



Universitetet i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato:	03-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	15-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	222 MOPP900 2 MO 2017 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Navn:	Martina Luzia Katharina Midtgarden
Kandidatnr.:	6032
USN-id:	136345@usn.no

Gruppe

Gruppenavn:	Enmannsgruppe
Gruppenummer:	2
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Recovery – «det er sånn vi tenker»

Psykiske helsearbeiderne sine forståelser av begrepet recovery

Martina Midtgarden



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

15.05.2018



FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP
 Papirbredden, Drammen Kunnskapspark
 Grønland 58
 3045 DRAMMEN

Navn: Martina Midtgarden	Dato: 15.05.2018
Tittel og undertittel: Recovery – «det er sånn vi tenker» Psykiske helsearbeiderne sine forståelser av begrepet recovery	
<p><u>Sammendrag:</u> Recovery er blitt et nøkkelperspektiv innen psykisk helsearbeid i mange land og stadig flere land har eller er i ferd med å implementere recovery-orientert praksis. Også i Norge gis det politiske og faglige føringer om at psykiske helsearbeidere bør arbeide recoveryorientert. Målet med studien er å undersøke hvordan psykiske helsearbeidere i kommunal tjeneste forstår begrepet recovery og hvordan de beskriver sin praktiserering ut fra sin forståelse. Studien er basert på en tematisk analyse av to fokusgruppeintervjuer med til sammen 9 psykiske helsearbeidere i kommunale tjenester for psykisk helse og rus fra to ulike kommuner. Funnene indikerte at helsearbeidere overveiende så på recovery som en individuell prosess som personen med psykiske lidelser gjennomgår for å oppnå et bedre liv og som helsearbeidere var innstilt på å støtte opp under. Informantene beskrev sin praksis først og fremst som en personorientert tilnærming og sin rolle som støttefunksjon. Sentralt for helsearbeidere var å finne fram til personens ressurser og egne mål for å ha en retning å gå etter i sin støtte. Funn tyder på at helsearbeidernes forståelse var preget av ulike betingelser i kommunene for å kunne arbeide recoveryorientert, f. eks. grunnet ulike tjenestetilbud for personer med psykiske helse- og rusproblemer, og ulik grad av tjenestens prioritering av recovery. Mer forskning vil kunne gi et bredere kunnskapsgrunnlag for å finne ut i hvilken grad psykiske helsearbeidere og tjenester vektlegger en kontekstuell forståelse av recovery i sin praksis.</p>	
<p>Nøkkelord: Begrepet recovery – begrepsforståelse – psykiske helsearbeidere – kommunal tjeneste – recoveryorientert praksis</p>	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES
 Papirbredden Drammen Kunnskapspark
 Grønland 58
 3045 DRAMMEN

Name: Martina Midtgarden	Date: 15.05.2018
Title and subtitle: Recovery – «that`s how we are thinking» Mental health professionals' understanding of the concept of recovery	
<p><u>Abstract:</u> Recovery has become a key concept in mental health care in many countries and several countries have implemented recovery-oriented practice in their national mental health care system. In Norway health care professionals are expected to practice recovery-oriented. The purpose of this study is to explore how mental health care professionals in community mental health care understand the concept of recovery and how they describe their practice through such understanding. The study uses thematic analysis method for analysing two focus group interviews with in total nine mental health practioners in community health care from two communities. The results suggest that the informants had an overall understanding of recovery as a personal process of obtaining a meaningful life despite presence of mental health problems. The mental health professionals in the study reported that they seek to provide support in such personal processes. The informants described their practice mainly as a person centered approach. Identifying the person's own resources and goals provide direction for giving support. The results indicate that the informants' understanding of the concept of recovery depended on local conditions for providing services and on local priorities for recovery-oriented practice. More research is needed to establish whether and to what extent mental health care professionals enertain a contextual understanding of recovery.</p>	
<p>Key words: The concept of recovery – understanding – mental health practioners – community health care – recoveryoriented practice</p>	

FORORD

Å skrive denne masteravhandlingen har vært en lærerik og spennende prosess for meg. Jeg vil her bruke anledning til å takke alle støttespillere som har hjulpet meg med å gjennomføre dette prosjektet. Jeg er glad og lettet over å ha fått det til. Takk til min veileder Knut Ivar Bjørlykhaug for sin oppmuntring hele veien og god faglig oppfølging. Det ga meg trygghet. Takk til studiedeltakere og tjenesteledere som støttet dette studieprosjektet. Dere gjorde hele prosjektet først mulig. Takk til min kjære mann Torjus og mine barn Simon og Solveig for deres kjærlige støtte og tålmodighet med en partner og mor som litt for ofte måtte prioritere jobbing og skriving. Takk også til Stina Øresland og Kristin Bakke og alle medstudenter fra masterseminarene for sine verdifulle tilbakemeldinger og innspill. Takk til min leder Marianne Våge Berland som har støttet meg ved å innvilge meg permisjon. Takk til alle gode kollegaer og venner som støtter meg uansett. Det er uvurderlig å vite at dere finnes – særlig i denne krevende tiden som masterprosjektet var for meg.

Loddefjord, 08.05.2018

Martina Midtgarden

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Forord.....	5
Innholdsfortegnelse.....	7
 1.0 INNLEDNING.....	 9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Temaets relevans.....	11
1.3 Problemstilling.....	11
1.3.1 Begrepsavklaringer.....	12
1.4 Formålet og avgrensning av studien.....	13
1.5 Disposisjon av oppgaven.....	13
1.6 Egen forforståelse.....	14
1.7 Litteratursøk.....	15
1.8 Kunnskapsoppsummering.....	16
1.9 Kontekst.....	19
 2.0 TEORETISK FORANKRING.....	 22
2.1. Begrepet recovery.....	22
2.2 Klinisk recovery.....	23
2.3 Personlig recovery.....	23
2.4 Recovery som personlige og sosiale prosesser.....	25
2.5 Et teoretisk rammeverk for personlig recovery.....	27
2.6 Kort oppsummering.....	28
2.7 Hva betyr recovery i praksis?.....	29
2.7.1 Et begrepsmessig rammeverk etter Le Boutillier et al. (2011).....	30
2.7.2 Recoveryprinsipper etter Karlsson & Borg (2017).....	31
2.8 En etisk forståelse av relasjonen	32
 3.0 METODOLOGI.....	 34
3.1 Refleksjoner rundt valg av vitenskapsfilosofisk forankring.....	35
3.2 Vitenskapsfilosofisk fundament i psykisk helsearbeid	35
3.3 Fenomenologi og hermeneutikk	36
3.4 Studiedesign og -metode.....	37
3.5.1 Definerings av utvalg.....	38
3.5.2 Rekruttering.....	39
3.5.3 Datainnsamling.....	40
3.5.4 Beskrivelse av utvalg.....	41
3.6 Forskningsetiske overveielser.....	41
3.7 Metode for datanalyse.....	43
3.8 Analyse.....	43
3.9 Beskrivelse av analyseprosessen.....	44

4.0	FUNN.....	48
4.1	Tema 1 «Recovery – det er sånn vi tenker».....	48
4.1.1	Recovery er kjent.....	48
4.1.2	Holdninger og forståelser.....	48
4.2.3	Målet med recovery.....	49
4.2	Tema 2 «Å heile tida gå i lag med brukeren».....	50
4.2.1	Syn på egen rolle og funksjon.....	50
4.2.2	Ressurstenkning.....	52
4.2.3	Prosesstenkning.....	53
4.3	Tema 3 «Vi vil så gjerne».....	55
4.3.1	Målsetting.....	55
4.3.2	Hva er pasientens beste?.....	55
4.3.3	Finne maktbalanse.....	56
4.4	Tema 3 «Utenomting».....	57
4.4.1	Bolig og økonomi.....	57
4.4.2	Betydning av aktiviteter og gruppetiltak.....	58
4.4.3	Nettverksarbeid.....	60
4.4.4	Arbeidsbetingelser og recovery.....	61
5.0	DISKUSJON.....	62
5.1	Fortolkning i lys av teori.....	62
5.2	Fortolkning i lys av kontekstbetingelser.....	70
6.0	KONKLUSJON.....	72
	KILDELISTE.....	73
	<i>Oversikt og tabeller og figurer.....</i>	80
	<i>Vedlegg.....</i>	81
	1: Kvittering NSD.....	81
	2: Informasjonsbrev og forespørsel.....	84
	3: Forespørsel tilleggsopplysninger.....	86
	4: Intervjuguide.....	87

«Men i det med recovery så ligger jo litt den holdningen til brukere, sant? Den troen på at en har ressursene til å komme seg sjølv. At vi kan hjelpe med å finne fram de ressurser, (...), å finne fram til 'kor er det du vil hen?' Ka er det du treng i livet ditt for å ha det best mulig, sant?» (Sitat av en studiedeltaker)

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Psykiske lidelser¹ er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av ett år og ca. halvparten vil rammes i løpet av livet ifølge Helsedirektoratet (2016, s.12/13). Langvarig lidelse kan ha alvorlige konsekvenser for den enkelte knyttet til redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon. Psykisk helsearbeid er et fag- og praksisfelt rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykiske helse- og rusproblemer (Hummelvoll, 2012, s. 554; Helsedirektoratet, 2014, s.8).

Samfunnsoppdraget søker videre å «*endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting*» der «*[h]ensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø*» (Redaksjonen i tidsskrift for psykisk helsearbeid 2008, s.102).

I denne avhandlingen ønsker jeg² å fokusere på et grunnleggende begrep og perspektiv innen psykisk helsearbeid – recovery³, på norsk også betegnet som bedringsprosesser. Både som fagperson og samfunnsborger identifiserer jeg meg med verdigrunnlaget for psykisk helsearbeid.

Recoveryperspektivet er dessuten nært knyttet til et syn på psykisk helse slik Verdens helseorganisasjon legger opp til. Psykisk helse anses som fundamental for oss mennesker for at vi skal kunne tenke, uttrykke oss, interagere med andre, tjene til livsopphold og nyte livet. Psykisk helse

¹ Begrepet 'psykisk lidelse' er ikke entydig definert, men betyr vanligvis at personer oppfyller kriterier for en medisinsk diagnose, ofte for alvorlige og langvarige psykiske problemer. Ordet 'lidelse' referer til personens egen opplevelse av helseutfordringene.

² Jeg referer til meg selv som «jeg» i denne oppgaven. Jeg anser meg selv som subjekt og ønsker å bruke et vanlig men saklig språk for å henvende meg direkte til leseren og formidle denne studien.

³ Det engelske ordet 'recover' betyr oversatt «å ta tilbake» eller «få igjen» (Karlsson & Borg, 2017, s.40). Jeg forholder meg videre i avhandlingen til det engelske ordet da 'recovery' er blitt et innarbeidet faglig begrep og perspektiv i psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2017, s. 12).

er en integrert del av vår helse og mer enn fravær av sykdom. «*Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community*» (WHO, 2018).

For mennesker med psykiske helse- og rusproblemer betyr recovery å komme seg, å hente seg inn igjen, gjenvinne helse og livskvalitet. Det referer til alt personen selv gjør for å håndtere virkningene av psykisk lidelse og leve et meningsfullt liv, understreker Borg (2009, s.452). Recovery betyr ikke nødvendigvis «*et liv uten problemer, men et bedre liv sett fra brukerens ståsted*» skriver Landheim & Biong (2016, s. 13).

I psykisk helsearbeid går man ut fra at recovery er mulig for personer med psykiske helse- og rusproblemer. «*Godt psykisk helsearbeid starter med å søke etter en fruktbar grunn for den enkeltes vei mot å komme seg og hente seg inn igjen*» skriver Hummelvoll (2012, s. 56). Recoveryorientert arbeid dreier seg derfor om å støtte personer med psykiske helse- og rusproblemer i sin bedringsprosess med å oppnå sine mål for et godt liv, fremme helse, velvære og sosial integrering (Piat & Lal, 2012, s.290). Innsats og støtte bør foregå både på personlig plan, men også på organisasjons- og samfunnsnivå fremhever Karlsson & Borg (2017, s.79).

Recoveryorientert praksis har utviklet seg til et helsepolitisk satsingsområde i mange land, særlig i engelskspråklige land som Storbritannia, Irland, USA, Australia, New Zealand og Canada (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011, s.445; Le Boutillier et al., 2015b, s.1; Piat & Lal, 2012 s.289). Flere land har eller er i ferd med å implementere recovery-orientert praksis i sine nasjonale helsesystemer. Også i Norge gis det faglige føringer om at psykiske helsearbeidere bør arbeide recoveryorientert (Helsedirektoratet, 2014, s.31). Flere steder i landet har det i de siste årene oppstått ulike initiativer om å utvikle nye tjenester (Karlsson & Borg, 2017, s.82), f.eks. recoveryverksteder i Asker kommune eller kommunalt recovery-nettverk (Kron).

Det er blitt fremhevet at recoveryorientering vil medføre et skifte i måten psykiske helsetjenester tradisjonelt er blitt utøvet på. Dette skiftet innebærer å ikke lenger se på individet som en pasient, da dette markerer et syn på mennesket som grunnleggende forskjellig og som derfor trenger behandling før en kan komme seg videre i livet bemerker Slade (2012, s.703). Man bør isteden se på vedkommende som en person som anstrenger seg for å leve et best mulig liv – akkurat som de fleste gjør uten psykiske helseproblemer. Økt satsing på recoveryorientering krever utvikling av andre verdier, tjenestemål, praksiser samt endringer i maktforhold (Piat & Lal, 2012, s.290; Cleary & Dowling, 2009, s.540). Verdier og strategier for å støtte opp under recovery er knyttet til klientsentrert, samarbeid, empowerment og fokus på ressurser heller enn på mangler. For at recovery-orientert praksis skal hjelpe klienten må den profesjonelle speile håp, valg, verdighet,

respekt og sosial støtte, fremme meningsfulle aktiviteter og fremme mål og mening i livet (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hyman, 2009, s.326). Ifølge Biong & Borg forutsetter recoveryorientert praksis «økt kontroll for personen, reduserte maktforskjeller, langt større fokus på sosial inkludering og kontakt med lokalmiljøet, et hovedfokus på «livet utenfor problemene» og håp» (2016, s.25).

1.2 Temaets relevans

Den aktuelle internasjonale helsepolitiske diskursen er for tiden fokusert på hvordan psykiske helsetjenester operasjonaliserer recovery i praksis ifølge Gaffey, Evans & Walsh (2016, s.388).

«While the focus of recovery may be on service users`experiences and perceptions of their illness, the approach places a strong emphasis on practitioners to apply the recovery model» (Gale & Marshall-Lucette, 2012, s.349).

I denne situasjonen er det relevant å spørre hvordan profesjonelle hjelpere forstår recovery – et tema som er blitt viet lite oppmerksomhet i forskningssammenheng (Piat & Lal, 2012, s.289).

Psykiske helsearbeidernes forståelse av begrepet recovery er sentralt for å kunne praktisere recoveryorientert (Le Boutillier et al., 2015b, s.1). I internasjonal forskning identifiseres mangelen på felles forståelse for hva recovery betyr og hvordan det kan operasjonaliseres som en hovedutfordring for psykiske helsearbeidere (Le Boutillier et al., 2015a, s. 432, Le Boutillier et al., 2015b s.1). Så vidt meg bekjent er det ikke forsket på hvordan norske helsearbeidere forstår recovery.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt lyder:

Hvordan beskriver psykisk helsearbeidere i kommunal tjeneste sin forståelse av begrepet⁴ recovery og sin praktisering ut fra sin forståelse av det?

Problemstillingen representerer også studiens forskningsspørsmål.

⁴ Ifølge Borg, Karlsson & Stenhammer (2013, s. 18) tillegges recovery som begrep og kunnskapsområde forskjellig innhold og forståelse. Recovery oppfattes i min studie ikke som en normativt definert størrelse men som hvordan psykiske helsearbeidere faktisk beskriver sine forståelser av meningsinnholdet knyttet til uttrykket «recovery». Slik sett svarer min problemstilling til forskningsspørsmål innen internasjonal forskning i feltet, se f. eks. Aston & Coffey (2012).

1.3.1 Begrepsavklaringer

Psykisk helsearbeider

«Psykisk helsearbeider» er betegnelse for flere yrkesgrupper som jobber i ulike tjenester med mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Det inkluderer ulike helse- og sosialfaglige profesjoner og andre, f. eks. pedagoger. Ifølge Helsedirektoratet (2014, s.77) har hoveddelen av ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid høyere utdanning, og flere har spesial- eller videreutdanning.

Kommunal tjeneste

Kommunalt psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen og. Arbeidet er forankret i forsvarlighetskravet innenfor Helse- og omsorgstjenesteloven og retten til nødvendig hjelp i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2014, s. 76). Kommunene kan bestemme selv hvordan de organiserer tjenestetilbudet så lenge den enkeltes helsefaglige tilbud og oppfølging er sikret (Helsedirektoratet, 2014, s.119). Det innebærer at tjenestetilbud og -utforming kan være forskjellige i ulike kommuner.

Med tanke på dette masterprosjektet fokuserer jeg på en bestemt kommunal tjeneste - ofte kalt enhet eller avdeling for psykisk helse og rus for voksne. Kommunene har noe forskjellig praksis for hvorvidt enhetene omfatter både organisert psykisk helsearbeid og samtidig kommunalt rusarbeid.

«Enhetene tilbyr ulike typer tiltak som kartlegging og vurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeidstiltak. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utføres i samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, og må ses i sammenheng med øvrige tilbudet til pasienten» (Helsedirektoratet, 2014, s. 77)

Ved å begrense studien til kommunale tjenester for psykisk helse- og rusarbeid for voksne blir det mulig å definere et faglig fokus for å kunne samle datagrunnlaget. Et videre argument for avgrensning er masteroppgavens rammebetingelser og håndterbarhet.

Begrepet recovery

Bruk av termen «begrep» kan i utgangspunktet oppfattes slik at det finnes en allmenngyldig definisjon eller felles forståelse. Recoverybegrepet går derimot tilbake til ulike kunnskapstradisjoner og kontekster der termen «recovery» blir brukt og tillegges forskjellige innhold. I denne oppgaven forutsetter jeg ikke en bestemt faglig og normativ begrepsforståelse hos helsearbeidere, men stiller meg åpen for hvordan de faktisk beskriver sin forståelse.

1.4 Formålet og avgrensning av studien

Formålet med studien er å undersøke hvilke forståelser psykiske helsearbeidere i kommunal enhet for psykiske helse og rus for voksne i Norge tillegger begrepet recovery basert på deres beskrivelser av sine erfaringer fra praksis. Dette er et uavklart men relevant spørsmål da det er forventet at tjenesteytere innen psykisk helse støtter opp under personers recovery (Helsedirektoratet 2014, s.31).

Studien er basert på en kvalitativ undersøkelse av to fokusgrupper i to kommuner på Vestlandet med til sammen ni psykiske helsearbeidere fra to kommunale enheter for psykisk helse og rus.

Studiedesignet betegnes som eksplorativt da den søker å gi innsikt og forståelse i en fram til nå uavklart situasjon. I tillegg er studiedesignet deskriptivt, da den søker å gi en beskrivelse av eksisterende forståelser av recovery. Det vitenskapsfilosofiske grunnlaget er basert på hermeneutikk og fenomenologi.

1.5 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven har grovt sett fem hoveddeler. Introduksjonsdelen innleder tema og plasserer det i en faglig sammenheng. Jeg begrunner temaets relevans og problemstilling og jeg gir nødvendige begrepsavklaringer. Videre avklarer jeg egen forforståelse i oppgavens første del da dette bestemmer min inngang til tema. Så følger beskrivelse av et forutgående litteratursøk i databaser og basert på dette en sammenfatning av tidligere forskningsresultater om tema som representerer et viktig «forarbeid» til selve studien. Den første delen avslutter med en beskrivelse av kontekster som plasserer recoverybegrepet i en norsk kontekst med tanke på å kunne vurdere studiens resultater.

Del to beskriver den teoretiske forankringen studien bygger på. Jeg beskriver her teorier som jeg anser som relevante for å belyse funn. Hovedvekten ligger på teori om recovery, samt relevante beskrivelser på etiske aspekter som inngår i samarbeidsrelasjonen mellom helsearbeider og personen med psykiske helse- og rusproblemer.

Del tre omhandler metodologien som beskriver og begrunner studiens vitenskapsfilosofiske forankring og metodiske valg for å kunne svare på problemstillingen. Jeg beskriver analyseprosessen som resulterer i funnene. Beskrivelse av funn, altså helsearbeidernes forståelser av begrepet og erfaringer med recovery, presenteres i en egen del fire.

En femte del tar for seg å tolke og diskutere funn i lys av teori og kontekst før jeg avslutter med en konklusjon.

1.6 Egen forforståelse

Ut fra hermeneutisk filosofi danner min personlige historie og kulturelle bakgrunn, personlige erfaringer, utdannelser og arbeidserfaring en forståelsesbakgrunn for denne oppgaven. Jeg er utdannet kirkemusikker, musikk- og språklærer og ergoterapeut og kommer opprinnelig fra et annet land. Jeg er også forelder til et barn med en «usynlig» funksjonshemning. Min egen migrasjonsprosess og mitt barns utfordringer har nok sensibilisert meg i særlig grad og utvidet min horisont overfor ulike prosesser som hemmer eller fremmer integrering, inkludering, mestringsstrategier og betingelser for positiv utvikling. Dessuten opplever jeg rollen som pårørende i samarbeid med fagfolk og tjenester.

