

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

#### *Økonomi*

Studien er finansiert gjennom Utviklingsenheten «Skap Gode Dager» i Drammen kommune og Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

#### *Informasjon om utfallet av studien*

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og levere den i vedlagt konvolutt.

Drammen 15.02.17.

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson  
Professor  
Senter for psykisk helse og rus  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial og velferdsfag.

Rose-Marie Bank  
Forskningsmedarbeider  
Utviklingsenheten Skap gode dager  
Drammen kommune.



## **Vedlegg 2.**

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i evalueringsstudien «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune».

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----

(Signert, rolle i studien, dato)

### **Vedlegg 3.**

#### **Spørreskjema 1 «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune».**

Dette spørreskjemaet retter seg mot alle som deltar i «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune». Hensikten med evalueringen er å vurdere nytteverdien av recoverydannelsen – i spørreundersøkelsen kalt «**kurstilbudet**». Spørreundersøkelsen skal gjennomføres i to runder; en ved oppstart og en ved avslutning. For å sikre best mulig kvalitet på evalueringen er det flott om alle svarer på alle spørsmål.

Det tar ca. 15 minutter å svare på skjemaet. Undersøkelsen gjøres anonymt, og det vil ikke være mulig å finne ut hvem som har svart på hvilket skjema. Bakerst i spørreskjemaet er det mulighet til å gi kommentarer. Vi oppfordrer dere til å benytte dette dersom dere har erfaringer eller synspunkt som ikke blir berørt ellers i spørreskjemaet.

Evalueringen gjennomføres av Høgskolen i Sørøst-Norge. For spørsmål eller kommentarer kan du kontakte prosjektleder Bengt Karlsson på epost [bengt.karlsson@usn.no](mailto:bengt.karlsson@usn.no) eller på telefon 90 64 90 78.

## **Del A. Generell informasjon**

A1. Fødselsår: 19\_\_\_\_

A2. Kjønn:

- ☐ 1. Kvinne
- ☐ 2. Mann

A2. Utdanningsnivå:

- ☐ 1. Videregående
- ☐ 2. Grunnutdanning/bachelorgrad
- ☐ 3. Videreutdanning
- ☐ 4. Mastergrad

A3. Klinisk erfaring

Erfaring fra psykisk helsearbeid og/eller rus

- ☐ 1. Spesialisthelsetjeneste  
Antall år med denne typen erfaring: \_\_\_\_ år
- ☐ 2. Kommunehelsetjenesten  
Antall år med denne typen erfaring: \_\_\_\_ år
- ☐ 3. Russektoren  
Antall år med denne typen erfaring: \_\_\_\_ år
- ☐ 4. Andre kliniske erfaringer  
Antall år med denne typen erfaring: \_\_\_\_ år

A4. Nåværende stilling

A4.a. Startdato i stillingen: \_\_\_\_\_

A4.b. Heltid/deltid

- ☐ 1. Heltid
- ☐ 2. Deltid

## **Del B. Karakteristika ved ditt nåværende tjenestested**

B1. Organisering av tjenestested

- ☐ 1. Bolig inkludert psykisk helse og/eller rus
- ☐ 2. Bolig bare psykisk helse
- ☐ 3. Dagtilbud bare rus
- ☐ 4. Dagtilbud inkludert psykisk helse og/eller rus
- ☐ 5. Dagtilbud bare psykisk helse
- ☐ 6. Andre – vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_

B2. Andre profesjoner ved ditt tjenestestedet

- ☐ 1. Sykepleier  
Antall: \_\_\_\_
- ☐ 2. Vernepleier  
Antall: \_\_\_\_
- ☐ 3. Sosionom/barnevernspedagog  
Antall: \_\_\_\_
- ☐ 4. Ergoterapeut

- Antall: \_\_\_\_\_
- ☐ 5. Fysioterapeut  
Antall: \_\_\_\_\_
- ☐ 6. Helsefagarbeider/hjelpepleier  
Antall: \_\_\_\_\_
- ☐ 7. Ufaglærte  
Antall ☐ 2. Deltid: \_\_\_\_\_
- ☐ 8. Andre – vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_  
Antall: \_\_\_\_\_

Jobber du tverrfaglig sammen med gruppene nevnt over: ☐ 1. Daglig ☐ 2. Ukentlig ☐ 3. Månedlig

### **Del C. Karakteristika ved din nåværende stilling**

C1. Stillingstittel: \_\_\_\_\_

C2. Typer av klinisk praksis

- ☐ 1. Individuelt arbeid (Individuelt ansvar for registrerte brukere)
- ☐ 2. Teamarbeid (Delt ansvar i teamet for registrerte brukere)
- ☐ 3. Integrert arbeid (Kombinasjon av individuelt og teamarbeid)

C3. Angi og grader ulike kliniske arbeidsmåter fra 1 til 9, hvor 1 indikerer det viktigste og 9 det minst viktige.