Motivasjonen for studiens tema oppsto ut fra erfaringer i samarbeid med andre helsearbeidere i ulike kommunale psykiske helsetjenester. Jeg har til tider undret meg over hvor tilsynelatende forskjellige vi tenker og handler overfor brukere. Jeg tenker at hver for seg bidrar med sitt for å forstå problemstillinger og hva som kan gjøres i en gitt situasjon, i tillegg mener jeg at vi bør ha respekt for hverandres vurderinger. Ut fra et hermeneutisk perspektiv så kan det forklares med at vi har ulike kulturelle bakgrunner og erfaringer som preger oss og at vi fortolker vår virkelighet forskjellig. Samtidig har ulike faglige standpunkt gjort meg usikker på hvorvidt alt er like legitimt. Til tross for all forskjellighet er det et standpunkt at en felles faglig plattform er viktig for å kunne gjøre en god jobb sammen. Men hva tenker vi egentlig om recovery, har vi en felles faglig plattform å jobbe ut ifra og hvor trygge er vi på det? Tema for denne oppgaven har oppstått av ren nysgjerrighet ved å spørre hvor mye til felles vi egentlig har i forhold til å forstå recovery og jobbe med recovery som mål. Her ønsker jeg ikke å ha sterke forventninger, men stiller meg åpent for det som kommer frem.

I min rolle som psykisk helsearbeider anser jeg det som min oppgave å støtte personer med psykiske lidelser i sin recovery. Jeg har særlig erfaring fra bofellesskap for voksne med alvorlige psykiske lidelser og arbeid med eldre på et kommunalt dagsenter. For meg handler det om å møte personer med vennlighet, respekt, åpenhet og velvilje og på en respektfull måte finne ut hva vedkommende selv tenker om egen situasjon og ønsker seg eller trenger. Dette blir for meg et utgangspunkt. Hva som er aktuelt å gjøre er avhengig av personers ønsker og behov, samt rammene rundt. Det kan være alt fra en god prat, praktisk hjelp, fremme hverdagsmestring, trivsel og gode

fellesskapsopplevelser, samt oppdage nye muligheter sammen med vedkommende, eks. besøke det lokale Fontenehuset. Jeg ser på recoveryarbeid som teamarbeid som selvsagt inkluderer personen det gjelder, men i høy grad også kollegaer og andre. Det er ikke alltid man vet hvordan ting vil bli, veien er ukjent. Derfor har støtte fra kollegaer også vært helt sentralt for meg.

1.7 Litteratursøk

Litteratursøket skulle gi svar på hva som finnes fra før av eksisterende forskning om tema. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen min for å formulere relevante søkeord. Når det gjaldt å formulere engelske søkeord orienterte jeg meg på termer brukt i litteratur om recovery samt medical subject headings (mesh) og subheadings i vitenskapelige databaser.

Relevante søkeord: *Recovery – recovery oriented practice - recovery based practice – recovery practice – community mental health services – mental health personnel – mental health professionals – understanding recovery – practicing recovery – perspectives of recovery – meaning of recovery.*

Søkestrategien til søk i databaser Medline, Pubmed, Embase, Cinahl, Svemed og Idunn:

#	Søkeord
1	exp. RECOVERY (Disorders)*/ or recovery.mp.
2	exp. Community mental health services
3	1 and 2
4	mental health personnel.mp. or Mental Health Personnel
5	1 and 2 and 4
6	recovery oriented practice*.mp.
7	recovery based practice*.mp.
8	1 or 6 or 7 or 8
9	4 and 9
10	understanding recovery.mp
11	practicing recovery.mp
12	3 and 10
13	3 and 11
14	5 and 9 and 10

15	5 and 9 and 11
16	Limit to Qualitative best balance of sensitivity and specificity

Tabelle 1 - 1

Søket ble gjennomført i 14.02.2017 med hjelp av bibliotekar ved HSNs bibliotek. Jeg gjentok søkeprosessen med ulike kombinasjoner av søkeord og prøvde ut alle søkeord. En siste søk ble gjennomført 30.04.2017 men jeg fant ikke noe nytt. Søket var utfordrende da *recovery* ikke er et mesh-ord. Også begrepet *kommunalt psykisk helsearbeid* var vanskelig å søke etter og ble definert ulikt i ulike studier fra ulike land. Et avgjørende inkluderingskriterium var at helsearbeidernes egne forståelser og oppfattelser av *recovery* måtte tydelig komme fram. 18 studier ble valgt før gjennomlesing. En studie ble forkastet som for metodisk uklart. 9 studier ble til slutt stående og vurdert som mest relevant for denne studiesammenhengen⁵.

1.8 Kunnskapsoppsummering

Basert på litteratursøket oppsummerer jeg her det jeg fant av relevant kunnskap. Forskningsartikler jeg referer til er fra England, Irland, Canada og Australia. Det sentrale tema som går igjen i studiene er at studiedeltakere – psykisk helsepersonell i psykiske helsetjenester i ulike land - gir uttrykk for at de ikke har en klar forståelse for hva *recovery* betyr og hvordan den kan operasjonaliseres i praksis. I sin studie om psykiatriske sykepleiers og brukernes forståelse av *recovery* finner Aston & Coffey (2012) at alle deltakere hadde vansker med å beskrive hva *recovery* betydde for dem (s.259) og at helsearbeiderne tenderte til å se på *recovery* som «*technocratic and even mechanistic event*» styrt av den professionelle til det beste for pasienten (s.259). Man påpekte bla. at helsearbeidere behøvde klarhet om hvilke begrepsforståelser av *recovery* man deler med hverandre og brukere.

⁵ Ekskluderingskriterier:

- Studier hvor ikke psykiske helsearbeidernes egne stemmer kommer tydelig nok fram
- Studier som fokuserte på psykiske helsearbeidernes erfaringer med et bestemt *recovery*program eller erfaringer med måleinstrumenter for *recovery*

Inkluderingskriterier:

- Studier hvor psykiske helsearbeidernes egen forståelse og holdninger om *recovery* ble undersøkt inkludert studier som undersøkte enkelte profesjoners oppfatninger angående *recovery*, f. eks. psykiatriske sykepleiere (mental health nurses) eller også psykiske helsearbeiderne med sosialfaglig bakgrunn (mental health social workers) da disse profesjonsgruppene også er viktig i norsk psykisk helsearbeid.
- Kvalitative og kvantitative studier som undersøkte psykiske helsearbeidernes kunnskap og holdninger om *recovery*

Mangelen på felles forståelse av recovery og hvordan den best kan støttes opp under i praksis anses som en av de største hindringene for å implementere recovery ifølge Le Boutillier et al. (2015a, s.430). Forskerne i denne engelske studien fant at recovery ble praktisert forskjellig og at forskjellene baserte seg på konkurrerende forståelsesmåter («Competing priorities») på ulike nivåer i helsesystemet. Dette førte til et sammenstøt av ulike paradigmer og ulike strategier om å støtte opp under recovery (s.432). Ulike forståelser oppsto på grunn av tradisjonell tjenesteutforming og -strukturer, økonomiske faktorer og helsepersonells individuelle oppfatninger. Helsepersonell identifiserte behovet for en felles forståelse av hva recovery er og hvordan det kan bli støttet opp under på tvers av hele helsesystemet.

Cleary & Dowlings (2009) studie - basert på en deskriptiv spørreundersøkelse av 153 helsepersonell i psykisk helsetjenester i Irland om holdninger til og kunnskap om personlig recovery - fant både positive holdninger, men også mangel på kunnskap når det gjelder sentrale elementer av personlig recovery. Funn viste f. eks. at håp ble undervurdert av respondentene og de var mindre komfortable med å våge (healthy risk taking) i samarbeid med brukere. Dessuten var respondentene mindre kjent med non-lineariteten av recovery prosessen og viste en tilbøyelighet for å vektlegge symptombehandling og å følge medisinsk behandling. En annen spørreundersøkelse om kommunale psykiatriske sykepleiernes selvforståelse av recovery-orientert arbeid i England (Gale & Marshall-Lucette 2012) viste at det store flertallet av respondentene mente å være fortrolig med å forstå recovery-modellen og det store flertallet hadde tro på sin evne til å innlemme recovery-prinsippene i praksis. 83% av sykepleiere hadde tro på å fremme håp hos pasienter og brukere. Mindre tro hadde sykepleierne på å kunne fremme sosial inkludering, hjelpe med stabil boligsituasjon eller metoder for selv-management⁶.

Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons & Hunt (2013) fant i sin kvalitative studie med 21 psykiatriske sykepleiere i en akutt sykehusavdeling i Australia at de hadde positive holdninger til personsentrert omsorg, håp, psykoedukasjon og anerkjente recovery som en personlig prosess. Likevel fant man også at de fleste sykepleiere så på recovery mer som retorikk enn et integrert program. Ifølge sykepleiere manglet det ressurser og klare direktiver i tjenester for å kunne leve opp til målet om å arbeide recoveryorientert (s.209).

En kanadisk studie fra Piat & Lal (2012) viste helsearbeidernes ulike holdninger og utfordringer knyttet til recoveryforståelse og operasjonalisering av recovery. Forskere undersøkte tjenesteyteres erfaringer og perspektiver på recoveryorientering – i et land som var i ferd med å innføre recovery

⁶ Hummelvoll (2012, s.62) viser til at «selv-management» best kan forstås som «hverdagslivsmestring». Begrepet referer til «*prosessen en person gjennomgår og de strategier som brukes for å mestre hverdagen med kronisk sykdom eller langvarige funksjonshindringer*» ifølge forfatteren.

som policy for det psykiske helsevesenet. Tre hovedfunn ble identifisert: positive holdninger til recoveryorientering (1), skepsis overfor recovery (2) og utfordringer (3) knyttet til begrepsmessig usikkerhet, vansker med å forstå hvordan man kan arbeide recoveryorientert innenfor ulike tjenestekontekster, byråkratiske hindringer, manglende støtte fra ledelse og utfordringer knyttet til å håndtere stigma og sosial ekskludering.

I en systematisk litteraturgjennomgang av Le Boutillier et.al. (2015b) basert på 22 kvalitative og mix-methods studier var formålet å undersøke hvordan helsepersonell og ledere forsto recoveryorientert praksis innenfor psykiske helsetjenester. Med referanse til Le Boutillier et al. (2015 a) gikk man ut fra at konseptuell uklarhet og ulike forståelser av recoveryorientert praksis presenterte en utfordring for helsepersonell og tjenester. Studiens hovedfunn var at det var forskjeller i hvordan helsepersonell oppfattet sin rolle innenfor recoveryorientert praksis. Ansattes forståelse var dominert av tre ulike begrep av recovery: Klinisk recovery⁷, personlig recovery, og tjenestedefinert recovery som en tredje og ny kategori. Disse tre begrepene utelukket ikke hverandre i denne studien. Organisatoriske og systemiske kontekstbetingelser påvirket helsepersonells forståelse av recovery. Det oppsto dermed en tredje begrepsforståelse, såkalt tjenestedefinert recovery. Hvordan dette begrepet påvirker praksis er enda ikke evaluert ifølge Le Boutillier (2015b).

Studie fra Khoury & del Barrio (2015) bekrefter innflytelsen av kontekstfaktorer når det gjelder hvordan psykiske helsearbeidere med sosialfaglig bakgrunn forsto begrepet recovery i praksis. Perspektiver og tilnærminger i sosialt arbeid faller i stor grad sammen med prinsippene til recoveryorientert praksis heter det (s. i29) og funnene gir også uttrykk for sosialarbeidernes opplevde nærhet til verdier knyttet til recovery. Paradoksalt nok har organisatoriske og systemiske rammebetingelser for å muliggjøre recoveryorienterte tjenester også skapt barrierer for å kunne jobbe recovery-orientert i praksis, eks. på grunn av fokus på målbare resultater og kvantifiserbare indikatorer på symptomreduksjon. Det gjorde at sosialarbeidere følte seg presset i sin profesjonalitet og autonomi. Rammebetingelser gjorde det vanskelig å arbeide personsentrert og recoveryorientert. Studien viser også til ulikheter i sosialarbeidernes forståelse av termer som «recovery» og «recoveryorientert praksis» (s. i38) og at det så ut som sosialarbeidere konstruerte sin forståelse av

⁷ **Klinisk recovery** ble definert som et perspektiv med fokus på å stabilisere den psykiske tilstanden ved hjelp av medisiner og risikovurderinger. Målbare suksessfaktorer for recovery som symptomremisjon, økt sykdomsinnsikt, fravær av tilbakefall og mestring av daglige aktiviteter var sentrale. Den profesjonelle så på seg som en ekspert med kliniske oppgaver som del av recovery-orientert praksis (s.5).

Personlig recovery ble sett på som en holistisk tilnærming som bygger på klientsentrert arbeid, brukerautonomi og valg. Ansatt og bruker jobber i et partnerskap, ansattes rolle er f.eks. å være veileder og nære håp. Personlig recovery ble målt i graden av sosial inkludering og meningsfulle aktiviteter.

Tjenestedefinert recovery ble definert som et konsept eid av organisasjoner hvor administrative og finansielle mål former praksis. Tjenesteorientert recovery ble ansett som et verktøy for å redusere kostnader og ble f.eks. målt gjennom antall ferdig behandlede og avsluttede case.

recovery på bakgrunn av sin praksiskontekst som retningsgivende for hvilke intervensjoner de kunne bruke.

Oppsummert blir det tydelig at helsepersonell ikke alltid har en klar oppfatning av hva recovery er og hvordan det kan eller bør praktiseres i en tid der flere land har eller er i ferd med å innføre recoveryorienterte tjenester. Studier viser at helsearbeidernes forståelser er preget av usikkerhet, inkonsistent kunnskap og opplevd mangel på kompetanse samt ulike forståelser. Basert på Le Boutillier et al. (2015b) er det tre ulike begrepsforståelser av recovery som krystalliserer seg ut: Klinisk recovery, personlig recovery og tjenesteorientert recovery. Kontekstbetingelser er med på å forme helsearbeidernes begrepsforståelse av recovery og praksis.

1.9 Kontekst

I dette avsnittet skisserer jeg helsepolitiske og faglige utviklingstrekk som baner vei for recoveryforståelsen i Norge og som anses som viktige for å kunne forstå og vurdere studiens funn.

I Norge har det foregått en omfattende helse- og sosialpolitisk reform for å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser fra 1998 til 2008. St. meld. Nr. 25 *Åpenhet og helhet* (Sosial- og helsedepartementet, 1996-1997), Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1997/98) og St. meld. Nr. 47 *samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) representerer sentrale reformdokumenter.

I 1997 konstaterte man i St. meld. Nr. 25 *Åpenhet og helhet* at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser hadde brister i alle ledd (s.16) og at mennesker med psykiske lidelser ikke fikk den hjelpen de hadde behov for. Tjenestetilbudet ble ansett som utilstrekkelig, både i omfang og kvalitet (s.13). Stortingsmeldingen tok derfor sikte på et bedre og mer sammenhengende tjenestetilbud med det målet å kunne tilby tjenester som var tilpasset brukernes behov (s.15).

Opptrappingsplanen for psykisk helse kom i 1998 og ble det sentrale styringsdokumentet for den omfattende helsepolitiske reformen som fulgte. Målet var «å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skulle stå i fokus». Verdigrunnlaget for opptrappingsplanen setter mennesket i sentrum av samfunnsbygging, menneskelige og kulturelle verdier bør prege en samfunnsutvikling med fokus på desentralisering, mindre enheter bygd på familie og nærmiljø samt rettferdig fordeling. Personer med psykiske lidelser skal kunne leve et godt liv i lokalsamfunnet på lik linje med andre borgere. Et helhetlig menneskesyn – fram for synet på

pasienten – ble påpekt. Psykiske lidelser var ikke kun et spørsmål om biologi og diagnoser. Grunnleggende behov som bolig, økonomisk trygghet, sosial inkludering og tilhørighet, sysselsetting og meningsfulle aktiviteter samt muligheter til kulturell og åndelig stimulans ble betegnet som rammefaktorer for psykisk helse. Målet med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser var «å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv».

Den statlige satsingen konsentrerte seg på tre forhold: øke det totale tilbudet av tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser innenfor kommune og spesialisthelsetjenester, vektlegging av brukermedvirkning og innflytelse, samt samarbeid og sammenhengende tjenester på tvers av faggrupper og forvaltningsnivåer (Hummelvoll, 2012, s.555; Ramsdal, 2013, s.231).

Samhandlingsreformen som kom i 2008 adresserte i særlig grad pasienters behov for helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud og en styrket kommunerolle for å svare på behovene – særlig for de med langvarige helseutfordringer.

Reformen førte bla. til en betydelig styrking av det lokalt baserte tilbudet i kommunen og oppbygging av distriktpsikiatriske sentre. Ifølge evalueringen ble kvantitative mål om økt tjenestetilbud, utdanning av helsepersonell og nye stillinger oppfylt. Det er likevel blitt påpekt at kvalitative mål ikke ble oppfylt i samme grad og at temaer som brukermedvirkning, samordning og samhandling ble ansett som de største utfordringene (Ramsdal 2013, s.232). Den reformpolitiske utviklingen for å forbedre tjenestetilbudet til personer med psykiske helse- og rusproblemer samt forbedre psykisk helse i befolkningen føres videre i ulike føringer, f.eks. gjennom St.meld. 30 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 – 2012). Der heter det: «*Veiene ut av rusproblemer krever innsats på flere områder. Tjenestene må komme tidligere inn, henge bedre sammen og bygges tettere opp rundt den som trenger hjelp. Gjennom bedre samhandling kan en legge til rette for færre brudd i behandlingsforløpet*» (s.7).

St.meld.nr.19 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015) *Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter* inkluderer psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. «*Vi vil skape et samfunn som i større grad fremmer psykisk helse gjennom å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-15, s.9)

Reformdokumentene markerer et kunnskapsgrunnlag som vektlegger humanistiske og sosiale perspektiver samt levekår fremfor diagnoser og behandlingsmetoder. Dermed står politiske mål formulert i Opptrappingsplanen i kontrast til rådende biomedisinske kunnskapssynet særlig i spesialisthelsetjenesten bemerker Ramsdal (2013, s.232). Dessuten kan perspektivene uttrykt i

St.meld.nr. 25 og Opptrappingsplanen tolkes inn i og kjennes igjen i psykisk helsefeltet og psykisk helsearbeid (Karlsson & Kim, 2015, s.15).

Et annet utviklingstrekk som er viktig å nevne i sammenheng med helsereformen er utviklingen av den tverrfaglige videreutdannelsen i psykisk helsearbeid i 1998 som erstattet den gamle spesialistutdanning til psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk fysioterapi. I dag er en rekke helse- og sosialfaglige faggrupper sentrale i psykisk helsearbeid. Og siden har det utviklet seg mastergradsstudier i psykisk helsearbeid ved ulike utdanningsinstitusjoner (Karlsson & Kim, 2015, s.17).

Utviklingen av psykisk helsearbeid som tverr- og flerfaglig praksisfelt og fagområde gjennom de siste 20 år må ses i sammenheng med den helsepolitiske reformen. «*Psykisk helsearbeid (...) innebærer en utvidelse og en endring av den grunnleggende forståelsen av hva som ansees som gyldig kunnskap om psykiske lidelser og deres behandling*» skriver Karlsson & Kim (2015, s.24). Med dette menes en dreining vekk fra fokus på sykdom, mangler og årsaksforklaringer hen til å søke å forstå menneskets lidelser og fokus på ressurser, bedring og helse. Man vektlegger brukernes erfaringskunnskap samt forhold i brukernes sosiale omgivelser og levekår som hemmer eller fremmer psykisk helse.

Ifølge Borg, Karlsson & Stenhammer (2013, s. 11) gir ulike reformdokumentene føringer som sammenfaller med grunnlagsperspektivene i recovery. Likevel er recovery i liten grad fremstilt som et sentralt perspektiv i helse- og velferdspolitik, påpekes det av forfattere. Helsedirektoratets veileder for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne (2014) er derfor av betydning. Man anerkjenner fagutviklingen på feltet og definerer hvordan recovery bør forstås av psykiske helsearbeidere.

Helsedirektoratet (2014) beskriver recovery som «*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 brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis)*» (s.31).

Forståelsen av recovery har faglig sett vokst frem som «*en nødvendig vei å gå for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsbaserte tjenester og fagpersoner*» skriver ledende forskere innen psykisk helsearbeid, Karlsson & Borg (2017, s.15). En omfattende tiårig helse- og sosialpolitisk reform har fremmet et kunnskapsgrunnlag som sammenfaller med perspektiver i recovery. Fagutviklingen i psykisk helsearbeid som tverr- og flerfaglig kunnskaps- og praksisområde har fremmet et kunnskapsgrunnlag som vektlegger recovery. Ifølge Karlsson & Borg (2013, s.64) anses recovery som grunnlagsteori innen psykisk helsearbeid og mulighet for å konkretisere det faglige grunnlaget i

praksis. Det betyr imidlertid ikke at recovery kan sies å ha blitt «mainstream» i hele det psykiske helsesystemet.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Teorien vi bruker hjelper oss å forstå de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s.47). Ifølge Malterud omfatter den teoretiske referanserammen modeller, teorier, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner for å forstå meningen og strukturere egne tolkninger (2017, s.47). Teorien jeg presenterer her er forankret i faget psykisk helsearbeid og relevant for å forstå studiens funn.

I dette kapitlet avklarer jeg sentrale kunnskapstradisjoner som har bidratt til ulike begrepsforståelser av recovery, samt grunnleggende perspektiver på recovery som personlige og sosiale prosesser. Et empirisk basert rammeverk presenteres for å beskrive disse prosessene. Deretter presenterer jeg to modeller for recoveryorientert praksis før jeg beskriver etisk teori med vekt på det relasjonelle samarbeidet mellom helsearbeider og personen med psykiske helse- og rusutfordringer.

2.1 Begrepet recovery

Recovery som begrep omfatter ulike forståelser og perspektiver – avhengig av hvem som spør og fortolker, samt sammenheng (Borg, 2009, s.453). Det er ikke konsensus om hvordan «fenomenet» skal defineres (Hummelvoll, 2012, s.57). To kunnskapstradisjoner har bidratt til begrepsutvikling av recovery ifølge Borg, Karlsson & Stenhammer (2013, s.11). Den ene kilden bygger på en medisinsk forståelse av recovery definert av fagpersoner. Den andre kilden bygger på en grasrotbevegelse av personer med egne lidelseserfaringer og deres beretninger om hva det vil si å komme seg fra psykisk lidelse. Bevegelsen har sine røtter i en borgerrettighetsbevegelse i USA på 60- og 70 tallet og kan forstås som et opprør mot dominerende psykiatriske forståelser, brudd på menneskerettigheter og diskriminering av mennesker med psykiske helse- og rusutfordringer (Karlsson & Borg, 2017, kap.3). Basert på denne kunnskapskilden inkluderer forståelsen av recoverybegrepet en grunnleggende holdning om hva det vil si å være et menneske med rettigheter, ressurser og vekstpotensial (Karlsson & Borg, 2013, s.65).