- \_\_\_\_\_ a. Direkte klinisk arbeid (samtaler, veiledning og behandling)
- \_\_\_\_\_ b. Møter med andre fagpersoner og tjenestesteder relater til brukeres behov og ønsker
- \_\_\_\_\_ c. Arbeid med Inntak- og vurderingssamtaler med brukere
- \_\_\_\_\_ d. Konsultasjon
- \_\_\_\_\_ e. Dokumentasjon av klinisk arbeid
- \_\_\_\_\_ f. Administrative arbeidsoppgaver
- \_\_\_\_\_ g. Veiledning
- \_\_\_\_\_ h. Undervisning
- \_\_\_\_\_ i. Annet

C4a. Angi gjennomsnittlig antall kontakter du har med brukere pr.uke

- \_\_\_\_\_ 1. Direkte og personlig kontakt
- \_\_\_\_\_ 2. Kontakt via telefon/sms
- \_\_\_\_\_ 3. Kontakt via E-post/sosiale medier

C4b. Angi gjennomsnittlig antall kontakter du har med brukere og deres familier/nettverk pr.uke

- \_\_\_\_\_ 1. Direkte og personlig kontakt
- \_\_\_\_\_ 2. Kontakt via telefon/sms
- \_\_\_\_\_ 3. Kontakt via E-post/sosiale medier

C5. Angi ulike terapeutiske arbeidsmåter du bruker i din kliniske praksis (vennligst kryss av alle som er aktuelle for deg)

- ☐ Psykoterapi
- ☐ Medikamentell vurdering og oppfølging
- ☐ Støttesamtaler
- ☐ Kriseintervensjon
- ☐ Veiledning og konsultasjon
- ☐ Relasjonsbygging

- ☐ Motivasjonsarbeid
- ☐ Familie- og nettverksterapi
- ☐ Annet – vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_

#### **Del D. Karakteristika ved brukere ved ditt tjenestested**

D1. Grader alderen til de brukergruppene som hyppigst benytter dine tjenestetilbud fra 1 til 8, hvor 1 indikerer den hyppigste gruppen og 8 den mest sjeldne gruppen.

- \_\_\_\_\_ a. Kvinne
- \_\_\_\_\_ b. Mann
- \_\_\_\_\_ c. Alder under 18 år
- \_\_\_\_\_ d. Alder mellom 18-25 år
- \_\_\_\_\_ e. Alder mellom 25-40 år
- \_\_\_\_\_ f. Alder mellom 40-50 år
- \_\_\_\_\_ g. Alder mellom 50-60 år
- \_\_\_\_\_ i. Alder over 60 år

D2. Grader etnisitet i brukergruppene som hyppigst benytter dine tjenestetilbud fra 1 til 7, hvor 1 indikerer den hyppigste gruppen og 7 den mest sjeldne gruppen.

- \_\_\_\_\_ a. Norsk
- \_\_\_\_\_ b. Skandinavisk
- \_\_\_\_\_ c. Europeisk
- \_\_\_\_\_ d. Amerikansk
- \_\_\_\_\_ e. Asiatisk
- \_\_\_\_\_ f. Afrikansk
- \_\_\_\_\_ g. Annet

D3. Grader samlivsstatus i brukergruppene som hyppigst benytter dine tjenestetilbud fra 1 til 3, hvor 1 indikerer den hyppigste gruppen og 3 den mest sjeldne gruppen

- \_\_\_\_\_ a. Singel
- \_\_\_\_\_ b. Kjæreste
- \_\_\_\_\_ c. Gift

D4. Grader de psykiske helsevansker som forekommer hos brukere du møter fra 1 til 9, hvor 1 indikerer de hyppigste forekommende psykiske helsevansker og 9 de minst hyppige.

- \_\_\_\_\_ a. Enkeltstående episode av psykisk helsevansker eller psykisk krise
- \_\_\_\_\_ b. Diagnostisert psykisk lidelse
- \_\_\_\_\_ c. Psykisk krise i relasjon til en diagnostisert psykisk lidelse
- \_\_\_\_\_ d. Fysisk lidelse og psykisk helsevansker
- \_\_\_\_\_ e. Ruslidelser
- \_\_\_\_\_ f. Fysisk lidelse i relasjon til rusbruk
- \_\_\_\_\_ g. Både psykisk helsevansker og rusbruk (ROP-lidelse)
- \_\_\_\_\_ h. Fysisk lidelse, psykisk helsevansker og rusbruk
- \_\_\_\_\_ i. Andre – vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_

D5. Grader lengden av tjenestetilbudet du gir til brukere du møter fra 1 til 7, hvor 1 er hyppigst og 7 minst hyppig.

- \_\_\_\_\_ a. Mindre enn en uke
- \_\_\_\_\_ b. Fra en uke til en måned
- \_\_\_\_\_ c. Lenger enn en måned og opptil 6 måneder
- \_\_\_\_\_ d. Lenger enn 6 måneder og opp til ett år
- \_\_\_\_\_ e. Lenger enn ett år
- \_\_\_\_\_ f. Fra 3 til 5 år
- \_\_\_\_\_ g. Lenger enn 5 år

D6. Grader antallet av kontakter du har med en bruker fra 1 til 4, hvor 1 er hyppigst og 4 er minst hyppig.

- \_\_\_\_\_ a. En gang
- \_\_\_\_\_ b. 2 - 5 ganger
- \_\_\_\_\_ c. 6 - 10 ganger
- \_\_\_\_\_ d. Mer enn 10 ganger

#### **Del E. Bakgrunnsspørsmål**

1. *Hva slags stilling har du?*

- Fagperson ☐
- Leder ☐
- Erfaringsmedarbeider ☐
- Annet ☐

2. *Bakgrunn for din deltakelse i kurstilbudet*

*Hvem tok initiativ til at du skulle delta i kurstilbudet?*

- Ledelsen ☐
- Jeg ☐
- Andre ☐

Vennligst spesifiser hvem andre:

.....  
.....