2.2 Klinisk recovery

Begrepet klinisk recovery står i en medisinsk tradisjon med fokus på å diagnostisere og behandle menneskers psykiske sykdom. Her betraktes recovery som en konsekvens av behandlingsintervensjoner (Hummelvoll, 2012, s. 56). Fokus ligger på reduksjon av symptomer og funksjonssvikt knyttet til lidelsen. Målet er at personen blir i stand til å gjenoppta personlige, sosiale og arbeidsrelaterte aktiviteter sett i relasjon til hva som betraktes som «normalfungering» (s.57).

Ifølge Mike Slade (2009, s. 35) har klinisk recovery fire hovedkarakteristika: 1. Recovery ansees som et resultat eller en status, 2. recovery er observerbart, en objektiv størrelse – ikke subjektivt, 3. recovery blir vurdert av en fagperson eller kliniker – ikke pasienten og 4. definisjonen om klinisk recovery gjelder på tvers av individer.

Le Boutillier et al. (2015b, s.5) beskriver at klinisk recovery gjenspeiler en tradisjonell forståelse av recovery gjennom medisiner og risikohåndtering. Klinisk recovery måles gjennom symptomremisjon, økt sykdomsinnsikt, fravær av tilbakefall og mestring av daglige aktiviteter. Den profesjonelle har rolle som ekspert og former recovery-orientert praksis.

En medisinsk forståelse av psykiske problemer er forankret i et naturvitenskapelig og biomedisinsk paradigme som har fått en dominerende posisjon innen psykiske helsetjenester over tid. Derimot kan recoveryforskning ses på som en kritikk av individualisert problemforståelse og behandlingsregime som i liten grad tar hensyn til personers livssituasjon og kontekstuelle forhold som påvirker psykisk helse.

2.3 Personlig recovery

Personer med egne lidelseserfaringer har introdusert en annen begrepsforståelse av recovery enn den medisinske (Hummelvoll, 2012 s.58), også betegnet som personlig recovery. Her foretrekker man gjerne et prosessorientert fokus på bedring framfor et resultatorientert (Borg, 2009, s. 453). Videre skriver Borg at «*mennesker med brukererfaring ser ut til å vektlegge åpenhet for at ting tar tid, at det dreier seg om menneskelig utvikling, og at det ikke er rettet mot et avsluttende resultat (...)*» (2009, s.453).

Longitudinal forskning har dessuten for lengst vist at majoriteten av mennesker med psykiske lidelser kan erfare signifikante forbedringer over tid, mange med full recovery (Deegan, 2002, s.19; Slade, 2009, s.36; Davidson, Mezzina, Rowe & Thompson, 2010, s.436)

Amerikanske Patricia Deegan er et eksempel. Hun er blitt en forkjemper for et recoveryorientert psykisk helsevesen og har selv opplevd psykisk lidelse og recovery. I sin artikkel om «Recovery as selvdirected prosess of healing and transformation» (2002) gir hun en sterk beskrivelse av hvordan hun opplevde helseproblemene, hvordan hun opplevde å bli møtt av fagfolk i psykiatrien, hvordan hun kjente seg redusert fra å være en hel person til en diagnose, hvordan behandlingen førte til selvstigmatisering. Hun ble fortalt at det ikke var håp for henne og hun følte seg dømt til å være syk resten av livet. Deegan brukte år for å komme seg og beskriver hva som hjalp henne i sin egen recoveryprosess. Hun lærte seg bla. strategier for å mestre ulike (hverdags-) situasjoner og å ta vare på seg selv. Familie og det hun betegner som tolerante sosiale omgivelser er noe hun trekker frem som viktig. Hun betegner sin recovery som en helende og forandrende erfaring som ikke handlet om å gå tilbake til hvor hun var før hun ble dårlig. Hun opplevde det mer som en prosess av å bli ny gjennom å oppdage både begrensninger og nye muligheter (2002, s.6).

Recovery er en subjektiv erfaring og forskjellig fra person til person. Det handler ikke nødvendigvis om å bli frisk eller bli kvitt alle symptomer. Recovery dreier seg om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personen selv definerer det – til tross for symptomer eller begrensninger man fortsatt kan ha (Karlsson & Borg, 2013, s.68). Symptomer og begrensninger trenger ikke være et hinder for å oppleve recovery.

Personlige historier og forskning om subjektive erfaringer får frem det unike og det levde livet gjennom bedringsprosesser skriver Borg & Karlsson (2013, s. 68). Det gjør det også vanskelig å definere recovery fordi betydningen av recovery er avhengig av hvilken mening hvert individ tillegger begrepet påpeker Meehan, King, Beavis & Robinson (2008, s.187). Bedringsprosesser er i høy grad individuelle og kontekstavhengige. Stadig nye erfaringer bidrar fortløpende til mer kunnskap og nye forståelser av recovery (Chester et al. 2016, s.270).

I sin artikkel om forholdet mellom medisinsk forståelse av bedring og forståelse basert på brukererfaringer skriver forskerne Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hyman (2009, s.330) at man ikke lenger kan fokusere alene på å redusere symptomer og lidelse – selv om det fortsatt er et verdig mål. Dette målet må komplementeres ved å støtte seg til erfaringsbasert kunnskap. Til dette trenger man å lytte til brukerne om hva de synes er viktig og hvilket liv de ønsker å leve. Det er her utfordringen ligger. Som en lovende strategi anser forfattere å involvere personer som befinner seg i recoveryprosessen i forskning gjennom å ta i bruk et deltakende forskningsparadigme. Den beste

måten å sikre at evidensbasert praksis kan være til hjelp i det lange løpet ses gjennom respektfullt samarbeid mellom profesjonelle hjelpere og personer med psykiske helseproblemer. I beste fall kan begge kunnskapsfelt komplementere hverandre (2009, s.331).

2.4 Recovery forstått som personlige og sosiale prosesser

Begrepsforståelsen av recovery har gjennomgått en utvikling innen bedringsforskning – fra å ha et individorientert fokus med vekt på det unike og personlige med prosessen hen til at recovery i økende grad forstås som en sosial prosess så vel som en personlig prosess (Borg, 2009, s. 453; Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 12).

Forskning har bidratt med kunnskap om hvilken betydning ytre faktorer som utdanning, arbeid, økonomi, boforhold og relasjoner til andre har for psykisk helse og recovery. Personer med psykiske helse- og rusproblemer er dessuten utsatt for stigmatisering og marginalisering i arbeidslivet, sosiale kontekster og i tjenestene (Biong & Borg, 2016, s.22). For å kunne støtte personen i sin recovery og leve et godt liv er det derfor viktig å rette fokus på de sammenhenger personen er en del av og hans eller hennes livssituasjon. Kontekstuelle forhold i personens hverdagsliv, lokalmiljøet, levekår, samt offentlige tjenesters menneskelige og formelle omgivelser er sentrale for recovery (Biong & Borg, 2016, s.21).

Helsedirektoratet (2016) definerer arbeidsledighet, lav utdanning, økonomiske problemer, manglende integrering i nærmiljøet, belastninger i bo- eller arbeidsmiljø samt belastninger knyttet til det sosiale nettverket og nære relasjoner som risikofaktorer for psykisk helse (s. 20). Slike kontekstbetingelser kan bli så belastende at de kan bidra til utvikling av psykiske problemer og omvendt - sosiale belastninger kan være konsekvens av å ha en psykisk lidelse og kan forverre eller vedlikeholde en vanskelig livssituasjon.

I nordisk forskningssammenheng har man i særlig grad fokusert på hverdagslivets betydning for recovery. Marit Borg anser brukernes livsverden og det levde livet som helt sentralt for forståelsen av recovery (2009, s.453). Vårt dagligliv utspiller seg på en rekke sosiale arenaer som hjemmet, arbeid, utdanning, lokalmiljøet, fritidsarenaer, familie, og venner. Hverdagslivet innebærer relasjoner og samhandling med andre, og består av et mangfold av ulike aktivitetsmønstre, roller og oppgaver. Dessuten handler hverdagslivet om erfaring av mening og hva som er viktig for personen. Den praktiske kunnskapen og erfaringen vi bruker for å håndtere hverdagslivet kan virke trivielt og som

en selvfølge, men spiller en stor rolle med tanke på recovery. *«Det er nettopp slike selvfølgeligheter mennesker med alvorlige psykiske problemer gjerne trekker fram som sentrale for å «komme seg»»* (Borg, 2009, s.454). Borg skriver at den kulturelle sammenhengen med *«sosiale koder, kulturelt anerkjente aktiviteter og roller hadde stor betydning»* for informantene (s.456). Å kunne leve et vanlig liv, delta i vanlige aktiviteter, snakke om vanlige ting og være i vanlige omgivelser ble derfor fremhevet som viktig. Det ga muligheter til å bli sett på som kollega eller nabo istedenfor en «psykiatrisk pasient». Dagliglivet gir dessuten mange muligheter for å bruke ressursene sine, oppleve tilhørighet og mening – det gjelder alle. Sosiale prosesser som inkludering eller også ekskludering og stigma foregår i *«de daglige naturlige fellesskapene»* vi er en del av ifølge Borg (2009, s. 455). Det kan være et treningssenter, et arbeidsfellesskap eller en skoleklasse. Derfor fremheves det at recovery utspiller og viser seg i selvet livet –

«på hverdagslivets ulike arenaer og uavhengig av behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, det vil si fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.14).

Et sosialt perspektiv på recovery handler om å *«avdekke og håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av psykiske helseproblemer»* (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.14). Recovery er ikke bare et personlig ansvar. Forhold i omgivelsene, offentlige tjenester og levekår ligger gjerne utenfor den enkeltes muligheter å endre. For å kunne fremme sosial inkludering i lokalsamfunnet krever det at profesjonelle hjelpere i større grad er oppmerksomme på å støtte personen i å bygge opp relasjoner, samt å skape inkluderende lokalsamfunn. Det innebærer en mye mer utvidet rolle for den profesjonelle enn kun å gi behandling påpeker Slade (2012, s.703). Også Biong & Borg (2016) minner om at *«den nødvendige innretningen mot kontekst og samfunnsforhold innen recovery som sosial og personlig prosess, forutsetter at fagmiljøene har kompetanse og rammebetingelser for å støtte personen med hensyn til økonomi, bolig, aktivitet og arbeid»* (s.21).

2.5 Et teoretisk rammeverk for personlig recovery

Oversiktsstudien fra Leamy et al. (2011) representerer en empirisk basis og grunnlagsteori om felles prosesser som knyttes til recovery.⁸ Målet for studien er å «*provide a comprehensive understanding of a phenomenon or phenomena*» (Leamy et al., 2011, s. 445).

Deretter karakteriseres recovery som en aktiv og unik reise, en non-linear og multidimensjonal prosess som kan utvikle seg gradvis og som betegnes som en livsendrende erfaring. Recovery kan skje uten helbredelse og kan forekomme uten involvering av profesjonelle hjelpere. Recovery betegnes også som en kamp og forsøk- og feiling prosess.

Leamy et.al. (2011) identifiserte fem overordnede kategorier – CHIME - som kjennetegner recoveryprosessen:

1. «Connectedness» - tilknytning.

Kategorien fremhever betydningen av støttende relasjoner til andre og tilknytning til lokalmiljøet. Kontakt med likemenn/andre brukere har vist seg å ha betydning for recovery. Andre støttespillere kan være profesjonelle, familie og venner. Også praktisk hjelp kan være en støtte. Tilknytning til lokalsamfunnet gir muligheter for å bidra, ved å være del av sosiale miljøer og aktiv borger.

2. Håp og optimisme for framtiden

Kategorien omhandler betydningen av å ha håp for recovery, motivasjon til å gjøre endringer, håp- inspirerende relasjoner og rollemodeller, en positiv innstilling og drømmer for framtiden.

3. Identitet.

Kategorien omhandler betydningen av å finne og definere sin identitet, eks. innse at den psykiske lidelsen representerer en side av flere ved en selv, viktigheten med å (re)definere en positiv selvpoppfattelse, bygge opp selvfølelse og utvikle selvaksept, selvtillit og tro på seg selv.

4. Finne mening med livet.

Kategorien omhandler betydningen av aksept av egne begrensninger, betydningen av spiritualitet eller det å utvikle spiritualitet. Recovery er knyttet til livskvalitet, personlig velvære, arbeid og fritidsaktiviteter samt utdanning. Det innebærer å utvikle meningsfulle mål i livet, nye roller samt muligheter for å gjenoppbygge nødvendige daglige rutiner og ferdigheter - hverdagsmestring.

⁸ Studien er blitt validert som grunnlagsteori av Slade et al. (2012) og Bird et al. (2014).

5. Empowerment

Kategorien vektlegger betydningen av a) personlig ansvar for å håndtere symptomer, utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier, bygge motstandsressurser, å våge og prøve (positiv risk-taking) og bevare egen helse og velvære. B) Empowerment handler om å ha kontroll over eget liv, kunne ta valg, f.eks. gjennom å ha kunnskap om sykdom og behandling, gjenvinne uavhengighet og autonomi ved å være involvert i avgjørelser angående egen behandling og målsetting, samt tilgang til tjenester og behandling.

Leamy et al. (2011) identifiserte også ulike faser eller recoverystadier. Jeg refererer til Hummelvoll (2012, s.64) for å forklares disse:

Precontemplation: Situasjonen er satt på vent og utsettes i en tid preget av opplevelse av tap og håpløshet.

Contemplation: Erkjennelse at ikke alt er tapt, at et bedre liv er mulig.

Preparation: Forberedelse, vurdere styrke og svakheter når det gjelder bedringsmuligheter.

Action: å arbeide aktivt for å utvikle positiv identitet, sette meningsfulle mål og ta kontroll over eget liv.

Maintenance and growth: å leve et meningsfullt liv kjennetegnet av å mestre lidelse, resiliens og positiv selvfølelse.

Leamys et al. (2011) studie viser omfanget og kompleksiteten av recoveryprosesser. En oppdeling av prosessene i kategorier gir en oversikt, selv om mange kategorier innbyrdes henger sammen, f.eks. støttende relasjoner og empowerment, håp og hverdagsmestring. Kunnskap om ulike faser av recovery kan være viktig å ta hensyn til for psykiske helsearbeidere i utarbeidelse av ulike tiltak og intervensjoner.

2.6 Kort oppsummering

Recovery som begrep og kunnskapsområde kan ha forskjellig innhold og forståelse bemerket Borg, Karlsson & Stenhammer (2013, s.18). To ulike kunnskapstradisjoner gir to forskjellige definisjoner betegnet som *klinisk recovery* med fokus på sykdom, behandling og symptomremisjon og *personlig recovery* som baserer seg på personlig definisjon av hva det vil si å komme seg fra psykisk lidelse. Innenfor dette perspektivet beskrives recovery som komplekse personlige og sosiale prosesser. Det teoretiske rammeverk fra Leamy et al. (2011) viser felles trekk av disse prosessene. Recovery knyttes

deretter til den positive betydningen av relasjoner og tilknytning, håp, identitet, mening med livet og empowerment, dvs. kontroll over eget liv.

«*Recovery handler om personens perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening, håndtere konsekvensene av de psykiske problemene og reetablere et verdig liv*» understreker Borg, Karlsson og Stenhammer (2013, s.18) Kontekstbetingelser som levekår, hverdagsarenaer, lokalmiljøet og offentlige tjenesters utforming spiller en vesentlig rolle i dette og kan hemme eller fremme recovery. Videre fremheves det at bedring kan foregå på ulike vis med eller uten hjelp fra fagpersoner (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.18).

2.7 Hva betyr recovery i praksis?

Forståelse av recovery som personlige og sosiale prosesser bidrar med nye perspektiver for hvordan personer med psykiske helse- og rusutfordringer kan forstås, samt hvordan psykiske helseproblemene bør adresseres. Dessuten utfordrer recovery tradisjonelle idèer og overbevisninger om årsak og behandling av psykisk sykdom, inkludert måten psykiske helsetjenester er organisert på for å kunne støtte personer med psykiske helse- og rusutfordringer i å leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv. Likevel kan recovery oppfattes som et «*nebulous concept that is understood in a number of ways and is difficult to apply*» hevder Le Boutillier et al. (2011, s. 12). Uklarheten kan f.eks. føre til at psykiske helsearbeidere foretrekker ulike betydninger av recovery eller at ulike profesjonelle foretrekker ulike karakteristika av recovery innenfor sin egen praksis.

For å beskrive hva recoveryorientert arbeid kan være presenterer jeg først et begrepsmessig rammeverk som gir en oversikt og peker ut prioriterte domener for praksis. Deretter beskriver jeg prinsipper for recoveryorientert praksis fra Karlsson & Borg (2017, s. 81) som fokuserer på det direkte samarbeidet mellom helsearbeider og personen det gjelder. Det er et valg jeg har foretatt, da det finnes varierende prinsipper og modeller, f. eks. Hummelvoll's Tidevannsmode (2012, s. 75) eller australske helsemyndigheters prinsipper for recoveryorientert praksis (2010)⁹ som likner de fra Karlsson og Borg.

⁹ Kilde:

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CFA833CB8C1AA178CA257BF0001E7520/\\$File/servpri.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CFA833CB8C1AA178CA257BF0001E7520/$File/servpri.pdf)

2.7.1 *Et begrepsmessig rammeverk for recoveryorientert praksis etter Le Boutillier et al. (2011)*

Rammeverket er basert på kvalitativ analyse av 30 dokumenter fra til sammen seks land.

Recoveryorientert praksis beskrives i fire praksisdomener:

1. *Promoting citizenship* – fremme (med)borgerskap

Det sentrale målet for tjenester er det å støtte personer med psykiske helseutfordringer i å reintegrere seg i samfunnet og å leve på lik linje med andre borgere. Å fremme borgerskap betegnes som kjernen i recovery som omhandler retten til å leve et meningsfullt liv. Det krever å se utover «bruker»definisjonen og isteden se personen og kontekstbetingelser, adressere negative holdninger, stigmatisering og diskriminering. Det innebærer bevissthet om fremme av menneskerettigheter og brukerrettigheter, samt det å arbeide for sosial inkludering i lokalsamfunnet. Det innebærer at profesjonelle hjelpere samarbeider tett med ledende organisasjoner og personlige nettverk for å fremme muligheter for sosial inkludering utenfor helsetjenesten: "All services demonstrate socially inclusive practice which is supportive of people living ordinary lives in ordinary settings and considers, in particular, peoples' needs for accommodation, occupation, education, personal relationships, money and participation in community life." (s.1472).

2. *Organizational commitment* – tjenesters forpliktelser til recovery

Tjenester som er recoveryorienterte viser forpliktelse til å sørge for at arbeidsbetingelser og -omgivelser muliggjør recoveryorientert praksis. Organisasjonskulturen og strukturelle betingelser er av betydning for hvorvidt helsearbeidere kan arbeide recoveryorientert og fokusere på personers behov framfor tjenesters behov. Å ha recovery som en ledende visjon skriftliggjort i f. eks. retningslinjer gir et tydelig signal. Brukere bør dessuten inkluderes i utforming av tjenesten. Tjenester bør prioritere å møte personers behov, eks. åpningstider utenfor ordinær arbeidstid eller fleksibilitet overfor til personers non-lineære bedringsprosess, gjøre tjenesten tilgjengelig når personen trenger det. Brukeren bør kunne bestemme over tilgang til tjenesten heter det. Domene omhandler også helsearbeidernes kunnskap om og kompetanser i recovery-orientert praksis.

3. *Supporting personally defined recovery* – Støtte personlig definert recovery

Helsearbeiderne fokuserer på å støtte personlig definert recovery og anser dette som kjernen i praksis. Det handler om å støtte individet i å definere egne behov, mål og drømmer, samt planer for

fremtiden og videre oppfølging. Individualitet, informerte valg, likemannsstøtte, fokus på styrker og ressurser og en holistisk tilnærming, er viktige temaer for denne domene. Dessuten innebærer det å tenke ressurser fremfor begrensninger å ha et helhetlig syn på personen, eks. se både medisinske, fysiske, sosiale, aktivitetsmessige, psykologiske, emosjonale og spirituelle behov. Støtten bør fokusere på å samarbeide med personen med fokus på velvære, ressurser og hva som hjelper personen i sin recovery.

4. *Working relationship* - Samarbeidsrelasjonen

Helsearbeiderne samhandler med brukerne og viser genuint ønske om å støtte individer, inkludert deres familier, i sine anstrengelser for å skape seg et bedre liv. En terapeutisk relasjon er essensiell for å støtte recovery, en relasjon som anerkjenner brukeren som likeverdig partner med ekspertise om seg selv. Sentralt er også at relasjonen gir personen håp om at bedring er mulig.

2.7.2 Recoveryorientert praksis basert på fem prinsipper etter Borg & Karlsson (2017, s.81)

Forfatterne prinsipper for recoveryorientert praksis tar utgangspunkt i dialoger og samhandlinger mellom helsearbeider og personen det gjelder. Det **første prinsippet** handler om å sette en unik person i sentrum for samarbeidet og å ta utgangspunkt i personens erfaringer, ønsker og ressurser for å støtte opp under recovery. Inkludert i dette er det å se på personens nettverk, sosiale miljø og levekår og anerkjenne personens egne meninger og mål. Et **neste prinsipp** omhandler reelle valgmuligheter som innebærer å støtte personen i å ta egne valg, tydeliggjøre både menneskerettigheter og brukerrettigheter og å støtte personen i å bygge på sine ressurser. Et **trede prinsipp** omhandler verdier som verdighet og respekt overfor brukeren synliggjort og formidlet gjennom helsearbeidernes væremåte og et forståelig og respektfullt språk, lydhørhet og sensitivitet for kulturelle eller verdimessige forskjeller, samt ærlighet og oppriktighet. Et **fjerde prinsipp** handler om mot til å ta sjanser og å prøve seg frem i ukjent terreng samt utfordre rammebetingelser og holdninger som hindrer recovery. Et **femte prinsipp** omhandler samfunnsorientering relatert til kunnskap om hverdagslivets arenaer for recovery, kunnskap om sammenheng mellom psykiske lidelser og livshendelser og levekår, samt kunnskap om hvordan omgivelser kan hemme eller fremme recovery.

For å utvikle recoveryorientert praksis foreslår forfattere å bruke begrepet recoverydannelse – forstått som en reise som handler om å våge, se og erfare noe nytt. Recovery er ikke en prosedyre eller en oppskrift, men heller noe som utvikles sammen med brukere og i ulike kontekster.

Borg (2009, s. 455) understreker at noe av det mest sentrale fra informantenes ståsted var *«betydningen av å bli møtt som et menneske med ressurser, ferdigheter, kunnskaper og mot, og med forventninger om at de kan jobbe for å komme seg videre i livet.»* Ifølge Hummelvoll (2012, s. 68) verdsetter brukerne at profesjonelle formidler håp, deler makt, er tilgjengelig når behovene melder seg, er åpen for det den enkelte mener ville være til hjelp og nytte, og er villig til å tøye grensene (yte det lille ekstra).

2.8 En etisk¹⁰ forståelse av relasjonen

Helsearbeideren har et ansvar for å fremme personlig recovery kunne vi lese ut fra recoveryorientert praksis. Ideelt sett kan forholdet mellom helsearbeider og personen det gjelder beskrives som en allianse, basert på tillit og samarbeid (Hummelvoll, 2012, s. 77). Forskning basert på personer med erfaringer av psykiske helse- og rusproblemers illustrerer relevansen av et relasjonelt perspektiv på recovery ifølge Ådnøy Eriksen, Arman, Eriksen, Sundfør & Karlsson (2011, s.111). I studien beskriver brukere sine erfaringer med relasjonen til helsearbeidere. Å bli møtt med fordommer, manglende interesse eller en egen agenda av helsearbeidere utløste følelser av verdiløshet, ensomhet, tilbaketrekning og forsiktighet om hva brukerne mente de kunne fortelle eller ikke fortelle en helsearbeider. Omvendt førte helsearbeidernes respekt for personers meninger, verdier og mål til at brukere kunne snakke åpent uten å frykte negative konsekvenser. Ser man på det etiske aspektet i relasjonen blir det tydelig at det står mye på spill for personen som søker hjelp men også for helsearbeideren som kan handle i beste mening, men likevel ikke klare å være støttende.

Med utgangspunkt i Knud Løgstrup sine filosofiske refleksjoner er utgangspunkt for etikken menneskelige relasjoner (Botnen Eide, 2011, s.64). Relasjonen anses som et grunnvilkår for menneskets tilværelse, vi er innvevd i hverandres liv gjennom relasjoner med andre. Dette er ikke noe vi kan endre eller velge vekk og et liv som selvtilstrekkelig ville være umulig.

¹⁰ Begrepene etikk og moral har henholdsvis greske og latinske språklige røtter, men betydningen er relatert ifølge Botnen Eide & Skorstad (2005, s.39). Begrepene henviser til skikk og bruk i dagligtale. Etikken henviser til den resonnerende siden av fenomenet, mens moral henviser til den utøvende siden ifølge forfattere. Etikk kan defineres som «systematisk refleksjon over moralsk praksis, altså «moralteori»» med referanse til Aadland (i: Botnen Eide & Skorstad 2005, s.45).

» Den relasjonelle dimensjonen innebærer at vi øver innflytelse på hverandre, og den innebærer gjensidig avhengighet» (Botnen Eide, 2011, s.64). Den gjensidige avhengigheten understreker vår utilstrekkelighet i utgangspunktet. I det ligger også en grunnleggende etisk fordring begrunnet, nemlig å komme den andres utilstrekkelighet i møte og besvare den ifølge forfatteren (2011, s.66). Det vil si ethvert møte med en annen person innebærer en taus etisk fordring som er der. Her har vi to muligheter, vi kan gjennom vår respons fremme den andres livsmuligheter eller vi kan ødelegge for den. Hvordan vi responderer på hverandre kan gjøre at vi løfter den andre opp eller utløse negative følelser. Hvert møte handler om både selvutlevering og makt (Botnen Eide, 2011 s.69). Ifølge Løgstrup kan vi ikke møte en annen uten å holde noe av den andres liv i våre hender (Botnen Eide & Skorstad, 2005, s. 61). I møte mellom helsearbeider og bruker er maktubalansen særlig tydelig fordi den ene parten søker hjelp, den andre parten skal hjelpe.

Sånn sett vil personen som søker hjelp i særlig grad kunne føle at han eller hun utleverer seg til hjelperen med en forventning om å bli møtt på en god måte. Det spørsmålet som stiller seg da er hvordan man kan fremme den andres liv? I noen tilfeller vil det være åpenbart. Ifølge Botnen Eide (2011, s. 72) spiller nestekjærlighetsbudet en sentral rolle hos Løgstrup. Det forutsettes av mennesker har såpass mye felles erfaringer at det er mulig å tenke seg empatisk inn i den andres situasjon og dermed «komme på sporet» av den andres beste. Samtidig er det viktig at vi i et forhold opptrer med tilbakeholdenhet og en forsiktig tilnærming for å ikke redusere den andres frihet og gjøre han mindre enn han er. Ved å ønske seg full oversikt og forståelse over den andre får vi den andre i vår makt så forfatteren (Botnen Eide, 2011, s. 73). Det kan anses som en form for erobring som vil krenke den andres frihet. En sentral erkjennelse er at den andre og den andres beste alltid er noe mer og noe annerledes enn det jeg kan slutte ut fra mine erfaringer og min forståelse (Botnen Eide, 2011. s.73). Den faglige og menneskelige iveren etter å bruke egne erfaringer for å forstå den andres beste må derfor holdes i sjakk, selv om det er noen fellesmenneskelige erfaringer som vi kan kjenne oss igjen i.

Ved siden av Løgstrup har også andre filosofer som M. Buber, E. Levinas og H. Skjervheim bidratt til en forståelse av det etiske ansvaret som ligger i møte med andre, blant annet å forholde seg til den andre som et «du» - ikke et «det». Relasjonsetikken gir grunnlag for å ivareta viktige verdier som respekt, åpenhet og tillitt i samarbeidet. Eide & Eide (2013, s. 108) mener at rettferdighet som en sentral etisk verdi i alt helsearbeid er noe som kan utfylle relasjonsetikken. Forfattere tar utgangspunkt i spørsmålet *hvorvidt man møter personer som er forskjellige fra en selv, som for eksempel er fattige, bruker rusmidler, ikke behersker norsk eller har en annen hudfarge, med samme respekt og omsorg som man møter andre.»* (s.109).

Mye tyder på at visse pasientgrupper står i fare for å bli diskriminert og dårligere behandlet enn andre. På et personlig plan er det sentralt at hjelperen legger sine egne fordommer til side og forholder seg til ulike pasienter med den all den empatien, omsorgen og respekt som den enkelte skal behandles med påpeker forfattere (Eide & Eide, 2013, s.110). Det er lett å tilskrive pasienten skylden for sin egen helsetilstand eller livssituasjon og lett å vise det overfor vedkommende gjennom ansiktsuttrykk eller en kritisk bemerkning. Men moralsk kritikk «*er hverken hjelpende eller rettferdig. Tvert imot. Det bryter ned motivasjon og styrke til å gjennomføre det man ønsker*» heter det (Eide & Eide, 2013, s. 110). Det som hjelper er å anerkjenne den andre fult ut med støttende og bekreftende kommunikasjon mener forfattere (2013, s.110). Rettferdighetskravet går imidlertid også utover det direkte møte med bruker og innebærer at man f.eks. påpeker urettferdig praksis, svikt i rutiner eller andre kritikkverdige forhold og tar det opp med kollegaer eller ledelse (Eide & Eide, 2013, s. 110).

Som jeg innledningsvis i dette avsnittet antydte, kan relasjonen og kommunikasjonen mellom helsearbeider og personen det gjelder bli en viktig kilde til recovery – hvis personen opplever seg hørt, respektert og ivaretatt. Etisk bevissthet og refleksjon kan bidra til at den profesjonelle unngår å krenke den andres verdighet og frihet og til at helsearbeideren utvikler holdninger som personen opplever som støttende og frigjørende.

3.0 METODOLOGI

Dette kapittelet skal gi leseren innblikk og forståelse av de metodologiske og metodiske valg jeg har foretatt i denne studien for å ivareta vitenskapelige grunnlagskriterier som pålitelighet, troverdighet og overførbarhet. Jeg vil begynne med å presentere det vitenskapsfilosofiske grunnlaget som jeg legger til grunn for denne avhandlingen. Disse grunnleggende teoretiske forut-antakelser har konsekvenser for hva man spør etter og hvilke metoder man velger i en *forskningssammenheng*. «*Våre oppfatninger og tankemodeller om kunnskap og fenomener i verden – altså av epistemologisk og ontologisk art – styrer vårt blikk*» påpeker Thornquist (2003, s. 9).

Jeg har valgt å forankre denne studien i fenomenologi og hermeneutikk som begrepsmessig referanseramme. Filosofiene representerer en alternativ kunnskapstradisjon til den naturvitenskapelige-positivistiske. Innenfor fenomenologi og hermeneutikk er menneskers subjektive erfaringer og fortolkninger av livsverden utgangspunkt for kunnskap og erkjennelse. Filosofiene klarlegger at verden konstitueres i vår bevissthet og gjennom vår fortolkning. Hermeneutikken

forklarer dessuten hvordan mennesker er innlemmet i en historisk og kulturell kontekst som betinger vår forståelse.

3.1 Refleksjoner rundt valg av vitenskapsfilosofisk forankring

Studien setter helsearbeidernes subjektive erfaringer med og forståelser av recovery i fokus. Med tanke på min vitenskapsfilosofiske bakgrunn innebærer det å forstå helsearbeidernes fortolkninger og beskrivelser av sine praktiske erfaringer med recovery i sin livsverden. At recovery ikke kun er ett observerbart fenomen bemerker Borg & Karlsson (2017, s.82). En grunn er at recovery representerer komplekse personlige og sosiale prosesser som kan foregå over lang tid – gjerne over år. Dessuten er recoverybegrepet også sterkt relatert til andre begreper og perspektiver innenfor psykisk helsearbeid som f.eks. empowerment, resiliens, salutogenese, helsebegrepet og åpen dialog påpeker Biong & Borg (2016, s.19) og Hummelvoll (2012, s. 56). Uten en form for forkunnskap kan det være vanskelig å oppdage og innordne fenomener og forstå dem som en del av brukernes bedringsprosesser. Recovery har i Norge dessuten også en normativ side for helsearbeidere ifølge helsedirektoratets veileder «sammen om mestring» (2014 s. 31). Med dette som kontekst er det interessant å se hvilken mening helsearbeidere tillegger begrepet recovery ut fra sin livsverden¹¹.

3.2 Vitenskapsfilosofisk fundament i psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er forankret i en humanvitenskapelig kunnskapstradisjon med vekt på fenomenologi, hermeneutikk og eksistensialisme (Borg & Karlsson, 2013, s.45; Karlsson, 2009, s.40). Mennesket betraktes som et subjekt, en unik person, fritt og ansvarlig for egne valg og handlinger. Menneskelige fenomener som psykisk lidelse eller f.eks. recovery må ses i en sammenheng med den enkeltes erfaringer og livsverden. I psykisk helsearbeid er man ikke så opptatt av å forklare årsaker til menneskelige handlinger og opplevelser, men heller å forstå personens subjektive erfaringer (Hummelvoll 2012, s.8). Menneskelige erfaringer og fenomener vektlegges derfor som kilde til kunnskap.

¹¹ For nærmere avklaring av begrepet livsverden, se avsnitt 3.3 «Fenomenologi og hermeneutikk» i denne avhandlingen, s. 35.

3.3 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologi omhandler forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2017, s.28). Fenomenologiens ideer er knyttet til filosofer som Edmund Husserl (1859 – 1938), Martin Heidegger (1889 – 1976), Alfred Schütz (1899 – 1959) og Maurice Merleau-Ponty (1908 – 1961) (Malterud, 2017, s.28, Thornquist, 2003, s. 14). Sentrale temaer er subjektivitet, konstitusjonalitet, intensjonalitet og livsverden:

Ifølge Thornquist (2003, s.89) setter Husserl subjektivitet i sentrum ut fra en grunnforståelse av at mennesker ikke oppfatter verden direkte men gjennom sin bevissthet. Et fenomen er noe som tre frem for den menneskelige bevissthet. Dermed ansees subjektivitet som en forutsetning for forståelse og kunnskap overhodet. Et annet moment er at mennesker ikke står overfor en verden som en objektiv størrelse, men at verden «konstitueres» av individets bevissthet. Det fremheves at menneskets bevissthet er alltid rettet mot noe, den er karakterisert av intensjonalitet.

Husserl innfører begrepet om livsverden: verden slik vi umiddelbart opplever den i hverdagslivet og sammen med andre. Fenomenologien gjør den enkeltes livsverden til gjenstand for forskning og «*er interessert i å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra aktørenes eget subjektive perspektiv*» (Thornquist, 2003, s. 87). Fenomenologisk metode dreier seg om å beskrive det som er gitt for bevisstheten «*så presist og fullstendig som mulig – å beskrive, snarere enn å forklare og analysere*» skriver Kvale & Brinkmann (2012, s. 46, med referanse til Merleau-Ponty). Målet er å få frem fenomenets essensielle strukturer så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017, s.29).

I hermeneutikken er fortolkning av mening det sentrale tema (Kvale & Brinkmann, 2012, s.69). Representanter for den filosofiske hermeneutikken er de tyske filosofene Martin Heidegger (1889 - 1976) og Hans Georg Gadamer (1900-2002). Heidegger videreførte sentrale innsikter fra fenomenologi og er – som Husserl – opptatt av menneskelig erfaring fra det levde livet. Men han bringer inn en hermeneutisk dimensjon ved å mene at levde erfaringer er resultat av tolkning (Dowling, 2007, s.133). Heidegger understreker videre at menneskelig forståelse ikke kan abstraheres fra den verden mennesker lever og handler i. Skillet mellom subjekt og objekt er slik avledet fra menneskers opprinnelige væren-i-verden. Både Heidegger og Gadamer går inn for å beskrive mulighetsbetingelsene for menneskelig forståelse. Sentrale begreper i hermeneutikken er forforståelse, forståelseshorisont og hermeneutisk sirkel.

Til forskjell fra Husserl argumenterer Heidegger og Gadamer for at det er umulig å tilsidesette sin egen forforståelse, altså den bakgrunnskunnskap eller de forventninger man måtte ha allerede før man begynner å undersøke et fenomen. Forskerens forkunnskaper anses som nødvendige og nyttige

i en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Samtidig er det grunnleggende å kritisk reflektere over egen forforståelse, fordi forforståelsen som forblir uoppdaget kan ukritisk farge egen forståelse. «Forståelseshorisont» betegner totaliteten av alle forutsetningene vi har for i det hele tatt å forstå noe. Vår samlede forståelse er betinget av den historiske og kulturelle konteksten vi lever i og noe vi aldri helt kan redegjøre for eller distansere oss fra (Bondevik & Bostad, 2003, s294).

Forståelsesprosessen blir beskrevet som et dynamisk vekselspill mellom å forstå deler ut fra en helhet og helheten ut fra delene (Thornquist, 2003, s.142). Begrepet *hermeneutisk sirkel* forklarer den forståelsesmessige fordypningen man oppnår ved å hele tiden bevege seg mellom egen forforståelse og deler og helheten av det som skal undersøkes. Her må forskeren være innstilt på å sette sin egen forforståelse på spill. Kunnskapen som produseres ansees som konstituert gjennom informanternes artikulerte forståelser og forskerens. Gadamer brukte uttrykket «horisontsammensmelting» for å gi et bilde på hvordan forståelse foregår i møte mellom subjekter. Funn må være logiske og plausible innen studiens rammevilkår og bør reflektere informanternes realiteter (Lopez & Willis 2004, s. 730).

I forskningssammenheng betyr et hermeneutisk og fenomenologisk grunnlag at oppmerksomheten ikke er blot rettet mot det pure innholdet av menneskelig subjektivitet, men hva individers narrativer impliserer om hva hun eller han erfarer i det daglige. Det kan involvere å se på narrativer i relasjon til relevante kontekster (Lopez & Willis, 2004, s.729).

3.4 Studiendesign og -metode

Valg av kvalitativ metode var nærliggende grunnet problemstillingens formulering som spør etter psykiske helsearbeidernes subjektive forståelser og erfaringer. Målet med kvalitative metoder er å «*utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng*» (Malterud, 2012, s.19). Forfatteren påpeker at kvalitative metoder dessuten er godt egnet når det eksisterer lite kunnskap fra før om et tema. Studiendesignet er eksplorativt fordi det skal gi innsikt og forståelse i en uklar situasjon om hvordan helsearbeiderne forstår recovery i sin praksis. I tillegg kan designet betegnes som deskriptivt, da det søker å gi en reflektert beskrivelse av eksisterende forståelser av recovery.

Metodisk falt valget på fokusgruppeintervju der man bruker gruppeintervjuer til å utvikle kvalitative data. Jeg anså det som den mest hensiktsmessige metoden for å belyse problemstillingen. En

forutgående overveielse var at det å beskrive sin forståelse av et faglig begrep (som profesjonell helsearbeider) ikke var så personlig sensitivt at det krevde et individuelt intervju. Tvert om kunne det å snakke om noe som en muligens ikke er så kjent med eller behersker oppleves ubehagelig i et individuelt intervju. En gruppesamtale med kollegaer kunne derimot være mer gjensidig inspirerende og fruktbar.

En fokusgruppe består vanligvis av fem til åtte deltakere, men her finnes det ingen faste regler. Forskeren har rolle som moderator som styrer samtalen og har ansvar for at alle kommer til orde og at deltakere holder seg til tema (Malterud, 2017, s.139). Rollen krever at man setter seg inn i det faglige for å kunne følge opp med spørsmål samt å se gruppedynamiske prosesser som kan medvirke i kunnskapsutviklingen. I tillegg fremhever Malterud (2017, s.139) at deltakere bør være «*godt informert om samtalens formål og opplegg, slik at deres forventninger samsvarer med det som skal foregå.*» Forfatteren beskriver at det er vanlig å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med en assistent som f.eks. navnfester replikkene og følger med på uttrykk som ikke kommer frem på lydfilen (Malterud, 2017, s.138), men i mitt tilfelle hadde jeg ikke sekretær.

3.5.1 Definerings av utvalg

Gjennom problemstillingen var det klart at utvalget for denne studien skulle bestå av psykiske helsearbeidere i kommunale tjenester.¹² Til dette satte jeg opp strategiske inkluderings- og ekskluderingskriterier. Med referanse til Malterud (2017, s.63) kunne et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap. En fornuftig balanse mellom homogenitet og mangfold i fokusgruppen er også av betydning (Malterud, 2012, s.20).

Jeg bestemte meg derfor å velge deltakere fra eksisterende arbeidsfellesskap fra to tjenester for psykisk helse og rus med tanke på homogenitet og god gruppedynamikk. For å oppnå variasjon og mangfold valgte jeg deltakere fra psykiske helsetjenester i to kommuner. Innenfor de to tjenestene ønsket jeg dessuten variasjon i deltakernes profesjons- og erfaringsbakgrunn for å oppnå bredde i empirien og dermed bedre informasjonsstyrke.

Kommunene jeg valgte hadde i utgangspunktet ganske ulike forutsetninger for å yte psykiske helse- og rustjenester. En kommune var en bykommune med flere enheter for psykisk helse- og rus og flere tjenester knyttet til det. Dessuten hadde bykommunen forholdsvis mange ressurser og flere tilbud

¹² Se også begrepsavklaringer i kapittel 1

for personer med psykiske helse- og ruslidelser, eks. ulike typer tilrettelagte boliger, arbeidstiltak og aktivitetshus. Det må også tilføyes at denne kommunen har vektlagt et recoveryperspektiv i flere år. I forhold til dette var den andre kommunen med ca. 5000 innbyggere relativt liten. Her fantes det kun en tjeneste for psykisk helse og rus bestående av til sammen fire medarbeidere samt grunnleggende og lovpålagte samfunnsinstitusjoner.

I utgangspunktet var det tenkt å gjennomføre minst to fokusgruppeintervjuer, om nødvendig tre. Denne beslutningen lot jeg være åpen til jeg hadde gjennomført to fokusgrupper.

Strategiske inkluderingskriterier

Psykiske helsearbeidere i kommunal tjeneste med direkte kontakt til brukere med psykiske helseutfordringer og som har ulik profesjonsbakgrunn og ulike antall år med arbeidserfaring.

Strategiske ekskluderingskriterier

Personer med lederfunksjon. Øvrige deltakere kan føle seg påvirket av tilstedeværelsen av leder og vil muligens kjenne at de ikke kan snakke så fritt som de ønsker.

Personer i målgruppen som jeg kjenner fordi jeg ønsker å møte intervjudeltakere så upåvirket og åpent som mulig.

3.5.2 Rekruttering

Ut fra forutgående avveielser og kriterier kontaktet jeg to ledere for avdelinger for psykisk helse og rus i to forskjellige kommuner på Vestlandet. I en epost informerte jeg disse ledere kort om innhold og mål med studien og spurte om de var villige å støtte det prosjektet. Begge var positive og henviste meg videre til enten leder av en aktuell tjeneste eller kontaktperson for den kommunale tjenesten i psykisk helsearbeid. Disse tok deretter ansvar for å spørre ansatte om deltakelse og det var også dem som sendte videre info- og samtykkebrevet mitt til sine ansatte for å ivareta det formelle etiske kravet om frivillig og informert deltakelse. I tillegg ba jeg informantene i forkant om å fylle ut et spørsmålsskjema på frivillig basis med opplysninger om deres profesjonsbakgrunn, antall år med arbeidserfaring, tjenestested og plassere seg i en aldergruppe (se vedlegg). Dato og tidspunkt ble avtalt og intervjuene ble gjennomført 23.10. og 24.10.2017. Av praktiske hensyn fant intervjuene sted på helsearbeidernes eget arbeidsplass på dagtid.