3. *I hvilken grad opplever du at du har behov for dette kurstilbudet?*

- Ikke i det hele tatt ☐
- I liten grad ☐
- I noen grad ☐
- I stor grad ☐

4. Kjennte du til recoverytilnærmingen fra tidligere?

Ja ☐

Nei ☐

Annet (vennligst spesifiser):

.....  
.....  
.....

5. Hvilke forventninger har du til kurstilbudet? (Du kan sette flere kryss):

Lære mer om hva recovery er ☐

Lære mer om hvordan arbeide med recovery ☐

Lære mer om hvordan invitere brukere med recoveryssamarbeid ☐

Lære mer om hvordan invitere med kollegaer i recoveryssamarbeid ☐

Lære mer om hvordan invitere med ledere i recoveryssamarbeid ☐

Få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med recovery ☐

Jeg har ingen forventninger ☐

Annet – (vennligst spesifiser):

.....  
.....  
.....  
.....

6. I hvilken grad føler du deg nå trygg på å .....

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

...arbeide med recovery? ☐ ☐ ☐ ☐

...foreslå recoverytilnærming

for brukere ☐ ☐ ☐ ☐

...foreslå recoverytilnærming

for fagfolk? ☐ ☐ ☐ ☐

7. Om første temadag - *Hvor enig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken ening eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Arbeidsplassen min la godt til rette for at jeg kunne delta ved kurstilbudet (skaffet vikar eller reduserte arbeidsbyrden m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegaer og brukere kan nyttiggjøre seg det jeg lærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledelsen min kan nyttiggjøre seg det jeg lærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk tilstrekkelig informasjon om kurstilbudet i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk god informasjon om recovery i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Første temadag fungerte godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temaene var relevante for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne var faglig dyktige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne hadde gode formidlingsevner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det pedagogiske opplegget første temadag var bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. *Hvor enig er du i.....*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken ening eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Tidspunktet for 1.temadag var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varigheten av 1.temadag var god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedet for 1.temadag var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat og drikke var god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Synspunkter og erfaringer - *Hvor enig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken ening eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Det er vanskelig å vite hvordan man skal arbeide recoveryorientert med enkeltbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å snakke om recovery med brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å snakke om recovery med pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er fint å gi råd eller veilede kollegaer om recovery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Første temadag har gjort at jeg er tryggere i å arbeide med recovery med brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Første temadag har gjort at jeg er tryggere i å arbeide med					

recovery med pårørende ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Første temadag har gjort at jeg  
er tryggere i å arbeide med

recovery med andre fagfolk ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Terskelen for å ta kontakt  
med erfaringsmedarbeidere

er lavere etter første temadag ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Jeg har lært mer om  
hvordan andre arbeider med  
recovery ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Jeg har endret oppfatning  
av kollegaer og andre

deltakere etter første temadag ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Første temadag har bidratt  
til at vi kan snakke samme  
språk på tvers av kollegaer  
og arbeidsplasser ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Første teamdag har hatt stor  
nytteverdi for meg ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Første teamdag har svart til  
mine forventninger ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

*10. Har du noen kommentarer til kurstilbudet eller evalueringen er det fint om du kan skrive  
det inn her:*

## **Del F. Recovery- og personorientert praksis i psykisk helse og rus - Ansattes versjon**

Vennligst kryss av på det tallet og i den ruten som viser mest korrekt hvordan de ulike utsagnene beskriver dine arbeidsmåter, verdier, oppfatninger og praksiser som ansatt innen psykisk helse.

	1	2	3	4	5		
	Helt uenig					Helt enig	
I/A= Ikke aktuelt							
V/I= Vet ikke							
Utsagn	1	2	3	4	5	I/A	V/I
1. I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i recovery og hjelpe dem til å føle seg komfortable.							
2. Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.							
3. Brukere kan bytte deres behandler eller kontaktperson om de ønsker.							
4. Brukere kan lett få tilgang til deres journal om de ønsker det.							
5. Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.							
6. Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.							
7. Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.							
8. Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.							
9. Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.							
10. Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.							
11. Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.							
12. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.							
13. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det.							
14. Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form, kontakt med familie og venner, hobbyer).							
15. Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.							
16. Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport eller hobbyer.							
17. Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).							
18. Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.							

19. Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.							
20. Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).							
21. Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.							
22. Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.							
23. Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.							
24. Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å fullføre eller å forlate tjenestetilbudet.							
25. Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.							
26. Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.							
27. Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.							
28. Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livstil og interesser.							

### **Personorientert praksis i psykisk helse.**

Fint om du krysser av for hvor enig eller uenig du er med de følgende utsagn om dine erfaringer med planen(e) (*det kan være individuell plan, behandlingsplan, kriseplan, plan hos NAV eller andre plandokumenter. Om du ikke har utarbeidet noen plan sammen med brukere, kryss av på linjen under*).