3.5.3 Datainnsamling

Til fokusgruppeintervjuene formulerte jeg i forkant en semistrukturert intervjuguide i henhold til Kvale & Brinkmann sin definisjon av det semistrukturerte livsverdenintervju som en «*planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet*» (2012, s.325). Jeg valgte å fokusere på noen sentrale åpne spørsmål som skulle hjelpe meg og gruppedeltakere med å komme i gang med en samtale og gi helsearbeidere gode anledninger til å beskrive sin forståelse av recovery ved hjelp av mest mulig konkrete eksempler (se vedlegg). Det var dessuten viktig å stille mest mulig teorinøytrale spørsmål – for å bevare en åpen tilnærming og unngå å lede informantene i en bestemt retning. Tidsrammen som var satt på ca. en time og antall deltakere hadde også noe å si for hvor mange spørsmål det var realistisk å stille. Planen var å prøve ut selve intervjuguiden med en person jeg kjente og som tilhørte «målgruppen» i forkant av fokusgruppeintervjuene. Dessverre måtte dette av personlige grunner avlyses i siste liten.

Foran det første fokusgruppeintervjuet var jeg derfor veldig spent, da jeg ikke hadde gjort dette før. Jeg var opptatt av å skape en god atmosfære for at deltakere skulle kunne føle seg vel og kunne engasjere seg i samtalen. Under intervjuene forholdt jeg meg rolig, vennlig og mest mulig verdinøytral overfor alle. Jeg var opptatt av at alle kom til ordet, og noen ganger henvendte jeg meg direkte til enkelte for å høre hva de mente. Samtalen gikk stort sett av seg selv – og jeg lot helsearbeidere snakke ferdig før jeg stilte neste spørsmål. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker og varte ca. en times tid hver.

Jeg gjennomførte to fokusgrupper. I henhold til Malterud (2017, s.65) er «*metning oppnådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap*». Forfatteren påpeker også at metningspunktet ikke er en objektiv størrelse. Etter gjennomføring av to fokusgrupper har jeg vurdert dette spørsmålet. Ut fra mitt inntrykk etter intervjuene så jeg ikke behov for flere fokusgruppeintervjuer. Et annet argument som veide tyngst var at datagrunnlaget måtte være håndterbart innenfor rammene av en masteravhandling.

I etterkant av intervjuene kan jeg si at jeg opplevde situasjonen som noe overveldende og husker den respekten jeg hadde for deltakere. Jeg kjente meg igjen i dem da jeg hadde jobbet i liknende settinger. Min respekt overfor dem og situasjonen, samt det ansvaret jeg følte for å ikke krenke deres faglige integritet, var nok med på at jeg forholdt meg mer empatisk overfor dem enn kritisk. Ikke minst kjente jeg meg ganske enig i mange av deres utsagn. Samtidig kan man hevde at jeg ikke la begrensninger på deltakere og at de snakket så fritt som de følte for det. Settingen var trygg.

3.5.4 Beskrivelse av utvalg

Til sammen deltok ni informanter i to fokusgrupper, en gruppe besto av tre informanter, den andre av seks. Av det samlede antall informanter var tre vernepleiere og seks sykepleiere. Sju informanter var kvinner, to var menn. Av disse hadde sju informanter en videreutdanning innen psykisk helsearbeid, en befant seg for tiden under videreutdanning innen psykisk helsearbeid, mens kun en manglet videreutdanning i psykisk helsearbeid. En av sykepleiere hadde også en annen helsefaglig videreutdanning fra før av. Arbeidserfaringen deres fra kommunalt psykisk helse og rus-arbeid spente fra to til 28 år.

Sett i etterkant hadde jeg ikke innflytelse på valg av studiedeltakere med tanke på ulike bakgrunn og erfaringer, fordi ledere hadde fått rollen om å spørre ansatte. Slik sett var gruppesammensetningen også noe tilfeldig, men innenfor rammene jeg hadde sett for meg.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Under forberedelsene av intervjuene hadde jeg kontakt med to representanter for tjenestene som hadde portvaktfunksjon for meg. Det var de som videresendte mitt informasjons- og samtykkebrev og som sørget for rekruttering av ansatte. En av disse svarte meg spontant i en epost med at «vi stiller opp» på vegne av sine medarbeidere. Her måtte jeg i en telefonsamtale avklare at det ikke var meningen at hele tjenesten stiller opp, men at det var ønskelig om noen hadde anledning til dette og ønsket dette. Ingen skal føle seg presset til å delta ifølge Malterud (2012, s.141). Dermed deltok ca. halvparten ut fra anslagsvis dobbelt så mange ansatte i en av tjenestene.

I forkant av intervjuene har jeg også prøvd å sette meg inn i helsearbeidernes situasjon med å få en slik forespørsel om å snakke om recovery. Jeg ville unngå at helsearbeiderne opplevde å bli «satt på faglig prøve». Derfor valgte jeg å skrive i informasjonskrivet at intervjuet går ut på å snakke om tema recovery, jeg unngikk å bruke termen «begrep». Det var en avveining om hvor åpen og direkte man kunne være for at prosjektet vekket interesse men også unngå at det fremsto som for akademisk og avskrekkende for helsearbeidere. For meg som forsker var det viktig å ivareta deltakerne både på en menneskelig god måte og å ivareta deres faglige integritet. I min innledning til intervjuene som jeg hadde forberedt var det viktig for meg å ønske alle erfaringer og synspunkter om recovery velkomne - det viktigste var å høre på helsearbeidernes egne erfaringer. Jeg var selv preget av en viss nervøsitet

særlig foran det første intervjuet og jeg hørte at også helsearbeiderne var spente i forkant. Innledningen var derfor også ment som en måte å formidle trygghet.

Konsekvenser

Ut fra problemstillingen som er lagt til grunn så jeg ikke noe større risiko for at deltakere kunne ta skade av å delta i undersøkelsen. I selve intervjusituasjonen kom det heller ingen negative personkarakteristika frem som jeg måtte forholde meg til. Forhåpentligvis har intervjuet bidratt til økt interesse for recoveryperspektivet, bidratt til å klargjøre egne forestillinger om recovery og til refleksjon over egen praksis. Intervjuene falt innenfor deltakernes arbeidstid og det kan ha vært en ulempe med tanke på at jeg forhindret at helsearbeiderne kunne utføre sitt arbeid med brukere.

Frivillig og informert samtykke om deltakelse

Jeg ivaretok formelle etiske forpliktelser om informasjon og frivillig informert samtykke om deltakelse. Informantene ble skriftlig og muntlig informert om formålet med studien, tema og hva deltakelsen innebærte for dem. Informasjons- og samtykkebrevet var i forkant blitt godkjent av ansvarlig veileder og Norsk Senter for forskningsdata (NSD). I tillegg fikk alle deltakere tilsendt et skjema for å innhente noen indirekte personopplysninger (se vedlegg), men dette var frivillig. Alle deltakere signerte informasjonsskrivet og fylte ut skjema for indirekte personopplysninger. Retten til å trekke seg fra prosjektet ble ikke brukt. Enkelte helsearbeidere ba meg etter intervju om å ikke bruke enkelte utsagn eller anonymisere innholdet av enkelte utsagn. Det har jeg selvsagt innrettet meg etter.

Konfidensialitet

Studien ble godkjent av NSD den 18.07.2017 (se vedlegg). I godkjenningsbrevet ble jeg oppfordret til å minne deltakere på taushetsplikt med tanke på å fortelle om brukere. Det gjorde jeg innledningsvis i forkant av intervjuene. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker og er lagret på denne. Selve båndopptakeren og alle innhentede personopplysninger er sikret forsvarlig i mitt hjem. Lydopptak transkriberte jeg selv rett fra båndopptaker. Under transkriberingen valgte jeg å anonymisere alle mulige opplysninger som kunne føre til gjenkjenning eller identifisering. Det vil si transkripsjonen inneholder hverken navn eller stedsnavn. Dataene slettes etter ferdigstilling av masteroppgaven, senest 30.06.2019 – slik det er anbefalt fra Høgskolen.

3.7 Metode for dataanalyse

For å analyse valgte jeg et anerkjent tematisk analyseverktøy fra Braun & Clark (2006) - støttet av ansvarlig prosjektveileder. Ifølge Ho, Chiang & Leung (2017, s.1760) er tematisk analyse ikke bare er en utbredt analysemetode innen hermeneutisk fenomenologisk forskning, den egner seg også godt for å presentere meninger som ligger i transkriberte intervjuer. Malterud (2017, s.95) anser tematisk analyse etter Braun & Clarke som en *«fleksibel metode der refleksivitet er en viktig forutsetning for å situere analysen tilstrekkelig tydelig. Analysen kan være deskriptiv og innholdsorientert eller fortolkende med vekt på mening og forståelse, ofte en mellomting mellom disse posisjonene.»*

Braun & Clarke (2006) har gitt en fyldig beskrivelse av tematisk analyse at den lettere kan brukes av studenter og av mer uerfarne forskere (s. 4). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer i data (s.6). Analysen tar utgangspunkt i utsagn med et innhold som er interessant i lys av problemstillingen. Ut fra slik utsagn etableres et tema. Ifølge Braun & Clarke (2006) kan deres analysemetode ansees som et pluralistisk verktøy som viser ut over psykologi som fagområde. Tematisk analyse beskrives som et fleksibelt, anvendelig verktøy som kan tilpasses forskjellige teoretiske tilnærminger (s.4). Det er derfor av avgjørende betydning at forskeren klargjør sine teoretiske ståsteder i forkant og synliggjøre analyseprosessen for at leseren kan forstå og vurdere resultater i forhold til andre forskningssammenhenger (s.7).

3.8 Analyse

Målet med denne analysen er å foreta en rik tematisk beskrivelse av helsearbeidernes samlede forståelser av og erfaringer med recovery slik de fremsto for meg som forsker ut fra det transkriberte datagrunnlaget. Det vil si at temaer og analyse reflekterer hele datasettet¹³. En slik tilnærming er spesielt nyttig når en undersøker et under-utforsket tema eller intervjuer deltakere om et tema hvor deres synspunkter ikke er kjent fra før ifølge forfattere. Analyseprosessen er induktiv og identifiserer temaer ut fra teksten. For å ivareta en slik tilnærming valgte jeg f.eks. å ikke lese teori i under analysen. Jeg ønsket ikke at min egen forståelse ble farget for mye av litteratur jeg har lest om recovery. Selve analyseprosessen beveget seg i stor grad på et semantisk nivå, selv om tvetydigheter i teksten eller uklare utsagn etterlot spørsmål hos meg og oppfordret til tolkning av mer underliggende betydninger.

¹³ Datasettet betegner den transkriberte teksten av intervjuene.

Transkribering

Jeg transkriberte selv fokusgruppeintervjuene jeg hadde tatt opp med en båndopptaker. Jeg foretok en ordrett transkribering av ytringene slik de ble artikulert. Typiske fylleord som f.eks. «på en måte», «eh» eller «hva skal jeg si» og små tenkepauser pauser er bevisst tatt med. Pauser er tydeliggjort med punkter: ... i teksten. Under skrivingen var jeg bevisst på at ortografien skulle være slik at utsagn og uttrykk blir framstilt slik de var ment og uttrykt i sin naturlige form. I samtalen med informantene har jeg hatt en tendens til å respondere kontinuerlig på gruppedeltakernes utsagn med visse responsord og -lyder, særlig «hm» og «ja» for å vise at jeg lytter og til dels bekrefte det som ble sagt. I transkriberingen har jeg imidlertid valgt å utelate dette til en viss grad, fordi det ville ha gått utover tekstsammenhengen og -flyten i deltakernes utsagn i for stor grad. Med tanke på å ivareta informantenes konfidensialitet anonymiserte jeg opplysninger som kunne føre til en mulig identifisering, f.eks. forekommer ingen navn eller stedsnavn.

3.9 Beskrivelse av analyseprosessen

Analyseprosessen etter Braun & Clarke (2006) er delt opp i seks faser som jeg beskriver her:

1. Bli kjent med og fortrolig med dataene

Gjennom transkribering hørte jeg flere ganger gjennom opptak og ble godt kjent med helsearbeidernes utsagn. Jeg leste i denne fasen minst to ganger gjennom hele datasettet (transkribert tekst) og noterte også første ideer og tanker om innholdsmessige temaer jeg la merke til.

2. Generere første koder

Å generere koder vil si å identifisere tekstavsnitt - «basic segment» i rådata - med interessant eller meningsfullt innhold relatert til tema slik forskeren ser det. Koding forstås som en form for meningsfortetning av tekstavsnitt. Til dette laget jeg en enkel tabell og gikk gjennom hele datasettet. Under koding valgte jeg å holde meg tett opp mot formuleringene deltakere selv brukte – for å unngå for mye tolkning i første omgang.

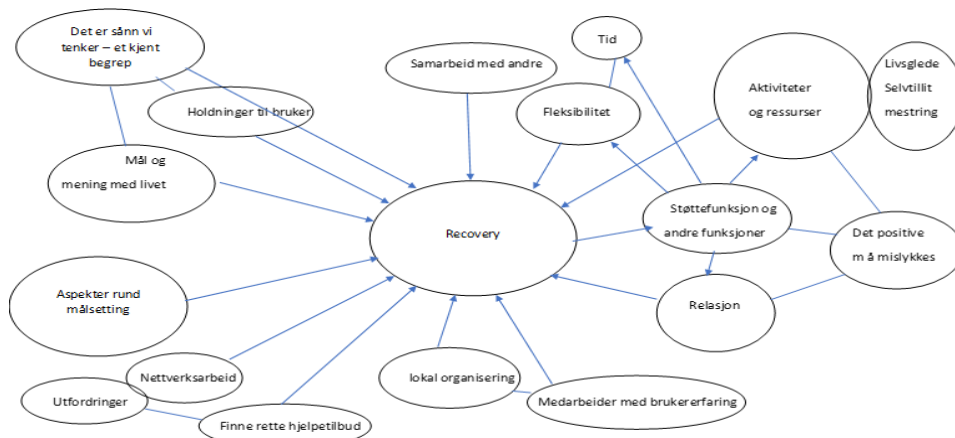
Eksempel for Koding – Tabelle 1 -2

Tekst	Koder
<p>Jo, vi er veldig kjent med det. Vi begynner faktisk å bli litt lei av det – (humring i bakgrunn) - for å være helt ærlig.</p> <p>Dette er noe vi har jobbet med i veldig veldig mange år. For at... det kommer nye begreper, men det er samme ... som ... det er ikke så veldig mye nytt med det med recovery egentlig. Det er egentlig ganske kjent.</p> <p>Og vi har veldig ofte seminarer om det.</p> <p>Om et par uker så skal vi på full dagsseminar om recovery. Så vi får jevnlig påfyll.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recovery er veldig kjent for oss - Vi begynner faktisk å bli litt lei av det - Vi har jobbet med recovery i veldig mange år - Det er ikke veldig mye nytt med recovery - Vi får jevnlig påfyll om recovery via seminarer

3. Se etter temaer

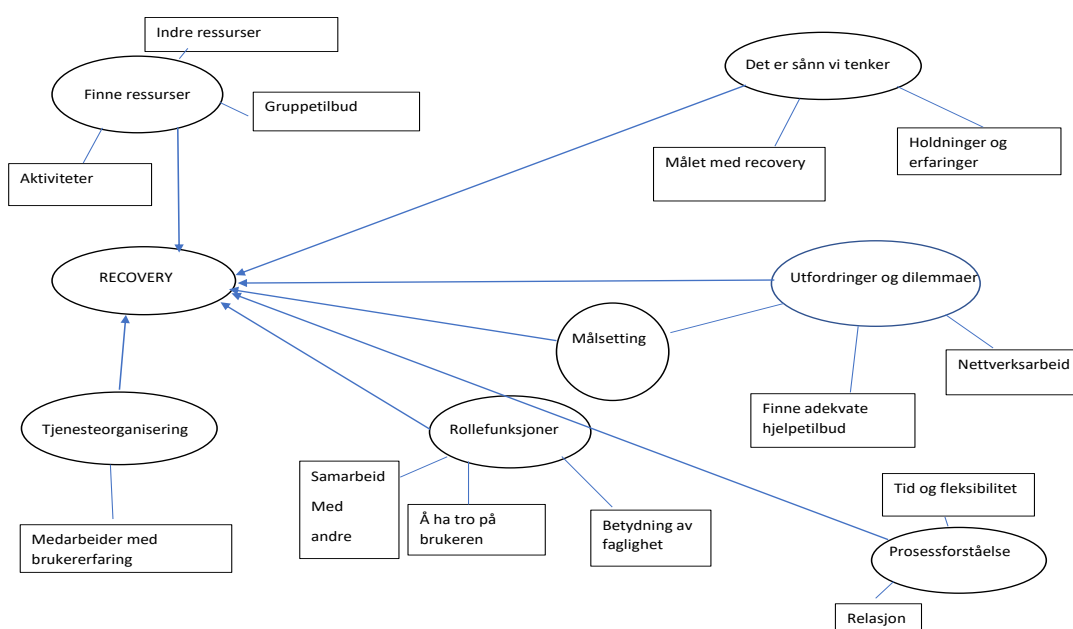
I denne fase valgte jeg å ta en utskrift av tekst og tilhørende koder som jeg deretter klippet opp horisontalt med utgangspunkt i markerte meningsavsnitt i teksten. Transkribert tekst og tilsvarende kode ble likevel ikke delt fra hverandre da sammenhengen kunne bli for redusert for å kunne tilordne kodene til et tema. Etterpå sorterte jeg helt konkret tekst/koder ved å samle dem i innholdsmessige «temabunker» slik det fremsto for meg ut fra teksten. Denne prosessen var ganske intuitiv i første omgang. Jeg endte opp med mange temaer – noen med mange koder, andre med mindre. Et fåtall koder klarte jeg ikke å tilordne et tema. I denne fasen forsto jeg at flere koder passet inn i flere temaer. Etter sorteringen tegnet jeg en oversikt over de første temaene rund begrepet recovery.

Figur 1 -1: Første temakart



4. Gjennomgå temaene

Fasen gikk ut på å gjennomtenke temaene på nytt og definere hovedtemaer og undertemaer ut fra helsearbeidernes utsagn i teksten – slik det fremsto for meg. Det krevde ny gjennomlesing av datasettet og mitt opprinnelige og noe uryddige temakart. Noen temaer viste seg å være mer omfattende enn andre, men ikke alle. Det ble tydelig for meg hvordan min egen forståelse var med på å prege måten jeg vurderte temaer som viktige eller mindre viktige eller hvordan jeg la spesielt merke til noen utsagn. Ut fra et hermeneutisk ståsted kan man ikke legge sin egen forforståelse helt til side. Men jeg prøvde å beholde et avklart forhold til det og være så fordomsfri som mulig.



Figur 1 -2: Temakart 2

Eksempel på utvidet tabell – tabell 1-3

Tekst	Koder	Tema
E: (Puster inn) Altså...når eg tenker recovery, så tenker jo eg at det er en måte å møte...altså den holdning....altså koss vi møter brukeren på, ikkje sant? Og det er litt det eg tenker når eg seier at eg har det med meg i møte med brukeren, sant? Det er en måte eg tenker i forhold til ...at eg tenker at den eg møter skal på en måte fåeie sitt eget mest mulig sølv, ikkje sant?	<p>Recovery er en måte å møte brukerne – en holdning overfor brukerne</p> <p>Bruker skal få eie sitt egen (liv) mest mulig selv</p>	<p>Forståelser av recovery som begrep:</p> <p>Holdning: Bruker skal eie sitt eget liv mest mulig selv</p>

j

5. Definere og benevne temaer

For å komme fram til et temakart som representerte hele datasettet leste jeg datasettet på nytt og «ryddet» opp i både koder og temaer. En konstant evaluering av egen koding og tematisering var nødvendig for å skille mellom helsearbeidernes egen forståelse og min tolkning. På dette tidspunktet hadde jeg god oversikt over tekstens innhold og jeg satte opp et nytt temakart. Temakartet jeg kom fram til dekker bredden av temaene i hele datasettet og gjenspeiler så langt jeg kan se det helsearbeiderne har sagt og ment.

Presentasjon av temakartet

1. Recovery – «det er sånn vi tenker»
 - a. Recovery er kjent
 - b. Holdninger og forståelser
 - c. Målet med recovery
2. «Å heile tida går i lag med brukere» -
 - a. Syn på egen rolle og funksjon
 - b. Ressurstenkning
 - c. Prosesstenkning
3. «Vi vil så gjerne»
 - a. Målsetting
 - b. Hva er pasientens beste?
 - c. Finne maktbalans e
4. «Utenomting»
 - a. Bolig og økonomi
 - b. Aktivitets- og gruppetiltak
 - c. Arbeidsbetingelser

6. Fase innebærer rapportskriving.

4.0 KAPITTEL FUNN

Jeg presenterer her helsearbeidernes forståelser av og erfaringer med recovery ut fra sin livsverden strukturert i form av fire hovedtemaer og undertemaer¹⁴. Ifølge Kvale & Brinkmann (2012, s. 221) tilsvarer forståelseskonteksten «selvforståelse», som betyr at fortolkningen representerer en fortettet forståelse av intervjuedes egne synspunkter – slik forskeren oppfatter dem.

4.1. Tema 1: «Recovery – det er sånn vi tenker»

4.1.1 Recovery er kjent

Intervjudeltakere ga uttrykk for å være kjent med recovery fra grunnutdannelsene innen verne- eller sykepleie og fra videreutdannelsene i psykisk helsearbeid. De ga derfor også uttrykk for at de kjente begrepet og sa at de selv tenker recovery i sin daglige praksis. «Jeg vet ikke om vi nødvendigvis bruker ordet [recovery]¹⁵ så mye. Men (...) det er sånn vi tenker.» Eller også: «Men sånn i jobbsammenheng her så har vi ikke så veldig mye fokus på selve begrepet. Men...når jeg jobber, så har jeg det med meg.»

Helsearbeidere i den ene fokusgruppen fortalte om at de har jobbet med recovery i mange år og at recovery ikke var noe nytt. Formuleringen jeg la merke til var at man begynte «å bli litt lei recovery». Den andre gruppen fortalte om at recovery i veldig liten grad var tematisert på arbeidsplassen. De ga uttrykk for at de så på recovery som en teori av flere som man «plukket fra».

4.1.2 Holdninger og forståelser

Recovery ble ansett som en holdning overfor brukere og en tilnærmingstype. Et syn var at recovery handlet om at brukeren sitter i førersete og at det er brukeren som styrer sitt liv. «Jeg tenker at

¹⁴ Alle navn er anonymiserte. Deltakernes utsagn er gjengitt i bokmål og forfatteren har tillat seg å gjengi utsagn i en språklig lett redigert form – uten at deltakernes mening er kompromittert.

¹⁵ Ordet i firkantet parentes er utfyllt av forfatteren. Dette gjelder for øvrig også for resten av teksten hvor firkantet parentes dukker opp.

personen selv har det i seg, det som trengs for å (...) komme seg selv. For meg handler recovery om å få lov til å komme seg i sitt tempo, sant? Men òg å kunne leve et meningsfullt liv med de utfordringene som de har i hverdagen, sant?» Helsearbeideren som sitter med sin kunnskap og erfaring, brukeren som sitter med sin brukerkunnskap het det. *«Sammen så skal vi finne fram til den veien som er best for den å gå, sant? Og så skal det være på brukerens sine premisser, sant? Det skal ikke være mitt som skal gjennom. Selv om jeg tror at det av og til kan være litt vanskelig.»*

Andre helsearbeidere ga uttrykk for at brukerne er dem som vet hvor skoen trykker og at det er de som må si noe om – *«så langt en er i stand til det»* - hva de trenger for å *«nå målene»* eller oppnå *«endringer eller en utvikling»*. En annen helsearbeider mente: *«Dette med å klare å hente frem deres egne ressurser. De - på en måte – de går skrittene selv. (...) Det er en lang prosess for å klare å bli velfungerende igjen» (...)* *«Men..., det styres jo av hva som bor i personen, hvor hen vi kan ende opp altså, hvor velfungerende kan man bli.»*

En forståelse var: *«Og det går jo veldig mye på at man møter dem der de er og lar dem på en måte finne ut hva som er best for dem. At vi følger dem litt på hva de trenger. Og ... ser jo at mange har blitt bedre og noen har kommet seg ut i jobb, sant?»*

Et syn var at recovery er noe som går utover medisinsk enkeltbehandling og at en ikke tenkte så mye på behandling. En annen mente at recovery betydde å tenke helhetlig. En sa det slik: *«Jeg tenker recovery er mye mer enn den lille biten vi bidrar med i livene deres. Altså det, det er alt rundt de, hele livet deres – på en måte.»* Helsearbeideren sa at recovery handler om *«friheten til å velge selv»*. Det var derfor viktig å støtte brukeren i egne valg. *«Så dette at vi ikke stopper noen. Det tror jeg er forferdelig viktig»* mente en kollega bekreftende. En helsearbeider sa at det viktigste var å *«hele tiden gå i lag med brukere»*. Å etablere en stabil og tillitsfull relasjon ble ansett som grunnleggende for å kunne være en støtte.

4.1.3 Målet med recovery

Målet med recovery ble beskrevet som: *«[Jeg] tenker at de fleste mennesker har vel et ønske om å finne mening med livene sine.»* Andre beskrev målet med recovery som: *«å få det så bra som mulig», «klare seg uten hjelp», «at de har det godt»* eller *«å leve et meningsfullt liv med de utfordringene en har i hverdagen», «livskvalitet», «finne livsglede»* og *«å føle seg verdsatt av noen», «å bli velfungerende igjen»* og *«forhindre de store innleggelser»*. En helsearbeider resonnererte at det ikke

fantas en «gulloppskrift» eller «fasitsvar» å jobbe etter, fordi menneskene er ulike. Men bildet er litt mer nyansert enn det. En av helsearbeidere uttrykte også en form for realisme når det gjelder personer med alvorlige psykiske lidelser: «*Spesielt hvis de (...) har tunge psykiske lidelser, (...) de vil mer eller mindre til enhver tid ha sine problemer.*» Han hadde en oppfatning av at: «*recovery – det kan godt være stabilisering*».

4.2 Tema 2 «Å heile tida gå i lag med brukere»

4.2.1 Syn på egen rolle og funksjon

En dominerende rolleforståelse helsearbeidere samlet sett ga uttrykk for var å kunne støtte brukere, å hjelpe brukerne med å finne sin egen vei og oppnå målene sine. Ett eksempel på dette handlet om hvordan en helsearbeider støttet en bruker i det han faktisk mestret når brukeren ikke kunne se det selv lenger. «*Vedkommende har sagt selv i ettertid – at det var så bra ...så ser du gjerne ikke selv de ressursene du har. Og det at andre kan se det og oppsummere litt hva har du fått til og følge deg på veien i ditt tempo...du går sammen med de på en måte*».

En annen helsearbeider beskrev hvordan hun støttet en bruker som hadde bestemt seg for å studere. Hun var som fagperson selv heller negativ til det hele: «*...samtidig så kunne jeg ikke si det, fordi det var viktig for denne personen...*» Helsearbeideren: «*...jeg måtte jo støtte vedkommende i det. At, ok, det var den personen sitt valg, og vedkommende ønsket det veldig inderlig.*» Brukeren måtte til slutt innse at han ikke klarte det han ønsket. Og helsearbeideren sa at hun trodde at nedturen ville bli mye større for brukeren. Men - hun fortalte: «*Det gikk egentlig veldig fint. Og så tenker jeg, det var viktig allikevel. Fordi, det er noe med å kunne krysse litt av på ting som du har tenkt og får gjort deg egne erfaringer.*» Hun betonet viktigheten med å ikke være ekspert eller prøve å være overbeskyttende og forsåne brukeren for nederlag.

En fokusgruppe beskrev sitt syn på egen rolle ved å antyde hvor forskjellig deres ståsted var i forhold til spesialisthelsetjenesten. I samarbeid med spesialisthelsetjenesten, hvor en av helsearbeiderne hadde ansvar for å være koordinator for en Individuell Plan (IP), fortalte hun at bare to uker etter et samarbeidsmøte «*så får vi spørsmål [fra spesialisthelsetjenesten] om han [brukeren] er ferdig, sant?*»...«*Så, den, på en måte, iveren til å bli ferdig, sant? Da måtte vi bremse litt opp og si at vi må jobbe på linje eller i lag med henne.*» En kollega mente dette i forhold til «andre systemer i

helsevesenet»: *«Det er litt sånn behandlingspakke-forløp-ferdig-arbeid. Og så kommer vi kanskje inn etterpå når de er liksom ferdig behandlet. Det er ikke tenke så mye behandling... vi er ikke behandlingsinstitusjon, vi er jo en støttefunksjon.»*

Helsearbeiderne sa de bringer inn sin kunnskap og erfaring i samarbeid med brukeren. Det forekom noen ulike utsagn om betydning av helsearbeidernes kunnskap. En sa: *«Og det å sitte med mye kunnskap, det er jo egentlig det som blir litt oppskriften. Hva – på en måte – hva pakke man kan få til å skru sammen som er best for hver enkelt, sant?»* En annen mente: *«Så tenker jeg dette med faglighet. Jeg tenker at det (...) krever en kompetanse til å vurdere både på lang og kort [sikt] ...du liksom [må] kunne ta beslutninger her og nå. Og du skal ha det lengre perspektivet. Og da tenker jeg at det...krever en del kompetanse, erfaring og teori.»*

En helsearbeider brukte bildet av en krykke når hun forklarte sin rolle overfor brukeren: *«At du er litt den der krykken som går på siden. Men av og til må du òg være to krykker, sant?»* Hun sa at det kan være nødvendig at helsearbeideren må ta en avgjørelse på vegne av brukeren. Ambivalensen for dette er stor mente hun. Hun forklarte dette med at brukernes behov kunne endre seg og at livet gikk i bølger. Hun påpekte viktigheten med å «lese» hvor personen «er» og hva brukeren trengte.

Det å gjøre noe sammen med brukeren og hjelpe konkret og praktisk kunne være en måte å støtte brukerne på slik en av helsearbeiderne uttrykte det: *«Og så en ting til jeg har lyst å si som jeg tror er grådig viktig. Det er å tørre å gjøre de tingene vi kanskje ikke alltid tenker at vi har tid til. Som en pasient som ikke hadde vært på graven til mannen på seks måneder. Det å møte den pasienten på akkurat det, sant? Å kunne ta en dag og så bruke noen ekstra timer å reise opp å gjøre det. Det tror jeg er viktig.»*

Det å være en «stabiliserende faktor» for brukeren ble også trukket frem som betydningsfullt: Å være en stabil kontaktperson over tid – i motsetning til en innleggelse hvor en er fort ute igjen og mister kontakten. Stabilisering kunne være en viktig oppgave for helsearbeideren i en fase hvor brukeren ikke selv klarte å sette egne mål eller dersom livsforhold var så kaotiske at stabilisering og struktur i hverdagen var det som trengtes mest der og da. Også med tanke på å forebygge forverring ble stabilisering trukket fram som viktig for recovery. *«For enkelte er det sånn at hvis ikke de har den stabiliserende faktoren i livet så kan de fort bli veldig dårlig...over lengre tid. Så tenker jeg, recovery, det kan godt være stabilisering».*

Det å støtte brukeren og vise at man er der er noe som gir brukeren trygghet til å åpne opp og finne fram ressursene sine selv, påpekte en helsearbeider: *«At det kommer fram det som ligger da, fordi tryggheten er der.»* En annen betegnet sin rolle som å være en slags «sparringspartner» for tanker og støttesamtaler.

Et syn om egen rolle knyttet til recovery var å huske å «ikke gå inn å ordne opp for dem. Men, igjen, ok, være en støtte hvis de treng det, men la de få lov til å bruke de ressursene de har og ikke gå inn og overta. Ja.» En annen sa: «Jo mer du klarer å gjøre ting med de istedenfor for de, jo mer støtter du opp under selvbilde og selvtillit da.»

Helsearbeidere ga uttrykk for at det var av betydning å jobbe med seg selv. Det å reflektere om sentrale problemstillinger i kollegium var noe en fokusgruppe fortalte om og mente de var gode på. En av helsearbeiderne mente at hun hadde gjennomgått en modningsprosess i jobben og sin forståelse av hva det gikk ut på.

4.2.2 Ressurstenkning

Helsearbeidere ga uttrykk for å være opptatt av å finne fram brukernes ressurser. De ga uttrykk for at mennesker har ressurser til å komme seg og beskrev ressurs først og fremst som noe som «*bor i personen*» eller en indre drivkraft. Relasjonen mellom helsearbeider og bruker har betydning for å finne fram til ressursene slik en helsearbeider påpekte: «*Hvis du blir ordentlig kjent med folk, så vil du alltid finne en eller annen drivende kraft hos de fleste...*».

Denne indre drivkraften har stor betydning for et bedre liv – slik en av helsearbeiderne påpekte:

«*Hvis du kan finne noe som du vet har gitt livsglede til en person tidligere som de har sluttet med. Og du kan få de til å ta opp igjen noe av det de har gjort før. Gjerne på et lavere nivå eller på et mindre intenst nivå – så vil ofte den ... veldig lille aktiviteten kan være utrolig viktig for folk.*»

Glede og livsglede gjennom en aktivitet kunne understøtte brukerne til å ha en hverdag og et liv som var til å holde ut for en del, mente helsearbeideren videre. Helsearbeiderne ga uttrykk for at det var viktig for personen å finne muligheter til å bruke egne ressurser, gjerne gjennom å gjøre noe som hadde betydning for brukeren.

Det å finne ressurser var «*kjempeviktig*» og viser at man fokuserte på det friske i brukeren – i motsetning til hvordan man tidligere tenkte i helsevesenet og fokus på det syke, var det en som mente. Å få fram det friske kunne bety å finne det som pasienten likte å gjøre, f. eks. en hobby. Poenget er at personen får brukt ressursene sine og å utfolde seg på det en mestret. I et eksempel fortalte en helsearbeider hvordan hun tok med eget strikketøy hjemmefra og muliggjorde en aktivitet som for brukeren var høyt verdsatt, strikking. Ifølge helsearbeideren bidro dette til å gi

brukeren en form for fred fra problemene sine. Flere helsearbeidere påpekte at recovery ofte handlet om små ting, små ting ut fra en helsearbeidernes perspektiv, men som fremsto som viktige og store ut fra brukernes perspektiv.

En erfaring var at brukere ofte ikke så sine egne ressurser fordi de «*ser bare problemer og slit i hverdagen.*» Å finne fram ressursene var noe som kunne ta tid ifølge helsearbeidere. I denne sammenhengen var det en oppfatning at det å finne fram til ressursene var noe som brukeren gjerne klarte selv etter hvert. «*Forventningen er at vi kan stå på og prøve å finne ressursene, men... så synes jeg å se at når de får tid på seg, så finner de det fram i seg selv, sant? Plutselig så dukker det opp noe som jeg ikke har tenkt på. At dette her liker de godt å gjøre, men - det kan de får gjort selv. Og da tror jeg at de har den støtten til at vi er nå da ved siden av dem. Da ... da åpner seg opp inni dem tenker jeg.*»

Helsearbeiderne fortalte også om å ha blitt overrasket over at brukerne hadde mer ressurser enn man trodde. «*Og så viser det seg at, når ting er veldig viktig, så er det mange som har mye mer ressurser enn det man egentlig er klar over.*» Hun kommenterte videre at brukerne måtte få lov å bruke sine egne ressurser og at man som fagperson ikke burde gjøre for mye for dem.

Flere helsearbeidere understrekte å ha tro på brukeren i forbindelse med recovery. Det kunne hende at helsearbeideren måtte velge å tro på brukeren, selv om helsearbeideren ikke alltid var like overbevist om at brukernes ønsker og valg var rett eller lurt. En som fortalte om dette mente: «*... altså det er en avveining av mellom det å ha tro på, men samtidig verne om store nederlag.*»

En av helsearbeidere brukte formuleringen «*å våge å tro på*» når han fortalte om en ung mann som slet sosialt og praktisk i hverdagen, men som hadde store intellektuelle ressurser. Han fortalte at det var avgjørende for at brukeren klarte å gjennomføre et krevende studium på masternivå at flere «*våget å tro på han.*» Ifølge helsearbeider var det sentralt at brukeren ble støttet «*fra forskjellige systemer rundt om*», f. eks. ble foreldre nevnt. Og han la vekt på viktigheten av å støtte de som var rundt brukeren, «*virkelig backe de!*».

4.2.3 Prosesstenkning

Helsearbeiderne ga uttrykk for at de følger brukerne i en prosess som kan ta veldig lang tid, det vil si opptil flere år. Prosessen er også preget av fram-og-tilbake-bevegelse.

«Du vet aldri hvor mange steg tilbake du tar før du klarer å ta noen steg i riktig retning» var det en som mente. I tillegg var det en forståelse av at prosessen ikke alltid gikk oppover, at livet hadde sine opp- og nedturer.

En poengterte at «at man ikke bare er der i gode tidene, men at man også er der når ting virkelig går trått.» Helsearbeiderne ga også uttrykk for en forståelse av at «endringsprosessen» forløper i faser og at det for helsearbeideren handlet om å se hvor brukeren var i prosessen for å kunne tilpasse hjelp og støtte. «Du tilpasser hjelp i forhold til hvor de er henne i endringsprosessen, sant?»

Et annet syn var at brukeren måtte være «klar for endring», for eks. for å kunne ta imot hjelp. Det er en prosess i seg selv å komme til det punktet hvor brukeren er klar og har «vilje til endring». En av helsearbeidere sa hun opplevde ofte at brukeren ikke var helt klar og da var det viktig å bruke tid og vurdere fortløpende hvor tett oppfølging brukeren hadde behov for.

Det kunne være vanskelig å se veien – både for brukeren og for helsearbeideren, mente en annen. Hennes erfaringer var at unge voksne ofte var usikre på hvor de ville og lot seg påvirke i for stor grad av det vennene gjorde. For helsearbeideren på sin side kunne det bli en utfordring å finne seg til rette i de mange mulighetene som fantes for å komme videre, f. eks. finne en egnet skole.

En forståelse var at man aldri måtte gi opp en bruker. Helsearbeideren beskrev hvordan hun hadde fulgt opp en person over flere år. Hun brukte lang tid på å trygge ham for å «komme over dørstokken». Helsearbeideren fortalte også at hun underveis ikke så flere muligheter lenger.

Brukeren hadde likevel en sterk drivkraft til å begynne på en skole. Det førte til at også helsearbeidere hadde «lik som fått summa ned igjen og begynt å se litt ut igjen. Ja, så tok [jeg] det opp litt her og der, sant? Og kanskje nå kan vi klare at denne personen kan gå på skolen.»

Å vurdere når prosessen har kommet til et punkt hvor en kan avslutte oppfølgingen kunne være en utfordring slik en fortalte: «Det er jo opp til oss selvfølgelig å vurdere hvor lenge er dette vesentlig. (...) For det kan jo ikke alltid bli for livet – for å si det sånn. (...) Det kan være like vanskelig å få avslutte kontakt som å fortsette kontakt av og til.»

4.3 Tema 3 «Vi vil så gjerne»

4.3.1 Målsetting

Et av temaene helsearbeidere var opptatt av er målsetting og tanken om at brukeren må si noe om hva han eller hun trenger, hvilke mål en har. *«Vi kan ikke sette opp målene for deg. Det må være ting som du ønsker og så skal vi hjelpe deg på veien liksom.»* En annen mente: *«Det er jo dem [brukere] som må si noe om hva som er det langsiktige, hva som er det kortsiktige [målet]. Hva skal vi jobbe med nå, sant? For å nå de ulike målene.»*

Helsearbeidere antydte i mer eller mindre grad ulike aspekter og problemstillinger knyttet til målsetting. For eksempel sa helsearbeiderne at det kunne være vanskelig å definere et klart mål. Brukeren hadde ikke nødvendigvis uttalte eller konkrete mål og brukerne kunne være usikre på hva de ønsket. En måte å håndtere en slik situasjon på var å bruke tid på å finne mål, ifølge helsearbeiderne. Det kunne hende at andre ting måtte prioriteres i arbeidet før man kunne tenke på å sette opp mål.

Det var også en oppfatning at brukerne kunne ha for store mål – sett fra helsearbeidernes ståsted. Denne problemstillingen var det flere som kommenterte. En mente at urealistiske mål kunne bli realistiske på et senere tidspunkt. En annen helsearbeider fortalte om hvordan hun valgte å støtte brukeren hun fulgte opp til tross for at hun selv var negativ til det han ønsket å gjøre. Men hun gjorde det – og hold sine egne meninger tilbake overfor brukeren.

4.3.2 Hva er pasientens beste?

Et annet aspekt rundt målsetting er antydte her: *«Det er ofte at vi har veldig mange ønsker. Hvis du bare gjør sånn, så... sant? Vi vil så gjerne. Av og til så kan det være at en glemmer at en... det nytter ikke hvor mye vi vil, sant? (...) Det er personen som må ville det selv.»* Ulike helsearbeidere kom inn på dette med å ha sine egne tanker om veien videre men som ikke nødvendigvis gikk overens med det brukeren selv ønsket. *Ja, dette med når du kjenner...ja, et ønske på vegne av pasienten som er mer i tråd med din egen standard eller dine egne tanker om hva som er et godt liv.»*

En av helsearbeidere mente til dette:

«Ja, og da tenker jeg hvordan (...) jeg kanskje har modnest litt siden jeg begynte - om jeg skal si det sånn (humrer litt). Så det er jo noe med å tenke med at en person skal ha det sånn og sånn, bør liksom leve – ja – på en sånn måte som jeg kan synes det er ok, men så er ikke det brukeren ønsker.... Det tenker jeg er forferdelig viktig i denne jobben. Og så finner vi ut hvordan den personen som vi har kontakt med ønsker å ha det, ønsker å leve. Ja, så er det verdier i livet og mål. Ja.»

Avstanden mellom brukernes verdier og måten å løse problemer på og helsearbeidernes egne verdier og valgene en selv ville ha tatt opplevdes til tider som veldig stor slik en helsearbeider ga uttrykk for. Helsearbeideren sa:

«Så er det det med ... rusbiten. Hvis du da sitter litt på sidelinje og så ser du valgene som de tar. Og så blir det så absurd i forhold til hvordan du selv hadde valgt å løse det, sant?»

Meninger kunne være sterke, særlig når det gjaldt erfaringer med personer med rusavhengighet: *«De ser på en måte ikke ofte sitt eget beste i det hele tatt! Da tar de...at de kan trå så feil på en måte...»(...) «Men da er det å jobbe med seg sjølv, du kan ikke sitte å så si det.»*

En annen helsearbeider påpekte nettopp viktigheten med å kunne akseptere ulike verdigrunnlag for å kunne jobbe med recovery: *«Hvis du klarer å akseptere at folk ikke har -kanskje - helt samme verdigrunnlaget som deg selv og ikke helt samme uttalte mål som deg selv for livet sitt, og akseptere at kanskje folk vil ruse seg innimellom, kanskje folk vil trekke seg tilbake. ... Det å tåle det, det er, det er jo en utfordring i forhold til logistikk og arbeid og sånn, men, men ... av og til må man gjøre det [ellers] vil man ikke klare å (...) bidra til noe recovery i hvert fall.»*

Helsearbeiderne i en av fokusgruppene bekreftet at de «stadig vekk» opplever å komme i en indre konflikt mellom sine egne faglige vurderinger og brukernes ønsker, men også at de er klar over det. En av helsearbeideren sa at det var viktig at brukerne vet at du vil deres beste. En kollega mente at hvis brukeren vet hva som er det beste for han, så måtte hun forholde seg til det.