**Har ikke utarbeidet noen plan sammen med brukere: .....**

Skalaen går fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig), med ulike muligheter imellom. Det er også mulig å krysse for VI (vet ikke) hvis du ikke vet hvordan du skal vurdere et bestemt utsagn.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>VI</b>
<b>Svært</b>	<b>Delvis</b>	<b>Hverken enig</b>	<b>Delvis</b>	<b>Helt</b>	<b>Vet ikke</b>
<b>Uenig</b>	<b>uenig</b>	<b>eller uenig</b>	<b>enig</b>	<b>enig</b>	

		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>VI</b>
1.	Jeg tilbyr den enkelte en kopi av planen som vedkommende kan beholde.						
2.	Jeg skriver målene i planen med den enkeltes egne ord.						
3.	Planen er skrevet slik at den enkelte og hans/hennes familie kan forstå den. Når det er nødvendig å bruke fagspråk, forklarer jeg hva som menes.						
4.	Jeg spør den enkelte om å ta med aktiviteter og tiltak som er viktige for vedkommende i planen.						
5.	Jeg inkluderer den enkeltes sterke sider, interesser og ressurser i hans/hennes plan.						

6.	Jeg inkluderer de målene som den enkelte sier er viktige for han/henne i planen.						
7.	Jeg utvikler planen i samarbeid med den enkelte.						
8.	Jeg oppfordrer den enkelte til å lage en agenda for hans eller hennes planleggingsmøter.						
9.	Beboeren kan bytte sin behandler eller kontaktperson om denne vil det.						
10.	Beboeren kan lett få tilgang til sin journal eller behandlingsplan om denne ønsker det.						
11.	Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter som finnes i lokalmiljøet.						

### **Del G. Gradering av brukermedvirkning på systemnivå**

De følgende utsagnene er knyttet til sentrale arbeidsmåter innen psykisk helse- og rustjenester. Vennligst kryss av for den graderingen som representerer hvordan du **vanligvis** arbeider som fagperson, erfaringsmedarbeider eller leder innen psykisk helse- og rustjenestene. Det er ingen rette eller gale svar i graderingene.

Områder av brukermedvirkning på systemnivå	Gradering					
	Aldri eller veldig sjelden	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
1. Det sørges for at journalnotatene inneholder en tydelig oppsummering av beboerens egne meninger.						
2. Det opplyses om at brukerne kan motta kopier av dokumenter som omhandler deres egen behandling, bl.a. behandlingsplaner.						
3. Brukerne inviteres og motiveres til å lede sine egne ansvarsmøter og inviterer andre til å delta.						
4. Brukerne tar seg av sin egen økonomi og bestemmer selv over sine behov for støtte.						
5. Det holdes regelmessige møter der personene selv og fagpersoner snakker sammen, f.eks. planmøter, turer, aktiviteter.						
6. Spørreskjemaer om tjenestene fylles ut av personer som bruker tjenestene.						
7. Det arrangeres regelmessig beboermøte, husmøte eller andre fellesmøter hvor brukerne har innflytelse.						

<b>8. I hvilken grad har brukerne i fellesskap kontroll over et lite aktivitetsbudsjett?</b>						
<b>9. Brukerne deltar i vedlikehold og/eller oppgradering av lokalitetene og innflytelse på design og innredning.</b>						
<b>12. I hvilken grad delta brukerne i oppgradering og vedlikeholde av lokalitetene?</b>						

Spørreskjemaene i Recovery- og personorientert praksis i psykisk helse og rus - RSA – Ansattes versjon er en tilpasning av Recovery-Oriented Practice Questionnaire - Provider version, utviklet av O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005. Spørreskjemaet Personorientert planlegging er en tilpasning av Tondora, J., & Miller, R. (2009), Yale Program for Recovery and Community Health.

Ways to involve people forfattet av Peter Bates - se [www.peterbates.org.uk](http://www.peterbates.org.uk)

Alle de overnevnte skjemaene er oversatt til norsk ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Høgskolen i Sørøst-Norge (2014, 2017), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al., 2010).

## **Spørreskjema 2 «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune».**

Dette spørreskjemaet retter seg mot alle som har deltatt «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune». Hensikten med evalueringen er å vurdere nytteverdien av recoverydannelsen – i spørreundersøkelsen kalt «kurstilbudet». For å sikre best mulig kvalitet på evalueringen er det viktig at alle svarer på hele spørreskjemaet.

Det tar ca. 20 minutter å svare på skjemaet. Undersøkelsen gjøres anonymt, og det vil ikke være mulig å finne ut hvem som har svart på hvilket skjema. Bakerst i spørreskjemaet er det mulighet til å gi kommentarer. Vi oppfordrer dere til å benytte dette dersom dere har erfaringer eller synspunkt som ikke blir berørt ellers i spørreskjemaet.

Evalueringen gjennomføres av Høgskolen i Sørøst-Norge. For spørsmål eller kommentarer kan du kontakte prosjektleder Bengt Karlsson på epost [bengt.karlsson@usn.no](mailto:bengt.karlsson@usn.no) eller på telefon 90 64 90 78.

## **Del A. Generell informasjon**

### **A. Bakgrunnsspørsmål**

3. *Hva slags stilling har du?*

Fagperson ☐

Leder ☐

Erfaringsmedarbeider ☐

Annet ☐

4. *Hva er din høyeste fullførte utdanning?*

Videregående skole ☐

Universitet/høgskoleutdanning på bachelornivå (inntil 3 år) ☐

Videreutdanning ☐

Universitet/høgskoleutdanning på masternivå (mer enn 3 år) ☐

5. *Jeg er:*

Mann ☐

Kvinne ☐

6. *Alderen min er:*

20 - 30 år ☐

30 – 40 år ☐

40 - 50 år ☐

Over 50 år ☐

### **B. Bakgrunn for din deltakelse i kurstilbudet**

1. *Hvem tok initiativ til at du skulle delta i kurstilbudet?*

Ledelsen ☐

Jeg selv ☐

Andre ☐

Vennligst spesifiser hvem andre:

.....  
.....  
.....