4.3.3 Finne maktbalanse

En helsearbeider sa: *«Vi har jo støttefunksjon... Og det er lett å glemme det. Det er vel lett å tenke våre ... vi skal ha så mye mål hele tiden.»* Hva er det som gjør at helsearbeideren kanskje kjenner på en mer eller mindre uttalt forventning om å måtte presentere mål for noen? Også en annen

helsearbeider sa: «*Det er lett det blir våre mål på den planen [IP]*» og antydte spørsmålet om hvem som egentlig bestemmer i forholdet til bruker. Er det visse situasjoner, som f. eks. samarbeidsmøter, som gjør at det skjer?

Helsearbeidere fortalte om at de kan komme opp i situasjoner hvor de må ta avgjørelser på vegne av brukere:» *Av og til så må vi jo gjøre... ting, sant? Men... liksom, klare den balansen da.*»

En annen mente at ambivalensen kunne være stor når hun måtte ta avgjørelser på vegne av brukeren, f. eks. kontakte barnevernet eller få brukeren innlagt med tvang. Det oppleves som vanskelig for helsearbeideren – og slik helsearbeideren påpekte, enda mer vanskelig for personen selv. Denne helsearbeideren stiller også spørsmål om hvor bevisst man var sin maktposisjon i forholdet til bruker:

«*For vi påvirker, vi har jo stor påvirkningskraft! ...Den makt som vi faktisk sitter med som hjelper, det tror jeg vi kan ha litt lett for å glemme av og til.*»...» *Jeg tror, uten at vi tenker på det av og til, så sitter vi med mer makt enn vi gjerne tenker øver i situasjonen, sant?*»

4.4 Tema 4 «Utenomting»

I dette avsnittet presenterer jeg helsearbeidernes oppfatninger om det en av dem kaller for «utenomting»: «*Det er ikke den der psykiske lidelsen (...) sant? Det er liksom ... ting rundt, det er økonomi, det er hus og heim, det er familierelasjoner, sant? Som ligger der.*»

4.4.1 Bolig og økonomi

Problemstillinger angående bolig og økonomi og sammenhengen med recovery blir tematisert i en av fokusgruppene. Bolig og økonomi ble betegnet som noe som «*er så ødeleggende hvis de ikke er på plass*». En helsearbeider forklarte hvordan han mente at problemer kan oppstå: «*Etter hvert som man (...) sliter litt, så baller det fort på seg. (...) Det å få bolig på plass, det å få struktur på økonomi og sånne ting, det kan hjelpe veldig mye på det.*»

At ordnede boligforhold for brukerne er av betydning for recovery er noe en annen forklarer: «*Jeg tenker at det [=bolig] handler også om tryggheten. For tryggheten må ligge i bunn skal en klare å utvikle seg som menneske, sant? Så må man ha tryggheten.*»

Helsearbeiderne i en av fokusgruppene hadde en klar oppfatning om at de kjente til personer som slet med å bo for seg selv – enten i egen bolig eller i kommunal bolig. Når brukere måtte finne seg en bolig på det private leiemarkedet så kunne det fort skape økonomiske problemer pga. prisnivået. Helsearbeiderne så derfor behov for et bedre kommunalt boligtilbud, også med personal tilgjengelig. *«Vi vet jo at vi har folk som bor i kommunale boliger men som ikke klarer å bo i boligen, sant? Og det er klart, (...), det at vi da opprettholder en bolig i mange år som brukeren ikke klarer å bruke, ikke sant? Det er for vanskelig. En må ha mer trygghet. Så er det jo fortvilt for oss å se...»*

Problemer med bolig står ofte i en sammenheng med økonomi. Helsearbeidere fortalte om at mange de hadde kontakt med har kredittgjeld. Deres erfaring var at gjeldsproblemer gjerne hadde vokst seg store over mange år når helsearbeidere kom inn i bildet. En forklarte dette: *«Hvis du først slutter å åpne posten, så baller det fort på seg. Og det er jo ofte... det er en vanlig problemstilling.»* Videre heter det: *«Og så...til slutt når det har gått et par år uten at du har åpnet posten din så har du virkelig mye mye større problemer...»*

Helsearbeiderne i en av fokusgruppene ga uttrykk for å møte en del brukere i en situasjon hvor økonomiske problemer fremsto som nærmest uoverkommelige for brukerne og som var krevende også for helsearbeidere. Problemet med økonomi skapte *«mye urolighet»* hos brukere og er noe som *«henger der uansett, det forsvinner jo ikke. Det er så viktig, men det er vanskelig.»*

«Når tingene rundt ikke er på plass – på en måte – da klarer en ikke å få fred å jobbe med seg sjølv heller, ikke sant?» mente en av helsearbeidere. En kollega fortalte om at samarbeid med NAV var en del av jobben for å bistå brukere å søke om ytelser eller komme inn i en form for aktivitet. Helsearbeideren ga uttrykk for en personlig frustrasjon i samarbeid med NAV bla. på grunn av mange regler å forholde seg til. Han opplevde at de *«tyngste brukerne»* detter ut av systemet og ga uttrykk for at brukerne ble forskjellsbehandlet – avhengig av hvilken saksbehandler en hadde og av ulike kriterier som ble lagt til grunn.

4.4.2 Betydningen av aktiviteter og gruppetiltak

Helsearbeidere i begge fokusgrupper knyttet ofte tiltaks- eller hjelpetilbud for brukerne til en eller annen form for aktivitet. Aktivitet kunne være både regulære aktiviteter som utdanning, arbeid, verdsatte fritidsaktiviteter eller også former for tilrettelagte gruppetilbud slik som dagsenter, et lavterskeltilbud, aktivitetsgruppe, musikkgruppe eller livsmestringsgruppe i regi av helsetjenestene.

Flere helsearbeidere fortalte om at de hadde støttet brukere i å komme inn i en form for regulær utdanning på en videregående skole eller annen høyere utdanning – med ulike utfall. Et eksempel handlet om en bruker som klarte å gjennomføre et krevende masterstudium og som nå er i jobb i halv stilling og veldig fornøyd med det. For en annen bruker var det nok bare å få tilbud om plass – å få vite at han hadde mulighet til å komme inn på en skole.

En av fokusgruppene tematiserte at det kunne være utfordrende å finne rette hjelpetilbud for brukeren. Oppfatningen var at hjelpeapparatet kunne være stort og uoversiktlig. Det kunne være krevende å vite hvor alle disse er og å finne det som er rett for brukeren, en helsearbeider påpekte:

«Og tenke det å komme til rett sted, sant? For eksempel (...) en videregående skole i (...) som legger så fantastisk godt til rette for de som strever psykisk. Og den krongleveien til å komme der, sant? Sånn at vi har prøvd mange andre tiltak som brukeren ikke har klart... Men så ser jeg, når han kommer på rett sted og folk vet hva det dreier seg om og det er ressurser tilstede – så kan det være mulig for denne personen òg [å ta utdanning] - til tross for sine psykiske problemer som er ganske sterke og hemmer veldig i hverdagen – sant?»

Men det var også en oppfatning om at det var en lang vei å gå i samfunnet før alvorlig psykisk syke personer kunne få komme ut i arbeid. Forholdene ligger bare ikke til rette for det. Helsearbeidere ga uttrykk for at mange brukere er ensomme og isolerte hjemme, har ikke nettverk og generelt lite kontakt med andre – kanskje bare kassadamen i butikken eller helsearbeideren. I tillegg fortalte helsearbeiderne om at mange brukere hadde problemer med økonomi, helse, ikke hadde bil eller klarte å ta buss, og at dette hindret dem i å delta i samfunnet. Aktivitetsgruppetilbudet i en av tjenestene rettet seg da også mot personer «som – på en måte – ikke...benytter seg av andre aktiviteter i samfunnet ...» slik en helsearbeider forklarte.

De to grupper med helsearbeiderne jeg intervjuet hadde tydeligvis ulike utgangspunkt. Mens en gruppe ga uttrykk for frustrasjon over å ikke kunne tilby aktivitets- og gruppetilbud i egen kommune, fortalte den andre gruppen om at de hadde opprettet egne gruppetilbud som aktivitetsgruppe og livsmestringsgruppe i tillegg til at de også hadde aktivitetshus tilgjengelig.

Helsearbeidere i begge grupper fremhevet verdien av aktiviteter og gruppeaktiviteter for brukernes recovery. Aktivitet – så en av helsearbeiderne - betydde å ha noe «meningsfullt å gå til» som er «ufattelig viktig» og at det å mangle noen form for tiltak, «det er nesten sånn vi kan ta livet av folk tenker jeg av og til». Å tilby gruppeaktiviteter er ment for å imøtekomme «allmennmenneskelige behov» å være en del av et fellesskap og et ønske om å gi brukerne en følelse av å være verdsatt og inkludert. Det har en verdi å kunne bety noe for andre, det å kjenne at man ikke er alene med problemene sine, å kunne være en ressurs for hverandre og hjelpe hverandre. «At det er en verdi i

seg selv at de får bruke hverandre. At vi [som helsearbeidere] egentlig skal i bakgrunnen. Fordi ... og da er vi tilbake til ressursane. Jeg tenker at alle mennesker har ... ressurser» sa en.

Helsearbeidere mente det var viktig for brukere å ha et sted der noen venter på en, et sted hvor en kan være seg selv, uten krav om å være vellykket. Helsearbeiderne i en av fokusgruppene hadde en egen aktivitetsgruppe hvor de organiserte fritidsaktiviteter som turgåing, kjøreturer, bowling eller å gå på kino. En helsearbeider fortalte: *«Og særlig de der kjøreturene hvor vi egentlig ikke har hatt så mye med det målet enn å bare kjøre et sted og evt. gå ut av bilen og spise litt kjeks og drikke kaffe som vi har med oss»*. Meningen var å skape gode opplevelser og at folk følte seg verdsatt: *«Ja, bare å få tilbud om å være med på sånt. Selv om ikke de nødvendigvis blir med [på] ... hvert tilbud de får... Men jeg tror, folk føler seg litt verdsatt da (...), rett og slett litt verdsatt.»*

En helsearbeider beskrev hvordan en bruker har blitt bedre over tid. Hun beskrev hvordan hun fulgte brukernes ønsker om hvilken oppfølging han ville ha av helsearbeideren og at det ble et samarbeidsmøte etter brukernes ønske. Det endte med at han fikk tilbud om å være med i en musikkgruppe og et band: *«Han har begynt å spille [et instrument] og det har han alltid hatt en drøm om. Så nå bruker han musikken og går på masse konserter, (...), og liksom fått en mening med livet med dette»*.

4.4.3 Nettverksarbeid

I en av fokusgruppene ble nettverksarbeid tematisert som en del av recovery. To vellykkede eksempler ble trukket fram hvor nettverksarbeid var til hjelp og positiv for brukernes recovery. Et eksempel handlet om en ung jente som kom i kontakt igjen med far og stemor gjennom målrettet nettverksarbeid. Et annet eksempel handlet om betydningen å støtte en brukers nettverksressurser som igjen var viktig for en ung mann som skulle studere. Selv om helsearbeiderne hadde noen positive erfaringer med nettverksarbeid, ga de også uttrykk for frustrasjon over at man ikke klarte å jobbe mer nettverksbasert.

«Det er en seig materie altså, dette med pårørendearbeid og nettverksarbeid.» En annen sar: *«...jeg tenker at der har vi mye å gå på for å si det sånn. Det [nettverksarbeid] er vi ikke så veldig god på.»*

Som en grunn for at dette kunne være vanskelig nevnte helsearbeidere at brukere ikke ønsket å ha med nettverket sitt. En erfaring var at brukere kunne bli veldig sinte når de møtte sine pårørende i et

samarbeidsmøte og at de ikke ønsket å ha pårørende med på dette. En annen erfaring var at særlig eldre brukere gjerne ikke hadde et stort nettverk igjen.

4.4.4 Arbeidsbetingelser og recovery

Helsearbeiderne så en sammenheng mellom egne arbeidsbetingelser og recovery. Man opplevde ikke jobben som et «rigid system». En helsearbeider beskrev hvor ubyråkratisk det var å ta opp igjen oppfølging av en tidligere bruker etter ett års pause. Det var bare å gi beskjed til forvaltningen om at «*nå er vi i gang igjen*».

Helsearbeiderne ga uttrykk for at de hadde stor frihet til å styre dagene sine selv ved å sette opp egen dagsplan. Denne friheten ble også brukt i forhold til regler – slik som «*psykiatrisk oppfølgingsplan*», et regelverk som ble innført i en av tjenestene. En slik plan rettet seg mot en definert brukergruppe og skulle settes opp av helsearbeidere i løpet av de første tre månedene. Målet var å foreta en kartlegging og definere mål og mening med helsefaglig oppfølging innen tidsfristen. Helsearbeiderne antydte at dette ikke egentlig overstyrte egne valg. Muligheten for å forlenge oppfølgingen bruktes ofte, og mange brukere fulgtes over lang tid. Tid hadde betydning for recovery. En sa: «*Og det er kanskje det som gjør det lettere for oss å jobbe etter recovery, sant? Fordi at, vi har den ...tiden på oss.*» En annen sa det slik: «*Det å kunne si «her må vi tenke langsiktig, her må vi tenke mange år framover» - det er en styrke i vår arbeidssituasjon.*»

Helsearbeiderne mente at arbeidsbetingelser gjorde det mulig å være fleksibel med tanke på oppfølging av brukere. De fortalte at de kunne gjøre veldig mange vurderinger selv og forklarte at de kunne tilpasse måten og graden av oppfølging de ga til brukere etter behov. «*Altså ... der igjen er det jo, «hvor er de henne», sant? I perioder går det kanskje kjempefint. Og da kan du trekke deg litt tilbake, men det gjør vi jo òg i samarbeid med brukeren.*»

En annen fordel med å styre dagene sine selv var at helsearbeiderne hadde mulighet til å reagere kjapt på akutte behov. De færreste dagene ble slik som planlagt hevdes det. «*Og så kan vi på en måte hoppe i det hvis der noe akutt...de trenger å finne et sted i morgen – på en måte.*» Fleksibilitet var også viktig når det gjaldt å kunne velge hvor en møter brukerne: «*Hjemme, her på kontoret, på kafè, på aktivitetshus og så ... gå tur. Det (...) er jo òg veldig mye opp til brukere at vi... er ganske fleksibel.*»

Helsearbeiderne anså det som en fordel at man kunne jobbe sammen eller i team. «...at vi kan jobbe i lag med brukerne. At vi er flere som følger opp...som kjenner de [brukere] , at vi kan diskutere i lag om jeg er på rett vei, hvordan oppfatter du?»

Samarbeid med kollegaer var også viktig for å finne støtte og trygghet i hverandre: «Og så tenker jeg at vi har hverandre. Vi må ha en luftekanal. For dette å gå med ting alene. I en del saker er vi jo to. Er sakene litt tøffe, sant? Så er det nødvendig at vi er to.» Helsearbeiderne ga uttrykk for at de kunne havne i situasjoner som kunne være potensiell farlige. En tydelig sjef og gode trygge rammer var derfor veldig viktig i jobben.

Helsearbeiderne i en av fokusgruppene fortalte om ansettelse av en MBer i tjenesten, en «medarbeider med brukererfaring», som er en person med erfaringer fra egen psykisk lidelse. Helsearbeiderne anså MBer som en ekstraressurs for å støtte brukerne, en som rent organisatorisk gikk på toppen av det helsearbeideren allerede er var gang med. Helsearbeidere beskrev MBer som en med en annen tilnærming enn dem og en som kunne formidle håp til brukere.

En av fokusgruppene tok opp overordnede rammer som hadde betydning for recovery og kom med et ønske om at politikerne og kommunestyre så behovene til både ansatte og brukere. Konkret ble det nevnt at et tjenestebil er tilgjengelig og at et bedre boligtilbud for brukere var ønskelig.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet fortolker jeg funn i lys av relevant teori om recovery og kontekstbetingelser.

5.1 Fortolkning i lys av teori

Informantene ga samlet sett uttrykk for et bevisst forhold til recovery som en måte å tenke på i arbeidet. Det er også påfallende at helsearbeideren ga uttrykk for en overveiende felles forståelse og i liten grad individuelle og innholdsmessig avvikende forståelser. Helsearbeidernes begrepsforståelse kan sies å tilsvare begrepet «personlig recovery». Recovery ble overveiende sett på som en personlig og individuell prosess som personen gjennomgår for å oppnå et bedre liv og som helsearbeiderne var innstilt på å støtte opp under. Informantene beskrev derfor recoveryorientert praksis først og fremst

som en personorientert tilnærming basert på et godt samarbeidsforhold til brukeren. For informantene var det avgjørende å finne fram til personens egne ressurser og mål i arbeidet med å gi støtte.

Denne tolkningen av helsearbeidernes begrepsforståelse støttes ved at informantene ikke beskriver recovery som en form for behandling for å oppnå symptomfrihet. Man oppfattet heller ikke recovery som et klinisk resultat og man var ikke opptatt av diagnoser. Målet med recovery ble derimot beskrevet som å «finne mening i livet» eller «å få det så bra som mulig» til tross for utfordringene den enkelte slet med. Det tilsvarer definisjoner av recovery beskrevet i forskning og litteratur om personlig recovery (Roberts & Boardman, 2013, s.403; Karlsson & Borg, 2013, s.68). For å poengtere sitt syn på recovery trakk helsearbeidere fram hvordan spesialisthelsetjeneste kunne fremstå for dem. Helsearbeiderne gjorde det klart at de selv ikke kjente seg igjen i denne opplevde «iveren» til å «bli ferdig» med pasienten men poengterte at «vi jobber i lag med brukeren». Informantenes fremstilling kan forstås ut fra at spesialisthelsetjeneste og kommunal tjeneste har noe ulikt fokus og mandat. Kjernemandatet for de distriktpspsykiatriske sentre (dps) er for eksempel vurdering og utredning, samt akutt- og krisetjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 21). Kommunen har mandat til å gi et adekvat helsetjenestetilbud til sine innbyggere der de bor med fokus på forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2014, s.12). Man kan spørre seg hvordan ulike kontekster påvirker helsearbeidere i det å arbeide recoveryorientert? I en studie fra Cleary et al. (2013, s.208) identifiserte psykiatriske sykepleiere på sykehuset strukturelle og organisatoriske forhold som barrierer for å implementere recovery, blant annet pga. raske inn- og utskrivelser, mangel på kontinuitet i pleien, fokus på symptomer og medisin og mangelfull oppfølging etter utskriving. Tilsvaret slike funn også forhold i Norge?

De kommunale helsearbeiderne i foreliggende studie vektla å bygge en god relasjon til brukeren og følge personen i hans/hennes eget tempo. De mente de jobbet på en annen måte, og at de hadde fokus på støtte og samarbeid med brukeren over tid. Det man kan spørre seg er hvordan samarbeidet mellom disse to tjenestenivåer fungerer hvis helsearbeiderne selv opplever så ulikt fokus? Helsedirektoratet (2014, s.98) minner om at «*et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begrepsforståelse*». Dette gir ikke studien svar på, mitt inntrykk var at informantene var trygge på egen faglig posisjon.

Samarbeidsrelasjonen til brukeren ble ansett på som det aller viktigste arbeidet med å fremme recovery – «alfa og omega» ble det sagt. Å skape tillitt og trygghet i relasjonen, det å tilpasse oppfølgingen, samt verdien av å ha god tid, var noe helsearbeidere selv trakk fram som betydningsfullt. Psykisk helsearbeid er relasjonsbyggende virksomhet rettet mot å fremme helse og

lindre psykisk uhelse (Hummelvoll, 2012, s.554) og kan vanskelig skilles fra recovery. Psykisk helsearbeid er sånn sett også recoveryorientert praksis og dreier seg om å skape en samarbeidsrelasjon – «working relasjonship» (Le Boutillier, 2011, s.1474) og sette personen i sentrum av samarbeidet (Karlsson & Borg, 2017, s.81). Et humanistisk menneskesyn ligger til grunn for psykisk helsearbeid, og recoveryorientert psykisk helsearbeid dreier seg derfor også om å respondere på personer med alvorlige psykiske lidelser ved å anerkjenne menneskets likeverd og frihet til å styre sitt eget liv (Karlsson & Borg, 2013, kap 2; Chester et al., 2016, s.273). Informantenes beretninger spiller respekten for personens egne beslutninger og frihet til å velge selv.

Helsearbeiderne sa de prøvde å være lydhør overfor personens ønsker og mål og å samarbeide med personen om oppfølging og hensiktsmessige tiltak. Deres rolleoppfatning som «støtte» viser til at det handlet først og fremst om nettopp personen med psykiske helse- og rusproblemer og han/hennes ønsker og mål. Brukerne måtte «gå de skrittene selv» med støtte fra helsearbeidere. Informantenes fortellinger vitnet om en del handlinger som fremheves i forskning, eks. når helsearbeideren valgte å gi eget strikkegarn hjemmefra til brukeren fordi personen selv ikke hadde råd til det, men verdsatte strikking veldig høyt, så kan det ses på som «å yte det lille ekstra» (Hummelvoll, 2012, s.68). Eller når helsearbeiderne velger å kjøre brukeren for å kunne besøke ektefellens grav. Det også kan forstås som «det lille ekstra» Hummelvoll referer til og som brukere verdsetter høyt hos profesjonelle. Informantene fremhevet fleksibilitet med tanke på å finne egnede møteplasser med brukerne eller tilpasse sin støtte etter personens behov. Det vitner om en svært personsentrert holdning og forståelse av brukernes personlige recoveryprosess. Dessuten karakteriserte informantene prosessen som ikke-lineær, med opp- og nedturer og som foregår i faser – tilsvarende Leamy et al. (2011, s.448).