2. I hvilken grad opplever du at du har hatt behov for dette kurstilbudet?

Ikke i det hele tatt ☐

I liten grad ☐

I noen grad ☐

I stor grad ☐

3. Kjente du til recoverytilnærmingen fra tidligere?

Ja ☐

Nei ☐

Annet (vennligst spesifiser):

.....  
.....  
.....

4. Hvilke forventninger hadde du til kurstilbudet? (Du kan sette flere kryss):

Lære mer om hva recovery er ☐

Lære mer om hvordan arbeide med recovery ☐

Lære mer om hvordan invitere brukere med i recovery samarbeid ☐

Lære mer om hvordan invitere med kollegaer i recovery samarbeid ☐

Lære mer om hvordan invitere med ledere i recovery samarbeid ☐

Få mer kjennskap til og kunnskap om andre som arbeider med recovery ☐

Jeg har ingen forventninger ☐

Annet – (vennligst

spesifiser):.....  
.....  
.....  
.....

5. I hvilken grad føler du deg nå trygg på å.....

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad
...arbeide med recovery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...foreslå recoverytilnærming for brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...foreslå recoverytilnærming for fagfolk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Om kurstilbudet**

1. Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Arbeidsplassen min la godt til rette for at jeg kunne delta ved kurstilbudet (skaffet vikar eller reduserte arbeidsbyrden m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegaer og brukere kan nyttiggjøre seg det jeg har lært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledelsen min kan nyttiggjøre seg det jeg har lært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk tilstrekkelig informasjon om kurstilbudet i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi fikk god informasjon om recovery i forkant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undervisningen fungerte godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temaene var relevante for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne var faglig dyktige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underviserne hadde gode formidlingsevner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det pedagogiske opplegget i kurstilbudet var bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. *Hvor enig er du i.....*

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Tidspunktet for kurstilbudet var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varigheten av kurstilbudet var god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedet for kurstilbudet var godt valgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat og drikke var god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. *Hvordan vil du vurdere nytteverdien av.....*

	Ikke nyttig	Lite nyttig	Ganske nyttig	Svært nyttig	Ikke relevant
...forelesningene i kurstilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....diskusjonene med deltakere fra andre arbeidsplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....diskusjonene med kollegaer fra samme arbeidsplass som meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....oppgavene vi fikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...det å dele erfaringer om recovery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. Synspunkter og erfaringer

##### 1. Hvor enig er du i følgende påstander?

Helt uenig   Delvis uenig   Hverken enig eller uenig   Delvis enig   Helt enig

Det er vanskelig å vite hvordan  
man skal arbeide recoveryorientert  
med enkeltbrukere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Det er vanskelig å snakke om  
recovery med brukere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Det er vanskelig å snakke om  
recovery med pårørende

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Det er fint å gi råd eller veilede  
kollegaer om recovery

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kurstilbudet har gjort at jeg  
er tryggere i å arbeide med recovery  
med brukere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kurstilbudet har gjort at jeg  
er tryggere i å arbeide med  
recovery med pårørende

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kurstilbudet har gjort at jeg  
er tryggere i å arbeide med  
recovery med andre fagfolk

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Terskelen for å ta kontakt  
med erfaringsmedarbeidere  
er lavere etter kurstilbudet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fortsettelse: Hvor enig er du i følgende påstander?

Helt uenig   Delvis uenig   Hverken enig eller uenig   Delvis enig   Helt enig

Jeg har lært mer om

hvordan andre arbeider med

recovery

☐☐☐☐☐

Jeg har endret oppfatning

av kollegaer og andre

deltakere etter kurstilbudet

☐☐☐☐☐

Kurstilbudet har bidratt

til at vi kan snakke samme

språk på tvers av kollegaer

og arbeidsplasser

☐☐☐☐☐

Kurstilbudet har hatt stor

nytteverdi for meg

☐☐☐☐☐

Jeg føler meg tryggere i

jobben etter kurstilbudet

☐☐☐☐☐

Kurstilbudet har svart til

mine forventninger

☐☐☐☐☐

Har du noen kommentarer til kurstilbudet eller evalueringen er det fint om du kan skrive det inn her:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Recovery- og personorientert praksis i psykisk helse og rus - Ansattes versjon**

**Vennligst kryss av på det tallet og i den ruten som viser mest korrekt hvordan de ulike utsagnene beskriver dine arbeidsmåter, verdier, oppfatninger og praksiser som ansatt innen psykisk helse.**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**Helt uenig**

**Helt enig**

**I/A= Ikke aktuelt**

**V/I= Vet ikke**

<b>Utsagn</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>I/A</b>	<b>V/I</b>
1. I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i recovery og hjelpe dem til å føle seg komfortable.							
2. Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.							
3. Brukere kan bytte deres behandler eller kontaktperson om de ønsker.							
4. Brukere kan lett få tilgang til deres journal om de ønsker det.							
5. Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.							
6. Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.							
7. Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.							
8. Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.							
9. Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.							
10. Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.							
11. Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.							
12. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.							
13. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det.							
14. Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form, kontakt med familie og venner, hobbyer).							
15. Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.							
16. Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport eller hobbyer.							
17. Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).							
18. Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.							

**Fortsettelse; Vennligst kryss av på det tallet og i den ruten som viser mest korrekt hvordan de ulike utsagnene beskriver dine arbeidsmåter, verdier, oppfatninger og praksiser som ansatt innen psykisk helse.**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**Helt uenig**

**Helt enig**

**I/A= Ikke aktuelt**

**V/I= Vet ikke**

19. Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.								
20. Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).								
21. Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.								
22. Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.								
23. Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.								
24. Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å fullføre eller å forlate tjenestetilbudet.								
25. Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.								
26. Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.								
27. Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.								
28. Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livstil og interesser.								

### Gradering av brukermedvirkning på systemnivå

De følgende utsagnene er knyttet til sentrale arbeidsmåter innen psykisk helse- og rustjenester. Vennligst kryss av for den graderingen som representerer hvordan du **vanligvis** arbeider som fagperson, erfaringsmedarbeider eller leder innen psykisk helse- og rustjenestene. Det er ingen rette eller gale svar i graderingene.

Områder av brukermedvirkning på systemnivå	Gradering					
	Aldri eller veldig sjelden	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
1. Det sørges for at journalnotatene inneholder en tydelig oppsummering av brukernes egne meninger.						
2. Det opplyses om at brukerne kan motta kopier av dokumenter som omhandler deres egen behandling, bl.a. behandlingsplaner.						
3. Brukerne inviteres og motiveres til å lede sine egne ansvarsmøter og invitere andre til å delta.						
4. Brukerne tar seg av sin egen økonomi og bestemmer selv over sine behov for støtte.						
5. Det holdes regelmessige møter der brukerne selv og fagpersoner snakker sammen, f.eks. planmøter, turer, aktiviteter.						
6. Spørreskjemaer om tjenestene fylles ut av personer som bruker tjenestene.						
7. Det arrangeres regelmessig beboermøte, husmøte eller andre fellesmøter hvor brukerne har innflytelse.						
8. I hvilken grad har brukerne i fellesskap kontroll over et lite aktivitetsbudsjett?						
9. Brukerne deltar i vedlikehold og/eller oppgradering av lokalitetene og innflytelse på design og innredning.						

Spørreskjemaene i Recovery- og personorientert praksis i psykisk helse og rus - RSA – Ansattes versjon er en tilpasning av Recovery-Oriented Practice Questionnaire - Provider version, utviklet av O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005. Spørreskjemaet Personorientert planlegging er en tilpasning av Tandora, J., & Miller, R. (2009), Yale Program for Recovery and Community Health. Ways to involve people forfattet av Peter Bates - se [www.peterbates.org.uk](http://www.peterbates.org.uk)

Alle de overnevnte skjemaene er oversatt til norsk ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Høgskolen i Sørøst-Norge (2014, 2017), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al., 2010).



## Vedlegg 4. KOR-skjemaer

### FORVENTINGER TIL VERKSTED FOR ERFARINGSDELING

<b>Dato</b>
-------------

Kan du ved å sette et merke på linjen prioritere og ved hjelp av stikkord konkretisere hva du ønsker at verksted for erfaringsdeling skal fokusere på?

---

#### Kunnskaper:

økte kunnskaper og nye perspektiver i forhold til mitt samarbeid med brukere om recovery

Mindre viktig

I-----

Viktig

Konkretisering: .....  
.....  
.....

#### Refleksjon:

fordypning rundt holdninger, valg, dilemmaer, og praktiske gjøremål i recoveryarbeidet

Mindre viktig

I-----

Viktig

Konkretisering: .....  
.....  
.....

#### Ferdigheter:

økte ferdigheter i arbeidet med recovery i praksis

Mindre viktig

I-----

Viktig

Konkretisering: .....  
.....  
.....

#### Mestring:

økt tro på meg selv og større trivsel med meg selv i arbeidet med recovery

Mindre viktig

I-----

Viktig

Konkretisering: .....  
.....

Skjemaet er inspirert av Asbjørn Kärki Ulvestad (2011) og videreutviklet ved Senter for psykisk helse og rus (2017).

## UTBYTTE AV VERKSTED FOR ERFARINGSDELING

Dato

Gi en vurdering av verksted for erfaringsdeling i dag ved å sette et merke på linjen slik at det passer best din egen opplevelse.

---

### **Kunnskaper:**

økte kunnskaper og nye perspektiver i mitt samarbeid med brukere om recovery

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

### **Refleksjon:**

fordypning rundt holdninger, valg, dilemmaer, og praktiske gjøremål i recoveryarbeidet

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

### **Ferdigheter:**

økte ferdigheter i arbeidet med recovery i praksis

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

### **Mestring:**

økt tro på meg selv og større trivsel med meg selv i arbeidet med recovery

Stemmer ikke

I-----

Stemmer

Kommentarer: .....

.....

.....

Skjemaet er inspirert av Asbjørn Kärki Ulvestad (2011) og videreutviklet ved Senter for psykisk helse og rus (2017).

## VURDERING AV VERKSTED FOR ERFARINGSDELING

**Dato**

Gi en vurdering av verksted for erfaringsdeling i dag ved å sette et merke på linjen slik at det passer best din egen opplevelse.

\_\_\_\_\_

—

### Jeg ble forstått og respektert

Nei, i liten grad I----- Ja, i stor grad

### Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om

Nei, i liten grad I----- Ja, i stor grad

### Verksted for erfaringsdeling hadde en form som passet meg

Nei, i liten grad I----- Ja, i stor grad

### I det store og hele var verksted for erfaringsdeling nyttig for meg

Nei, i liten grad I----- Ja, i stor grad

Kommentarer: .....

.....

.....

.....

.....

Skjemaet er inspirert av Asbjørn Kärki Ulvestad (2011) og videreutviklet ved Senter for psykisk helse og rus (2017).

## **Vedlegg 5.**

### **Intervjuguide til bruk i fokusgrupper**

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

#### ***Hvilke tanker hadde dere om behovet for opplæring og med prosjektet knyttet til «Recoverydannelse i Drammen kommune og Nedre Eiker kommune»?***

Har deres forståelse av begrepet recovery endret seg i løpet av prosjektet? På hvilke måter?

Hva har i så fall bidratt til denne endringen?

#### ***Har prosjektet bidratt til å fremme samarbeid om recovery på din arbeidsplass?***

Om så hvordan og hvorfor?

#### ***Hvordan bruker dere recovery i deres fagutøvelse?***

#### ***Hvordan bruker dere recovery i samarbeid med brukere av tjenestene?***

Hva er fordelene med recovery? Hva opplever dere som den største utfordringen med å bruke recovery i praksis? Hva er nytteverdien av recovery i deres yrkesutøvelse?

#### ***Hvordan fungerer kunnskapsspredningen på deres arbeidsplass og overfor brukere, pårørende?***

Opplever dere at ledelsen bruker deres kompetanse om recovery? Hvordan har verkstedet for erfaringsdeling fungert? Har det øvrige personellet på deres arbeidsplass blitt satt inn i arbeidet med recovery?

#### ***Hvordan har «recoverydannelse» bidratt i forhold til deltagelse i og samarbeid med lokalmiljø?***

#### ***Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.***

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i denne fokusgruppen?

Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?

Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

## Vedlegg 6.



### Tilbakemelding fra personvernombudet 47187

Bengt Karlsson  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag Høgskolen i Sørøst-Norge  
3603 KONGSBERG

Vår dato: 08.03.2017

Vår ref: 52355 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.01.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52355                      *Recoverydannelse i Drammen og nedre Eiker kommuner*  
*Behandlingsansvarlig Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder Daglig*  
*ansvarlig Bengt Karlsson*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48  
Vedlegg: Prosjektvurdering

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 52355

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

## Vedlegg 7.

### Velkommen til «Startskudd» seminar for programmet Recoverydannelse!

**Tid:** torsdag 16. februar kl.09.00-11.55: Auditoriet ved Skap gode dager

**Sted:** Wergelandsgate 13, 3019 Drammen.

Målgruppen for startskuddseminaret er ledere, ressurspersoner/Recoveryagenter, brukere og andre ansatte i Senter for Rusforebygging (SFR), Psykiske helsetjenester i Drammen og Nedre Eiker kommune.

Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), Senter for psykisk helse og rus vil ha ansvar for det faglige innholdet i programmet. I selve forløpet til Recovery dannelsen vil det være 30 deltagere fra de nevnte kommuner.

Påmelding sendes per mail til: [evelyn.skallstad@drmk.no](mailto:evelyn.skallstad@drmk.no)

### Programmet for «Startskudd» seminaret:

**Kl.09.00 – 0910:** Åpning ved Virksomhetsleder Lisbeth Bakken ved Utviklingsenheten Skap gode dager, Helse,- sosial og omsorg Drammen kommune samt Kommunalsjef for Helse og omsorg i Nedre-Eiker kommune, Hege Rokke.

**Kl.09.15 – 0930:** Nærmere informasjon om satsningen på Recovery og Handlingsplanen for Drammen og Nedre-Eiker kommune v/Liv- Elisabeth Havneraas, Thor Henning Martinsen, Bjørn Thollesen, Liv Torild Mytting og Marit Koldbræk

**Kl. 0930 – 1000:** Erfaringskonsulent ved SFR Bjørn Thollesen: «Å bli sett»

**Kl. 1000 – 1015:** Pause

**Kl.1015 – 10.40:** Gruppeleder Christer Vindheim fra Psykisk helse i Nedre-Eiker kommune: «Fra isolasjon til gruppeleder»

**Kl.1040 – 1050:** Pause

**Kl.10.50:** «Hva kan recovery være?» ved Bengt Karlsson

**Kl.11.30:** Servering av enkel lunsj

**Kl.12. – 15.30:** Denne delen av dagen finner sted i møterom Hippokrates i underetasjen ved «Skap gode dager». Dette vil være for deltakerne i Recoverydannelsen. Målgruppe er brukere, ledere og ressurspersoner/recoveryagenter.

## Vedlegg 8.

Rose-Marie Bank, Therese Austrheim Johnson og Tommy Lunde Sjøfjell sine forslag til gruppearbeid og diskusjonstemaer i recoverydanning:

### FORSLAG TIL DISKUSJON

1. Bruk av skjønn blir fremhevet som en vesentlig del av det å være en reflekterende praktiker. Tillater systemet skjønnbruk?
2. Drøft eksempler fra egen praksis der dere mener at dere lykkes med å bruke gummirammer og skjønn?
3. Hvorfor bør man legge til brukere på facebook/gi sitt private telefonnummer, eller hvorfor bør man ikke gjøre det?
4. Flere fagpersoner har uttalt at de kunne vært min NAV behandler, og at det å ha troen på oss er utfordrende, er det noe dere kan kjenne dere igjen i?

### GRUPPEARBEID

- Vi blir ofte spurt om våre personlige drømmer og mål i møte med dere og tjenestene.

Hva er deres drømmer og mål for tjenestene? Hovedmål og delmål

- Hvordan jobber dere for å påpeke urett, diskriminering og uverdige tjenesteforhold? Er det romslighet i tjenestene for å varsle?

Presentasjon i plenum, 5-10 minutter



## Referanser

- Andersen, T. (1999). Et samarbeid – av noen kalt veiledning. I M. H. Rønnestad, & S. Reichelt (Ed.), *Psykoterapiveiledning* (s.151-162). Oslo: Tano Aschehoug.
- Anderson, H. (2008). The Heart and Spirit of Collaborative Therapy: The Philosophical Stance – “A Way of Being” in Relationships and Conversation. I H. Anderson & D. Gehart, *Collaborative Therapy. Relations and Conversations that make a Difference*. New York: Routledge.
- Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A., & Topor, A. (2016). *Från patient till person – Om allvarliga psykiska problem, Vardag, vård och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1(2), 24–36.
- Barbour, R.S. & J. Kitzinger (1999). *Developing Focus Groups Research: Politics, Theory and Practice*. London: SAGE Publications.
- Bolstad, I. (2017). *Å se seg spørrende omkring. Introduksjon til en ny pedagogisk filosofi*. Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. PhD-avhandling. Institutt for sosial arbeid og helsevitenskap (ISH), Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT), NTNU, Trondheim.
- Borg, M. & Askheim, O.P. (2010). Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer ’brukbar’ kunnskap?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2)100-110.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser*. Trondheim: NAPHA.
- Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23–31.
- Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Lawless, M. S., & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Drammen kommune (2015) Temaplan for Helse – sosial og omsorg 2015-2018Drammen kommune (2016) Kompetansestrategien 2016 – 2019.
- Eidsvåg, I. (2011) Å fyllbyrde sin egen form. Et program for dannelse. I B. Hagtvedt & G. Ognjenovic (red.), *Dannelse: tenkning, modning refleksjon* (s. 156–170). Oslo: Dreyer.

- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. 2011:1.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for psychotherapists: Researching the lived world*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Finlay, L. (2012). *Five Lenses for the reflexive interviewer*, in J.Gubrium, J.Holstein, A.Marvasti & J.Marvasti (Eds.). *Handbook of Interview Research*. CA: Sage Publications.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540.
- Hansen, F. T. (2008). *At stå i det åbne – dannelse gennem filosofisk undren og nærvær*. København: Hans Reizels Forlag.
- Hellesnes, J. (1975). *Sosialisering og teknokrati: Ein sosialfilosofisk studie med særleg vekt på pedagogikkens problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om Mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Veileder IS-2076.
- Hernes, G. (2011). Statsdannelse og allmenndannelse. I B. Hagtvedt & G. Ognjenovic (red.), *Dannelse: tenkning, modning refleksjon* (s. 69–83). Oslo: Dreyer.
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview – a relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10, 3-14.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Kim, H.S. (2015). *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. En studie av sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Senter for psykisk helse og rus*. Drammen: Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
- Karlsson, B. (red.) (2015). *Det går for sakte....i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Krane, V. (2016). *Å ta opp uro – en tilnærming for å hindre frafall blant elever i den videregående skole: En studie om opplæring, bruk og veiledning om å ta opp uro for elever ved to videregående skoler* (Forskningsrapport; 2-2016, Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Sørøst-Norge).
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksiser*.

- Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvamme, I., Ekberg, J.I. & Stalsberg Mydland, T. (2014). *Samarbeid for fremtiden. Midtveisnotat*. A-Larm & Agderforskning.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 99(6), 445-452.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62, 1470–1476.
- Mandelid, L. J., Lid, B., & Färdig, R. (2013). IMR- Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnærminger i et dagbehandlingsprogram ved psykoser. *Dialog: bulletin for SEPREP*, 23(2), 44–54.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe.
- McLean, J. (2015). Recovery-focussed leadership in the NHS. *Mental Health and Social Inclusion*, 19(2), 87–94.
- Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. [Multicenter Study]. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 32–43.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). *Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach*. *Advances in Mental Health*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Read, J. (2004). Poverty, ethnicity and gender. I Read, J., Mosher, L. R. & Bentall, R. P. (red.), *Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (s. 161–195). ISPS. New York (NY): Brunner-Routledge.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery. A model for mental health practice*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Shepherd, G. Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury. Centre for Mental Health.

- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Health Illness. A Personal Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*. Oversatt av I. Wormdahl & L. B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Slade M., & Longden, E. (2015). *The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?* Victoria: MI Fellowship.
- WHO (2013). *Mental health action plan 2013 – 2020*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

**Recoverydannelse i Drammen  
og Nedre Eiker kommuner**

Rose-Marie Bank, Marit Borg  
Tommy Lunde Sjøfjell, Esther Ogundipe  
Therese Austrheim Johnson og Bengt Karlsson

ISBN: 978-82-8290-026-3

© SFPR – Senter psykisk helse og rus  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Høgskolen i Sørøst-Norge

[usn.no/sfpr](http://usn.no/sfpr)