Man kan derfor si at informantene viste en forståelse av recoveryorientert praksis som rettet mot å støtte personlig definert recovery slik Le Boutillier et al. (2011, s.1473/4) skriver: «*Service users' individuality is promoted, and autonomy is supported. Practitioners promote individual preference, self-determination over life, the dignity of risk, and the right to failure.*»

Helsearbeidere ga uttrykk for at det «som ligger litt i jobben» var å ha tro på brukeren og aldri gi opp. En forutsetning for å fremme håp for bedring hos personen er å selv ha tro på muligheten til bedring. Å ha håp er en sentral dimensjon i bedringsprosessen – tydeliggjort i Leamys et al. (2011) CHIME-rammeverk. Det er da viktig at det også kommuniseres til brukere. En helsearbeider fortalte hvordan hun oppsummerte overfor personen hva han hadde fått til – fordi han kunne ikke se det selv lenger. Det er en måte å fremme et bedre selvilde og troen på seg selv hos personen. Det igjen kan åpne opp for å se positivere på livet og egen bedring. Selve ordet «håpet» falt imidlertid kun i forbindelse

med bruk av medarbeider med brukererfaring (MB) som var blitt ansatt i en av tjenestene. Ansettelse av MB kan anses som viktig skritt for å praktisere recoveryorientert og viser anerkjennelse av den kunnskapen personer med egenerfaring har. En nylig forskningsrapport fra Borg, Lunde Sjøfjell, Ogundipe & Bjørlykhaug (2017) om brukernes erfaringer med erfaringsmedarbeidere viser til at brukere hadde positive erfaringer i samarbeid med erfaringsmedarbeidere, og ikke minst kunne erfaringsmedarbeidere bidra med en «unik troverdighet og forståelse, tillit, omsorg, kjærlighet, lydhørhet og fintfølelse» (Borg et al. 2017, s.8). Det var imidlertid kun en av fokusgruppene som kunne glede seg over en erfaringsmedarbeider. Informantene fra den andre kommunen hadde ikke en slik kollega. Er det et spørsmål om ressurser eller prioritering? Dessuten fortalte informantene at MB gikk «på toppen», mens helsearbeidere hadde hovedansvaret når det gjald tiltak og oppfølging. Betyr det også at fagkunnskap veier tyngre enn erfaringskunnskap?

Informantene ga overveiende uttrykk for fokus på ressurser til personer de jobbet med. Dette kjenneetegner recoveryorientert psykisk helsearbeid ifølge Le Boutillier (2011, s.1474) og Borg & Karlsson (2017, s.81). Man fokuserte på det friske - i motsetning til fokus på mangler og sykdom som man tidligere hadde hatt ifølge en av helsearbeiderne. I dette utsagnet skinner også en helseforståelse gjennom som omhandler det å bruke ressurser man har tilgjengelig for å mestre stress og påkjenninger.

Ressurser ble først og fremst forstått som en indre drivkraft og motivasjon for å gjøre noe eller oppnå noe. Helsearbeidere lot seg også positivt overraske over brukernes uante krefter og ressurser. Man påpekte viktigheten av å ikke gjøre for mye for brukerne, men lot de ta de valgene de selv ønsket – også med fare for å gå på en smell. Valgfrihet og mot («positiv-risk-taking») er viktige verdier i recoveryorientert arbeid ifølge Leamy et al. (2011, table DS2) og Borg & Karlsson (2017, s.81). Dessuten vitner dette om sterk bevissthet om egen rolle - særlig når man selv har helt andre oppfatninger om hva som ville være best å gjøre. Helsearbeidernes beretning vitner derfor også om en holdning av respekt for den andres frihet og autonomi.

Å finne frem brukernes ressurser ble av informantene i stor grad knyttet til noe personen selv verdsatte, som ga dem mening og glede. Også her kommer den personsentrerte tilnærmingen til helsearbeidere uttrykk. Aktiviteter ble ansett som en grunnleggende måte å bruke sine ressurser på, bruke seg selv, oppleve mestring, mening, glede. Den sosiale verdien av felles aktiviteter ble også trukket frem. Det var livsviktig å kunne ha noe meningsfullt å gå til ble det sagt. Informantene beskrev en rekke ulike historier der de hadde støttet «sine» brukere i å engasjere seg i ulike verdsatte aktiviteter, f. eks. strikking, svømming med støttekontakt, musikkgruppe, samtalegruppe,

turgruppe eller utdanning og arbeid. Gruppeaktiviteter var i særlig grad tenkt som en mulighet for at brukerne kunne møte andre likesinnede og oppleve positiv støtte og kunne gi støtte til andre.

Forskning bekrefter at meningsfulle aktiviteter har stor betydning for å fremme recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.12). I oversiktsstudien fra Doroud, Fossey & Fortune (2015) skriver forskerne at det å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv erfares gjennom et ikke-lineært og høyst individualisert kontinuum av ulike aktiviteter og sosial deltakelse (s.388). Recoveryprosessen består gjerne i en gradvis prosess av å re-engasjere seg i ulike aktiviteter – både små oppgaver og mer ordinære og omfattende, f.eks. arbeid. Informantene så i særlig grad verdien av å klare små oppgaver - tilsvarende funn fra Doroud et al. (2015, s.380) og Borg (2009, s.456). På dette stede vil jeg også tilføye et erfaringsbidrag av en venninne¹⁶ som både er fagperson og har egne erfaringer fra langvarig lidelse. Hun foretrekker å bruke ordet «å makte» istedenfor «mestring». Mestring kan oppfattes som et ganske teknisk ord og kan assosieres med en forestilling om at det å sette seg mål og gjøre det er en nokså teknisk prosess. «Å makte» viser mer til den lidende menneskets livshverdag og hva det koster å engasjere seg.

Gjennom å støtte brukernes engasjement i meningsfulle aktiviteter fremmer helsearbeiderne ulike prosesser hos brukere i tilknytning til CHIME , f.eks. glede og mening, relasjoner og tilknytning, håp, en positiv identitet, mening og empowerment. Også dette er bekreftet i forskning fra Doroud et al.. (2015, s.388). Der heter det: «...*occupational engagement appears to promote recovery through providing routine and structure, connectedness and belonging, hopefulness and purpose, sense of self and identity, meaningfulness and empowerment – the very features of CHIME*» med referanse til Leamy et al. (2011). Det er likevel viktig å påpeke at aktiviteter i ulik grad er aktuelle for den enkelte brukeren. Det gjelder derfor å velge aktiviteter med utgangspunkt i den enkeltes motivasjon og interesse, tilpasset den enkeltes kapasitet og på den måten legge til rette for at brukeren også klarer å engasjere seg. Informantene fortalte om at man har lyktes, at brukere har kommet i utdanning, arbeid, eller funnet noe personene elsker å drive med. Utdanning og arbeid gir mennesker en plattform for å leve uavhengig og selvbestemt, samt være sosial inkludert. Arbeid har sentral verdi i samfunnet og anses som helsefremmende – forutsatt at personen trives og opplever mening, mestring og inkludering (Karlsson & Borg, 2013, s.97, Hummelvoll, 2012, s.602; Doroud et al. (2015), s.385).

Jeg har tidligere vist til at recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer. Borg & Davidson (2008, s.132) og Borg (2009, s. 455) viste i sine studier til at personer med psykiske helseproblemer foretrakk å være vanlig, leve det vanlige livet å bli sett på som vanlige medborgere. Dette er viktig å

¹⁶ Personlig informasjon av Turi Kallestad. Jeg referer til en samtale med henne i høst 2017 og innhentet tillatelse å skrive om dette i en sms fra 17.04.2018.

minne om. Tilrettelagte gruppeaktiviteter i regi av ulike helsetjenester er positive, de gir den enkelte anledning til å engasjere og det gir mulighet til å oppleve støtte fra andre i liknende situasjoner, såkalt «peer-support». Ut fra en kontekstuell forståelse av recovery er det likevel sentralt i samarbeidet mellom helsearbeider og personen «å gjenskape en meningsfull opplevelse av tilhørighet i lokalmiljøet og samfunnet for øvrig» (Karlsson & Borg, 2017, s.100). Dette kan innebære å samarbeide med ledende lokale organisasjoner og sosiale nettverk for å imøtekomme behovene til personer med psykiske helse- og rusproblemer ifølge (Le Boutillier et al., 2011, s. 1472). Tew et al. (2012, s. 454) fremhever at:

«Work with communities may involve not just opening doors so that people with mental health difficulties may access existing social networks and activities, but also initiatives to enhance levels of social capital within the community as a whole». Dette kan være en viktig strategi for å fremme prosesser som en positiv sosial identitet, støttende relasjoner og sosial inkludering, samt avhjelpe diskriminering og sosial stigmatisering. Hva dette konkret betyr av tiltak er imidlertid i liten grad beskrevet i litteraturen (Tew et al., 2012, s.450).

Personlig recovery – et personlig ansvar?

Et utsagn fra en av informantene var «...det styres jo av hva som bor i personen, hvor hen vi kan ende opp, hvor velfungerende man kan bli.» Det gir grunn til å spørre hvorvidt helsearbeidere anser recovery ikke bare som en personlig prosess, men hovedsakelig som et personlig ansvar for den enkelte. En sosial og dynamisk forståelse av recovery understreker at recovery ikke bare er et personlig prosjekt og ansvar (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.16). Det handler om å se på betingelser i omgivelsene og tjenestene som fremmer eller hindrer personens prosess samt å «avdekke og håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av psykiske helseproblemer» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.14). Jeg finner her forskjeller mellom de to fokusgruppene. Disse forskjellene ser ut til å være knyttet til ulike betingelser i kommunene, dvs. ulike boligtilbud og aktivitetstilbud for personer med psykiske helse- og rusproblemer i kommunen.

Det var én fokusgruppe som tematiserte levekår som bolig og økonomi ut fra en opplevelse av at tilbudet i egen kommune ikke var godt nok. Helsearbeidere forsto hvor belastende dårlige boforhold og gjeldsproblematikk var og bekrefter dermed tidligere beskrevne funn fra helsedirektoratet om risikofaktorer for psykisk helse. Disse forholdene gjorde det etter eget utsagn vanskelig å jobbe med recovery – både for brukeren selv og helsearbeideren som måtte forholde seg til problemstillinger som en ikke nødvendigvis er utdannet til. I hvilken grad de mente de kunne håndtere slike utfordringer kom ikke frem i intervjuet. Helsearbeidere prøvde å bistå brukere med å søke om midler

og tiltak hos Nav. Man opplevde imidlertid forskjellsbehandling av brukere og at de personene med de største utfordringene falt mellom stolene. Hvilken kompetanse burde en psykisk helsearbeider ha for å støtte brukerne i sine rettigheter? Handler denne opplevde forskjellsbehandlingen om reell diskriminering overfor personer med psykiske helse- og rusproblemer? Hvis ja, hvordan burde helsearbeideren da håndtere dette?

Hvorfor den andre fokusgruppen ikke snakket om problemstillinger som bolig eller økonomi er uklart. Kan hende dette ikke var aktuelt for dem, da deres kommune kanskje hadde et differensiert utbygd tjenestetilbud for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Kanskje adresserte de det ikke fordi dette ikke var deres bord. Kan også hende at intervjuet ikke fanget det opp. Det er uansett et interessant spørsmål å forfølge videre hvorvidt psykiske helsearbeidere adresserer problemstillinger rund levekår som boligforhold og økonomi samt rettigheter. Hvordan opplever helsearbeidere seg kvalifisert for å håndtere slike spørsmål? Hvilke handlingsrom har de? Det som ser ut til å spille en rolle i noe ulike prioriteringer innen recoveryforståelsen fra informantene er lokale forhold i den enkelte kommunen. Manglende boligtilbud kan være et hinder for den enkeltes recovery og dermed også for recoveryorientert praksis fra helsearbeideren.

Vansker med recovery

Helsearbeidere ga uttrykk for noen vansker i forbindelse med recoveryarbeidet, for eksempel nettverksarbeid – også dette ble kun tematisert i en fokusgruppe. Det virker som om nettverksarbeid utførtes i mindre grad enn man ønsket. Ut fra et sosialt perspektiv på recovery anses det som viktig å inkludere familie, venner og profesjonelle i samarbeid med personen det gjelder slik Karlsson & Borg skriver (2017, s. 118). Nettverksarbeid referer til en sosial forståelse av mennesket og den sentrale betydningen relasjoner har på menneskets utvikling, helse og bedring. Mennesker påvirker hverandre på godt og vondt. Derfor er det viktig å se personen i sine relasjoner til andre og jobbe for et sosialt nettverk som fremmer recovery. CHIME rammeverket fra Leamy et al. (2011) betonet betydningen av å ha støttende relasjoner for recovery. Informantene begrunnet lite nettverksarbeid ut fra brukerens motvilje, men innrømmet samtidig at de kunne bli bedre på det. Her kan man spørre hva som skal til for at helsearbeidere i større grad vektlegger et sosialt perspektiv i sin praksis, f. eks. gjennom nettverksarbeid eller åpne dialoger (Karlsson & Borg, 2017, kap.7). Kan hende at nettverksarbeid fremstår som vanskelig å integrere i ens daglige arbeid? Hvorvidt legges det til rette for nettverksarbeid i tjenesten, og hvorvidt oppmuntres til dette?

En helsearbeider påpekte at det var vanskelig å finne seg til rette i de mange hjelpetilbud som fantes rundt omkring. Praktisk kunnskap om ulike tiltak og aktiviteter i ulike kommunale organisasjoner,

brukerorganisasjoner og i utdanningsinstitusjoner er viktig for å finne det som passer best for den enkelte brukere. Særlig små helsetjenester med få ansatte har mindre ressurser å gå på, og er i tillegg også gjerne nødt til å orientere seg om tilbud utenfor egen kommune. Hvordan kan man sikre at helsearbeidere jamt over er godt informert om hva som finnes og hva som skjer i kommunen eller også utenfor? Er det noe som diskuteres innad i tjenesten?

En annen utfordring som informantene antydte var samarbeidssituasjoner der ulike verdier sto på spill, f. eks. når det gjaldt å sette opp mål i en IP eller generell uenighet mellom helsearbeider og personen om hva som er det beste å gjøre. Her synes jeg at informantene var refleksive og våkne overfor dilemmaer de kunne havne i. Til tross for oppmerksomheten rundt dette mente helsearbeiderne det «lett» var slik at det var helsearbeidernes mål på en IP og ikke personens som ble fulgt. Hvordan helsearbeidere klarer å håndtere slike verdikonflikter og maktubalansen i forholdet til personen vil med stor sannsynlighet påvirke hvorvidt personen opplever seg støttet eller krenket. Informantene viste også til at de utover recoverytenkning er bundet av lover og forskrifter som kan føre til at de «må» ta styringen i visse situasjoner, f. eks. melde fra til barnevernet eller sørge for innleggelse. For å takle utfordringene påpekte helsearbeiderne på viktigheten med å ta opp problemstillinger i fellesskapet, samt evnen til å forholde seg profesjonelt og å modne personlig. Hummelvoll skriver (2012, s. 78): *«For å kunne støtte personen til å klargjøre sine mål, må hjelperen være bevisst sine egne verdier. Denne selvinnsikten er nødvendig for å sikre at det er den hjelpesøkendes mål som holdes frem som det man skal arbeide for å realisere»*. Å håndtere makt og avhengighet i relasjoner berører etisk kompetanse. Etisk bevissthet er relevant når det gjelder å se egne fordommer og stigmatiserende holdninger – særlig overfor personer med rusproblemer, slik en helsearbeider nevnte selv. Ord skaper virkelighet. Måten vi omtaler hverandre og kommuniserer med hverandre på er av avgjørende betydning for å etterleve faglige verdier som respekt, likeverd, anerkjennelse og rettferdighet og det å fremme den andres liv.

Chester et al. (2016, s.282) identifiserte «managing relationships» som en nøkkelutfordring for helsearbeidere i recoveryorientert praksis. For å imøtekomme vanskene foreslår forskerne:

«Critical reflection on practice and effectively managing emotional labour involved with caring for people with SMI [severe mental illnesses] is integral to building a humanistic, de-stigmatizing context of practice. This can be managed by ensuring that health professionals engage in debriefing after difficult encounters with consumers in private spaces, using respectful language.»(s.282)

Dessuten viser både Le Boutillier et al. (2011, s.1474) og Chester et al. (2016) til tjenestens ansvar for å fremme recoveryorienterte praksiser, f.eks. gjennom tydelige verdier og visjoner, støttende arbeidsbetingelser og en kultur som prioriterer recovery. Chester et al. (2016, s. 280) skriver at

organisasjoner best kan støtte helsearbeidere ved å skape sammenheng og samarbeid mellom helsearbeidere i den tverrfaglige tilnærmingen. Kreative synergier og sterk ledelse er også essensiell for konsekvent å fremme recoveryverdier. Å hindre stigmatisering er noe som Chester et al. (2016, s.273) betegner som et hovedtema innen recoveryorientert praksis.

5.2 Fortolkning i lys av kontekstbetingelser

Helsearbeidernes begrepsforståelse av recovery var ikke preget av store grunnleggende kvalitative forskjeller. Hvordan kan man forstå det?

Ifølge informantene kunne prioriteringer innad i tjenestene virke forskjellig: den ene gruppen fortalte om regelmessig kursing og fokus på recovery, den andre gruppen hadde ikke det. Likevel var det slående likheter mellom fokusgruppene i deres recoveryforståelse. Det kan tyde på at utdanning – i særlig grad videreutdanning i psykisk helsearbeid – hadde mye å si for deres begrepsforståelse. Slik tidligere beskrevet representerer recovery i dag en grunnlagstenkning innen psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2013, kap.3; Hummelvoll 2012, kap.2). Med denne nasjonale og tverrfaglige videreutdanningen, i tillegg «oppdatering» gjennom kurs, har helsearbeidere fått et felles grunnlag for recoveryforståelsen.

Dessuten kan helsearbeidernes recoveryforståelse også forstås i lys av den store helsepolitiske utviklingen som har skjedd i Norge med tanke på å forbedre helsetilbudet til personer med psykiske helse- og rusproblemer, og en styrket kommunerolle for å imøtekomme behovene der personene bor. Tjenestene informantene arbeider i må ses på som forankret i en helsereform som har foregått i over 10 år og som det stadig bygges på. Reformdokumentene viste dessuten sammenfallende perspektiver med recoverytenkning innen psykisk helsearbeid (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.11). Lover og føringer skal sikre at helsearbeidere gir tjenester som er tilpasset brukernes behov. Brukermedvirkning og behandlingsvalg, helhetlig problemforståelse, bedre levekår og samhandling/samarbeidende praksiser er sentrale perspektiver innen lokalt psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet 2014, s.11-13). Dette speiler seg også i helsearbeidernes beskrivelser fra praksis og kan ikke forstås atskilt fra en forståelse av recoverybegrepet.

Helsearbeiderne så på arbeidsbetingelsene sine som gunstige for å kunne arbeide recoveryorientert. De hadde stor frihet til å sette egen dagorden og arbeide selvstendig over tid med den enkelte brukeren. Arbeidet var heller ikke preget av standardprosedyrer. Tvert om fokuserte helsearbeiderne på personens situasjon og arbeidet for å fremme personlig recovery på ulike vis, f. eks. gjennom samtaler, praktisk hjelp, samarbeid med andre instanser, gruppetilbud, meningsfulle aktiviteter og

andre tiltak for å sikre materielle livsopphold og mer. Helsearbeidere satset etter eget utsagn også på hverdagslivets ulike sosiale arenaer som hjemmet, utdanning, arbeid, fritid.

Studien indikerer at kommunene har ulike betingelser for recoveryorientert praksis med tanke på ulikt utbygde tjenester for personer med psykiske helse- og rusproblemer. I tillegg indikerer studien at recovery blir prioritert ulikt i de tjenestene informantene tilhørte. Jeg har tidligere vist til Helsedirektoratet (2014, s.119) som påpeker at kommuner i stor grad selv organiserer sine tjenester for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Det kan derfor finnes forskjeller mellom kommunenes tjenestetilbud. Informantene ser ut til å kjenne på konsekvensene av dette for sitt arbeid og muligheten til å støtte under personlig recovery.

Studiens funn indikerer at helsearbeidernes begrepsforståelse tilsvarer begrepet personlig recovery og en personsentrert tilnærming for å fremme recovery. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad helsearbeiderne ser på recovery som kontekstuellet betinget og i hvilken grad de adresserer sosiale og materielle problemstillinger rundt brukeren. Her viser funnene visse ulikheter mellom fokusgruppene og gir ikke et helt klart bildet. Det jeg kan si er at det generelt er lite snakk om å arbeide for brukernes tilknytning til lokalsamfunnet, bygge opp et sosialt nettverk eller fremme borgerskap og rettigheter.

Ledende forskere innen recovery som Borg & Karlsson (2017 s.14) fremhever at recovery ikke bare er noe som man innlemmer i egen praksis, men noe som må utvikles sammen med personene det gjelder for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsbasert tjenester. Det radikale budskapet i recovery ligger i likestillingen av erfaringskunnskapen. Ved å ansette erfaringskonsulenter i tjenestene på lik linje som fagpersoner og ved å likestille erfaringskunnskapen med fagkunnskap kan endringer skapes argumenterer forfattere (2017, s. 14): «...*fagpersoner må få opplæring i hvordan de kan ta denne kunnskapen i bruk sammen med de som søker hjelp, og erfaringsmedarbeidere*». Man burde «*hele tiden kritisk etterspørre om nye recoverypraksiser og recoveryorienterte tjenester faktisk innebærer det beste i tradisjonen og det radikalt nye*» (Borg & Karlsson, 2017, s.14).

6.0 KONKLUSJON

I denne studien har jeg gått ut fra problemstillingen om hvordan psykiske helsearbeidere i kommunen beskriver sin forståelse av begrepet recovery ut fra sin livsverden. Jeg har foretatt en kvalitativ undersøkelse basert på to fokusgruppeintervjuer med til sammen ni psykiske helsearbeidere fra to kommuner.

Jeg lagt fram helsearbeidernes beskrivelser av sin forståelse av recovery med vekt på holdninger og kunnskap, rolleforståelser, ressurs- og prosessenkning, samt utenforliggende faktorer som påvirker recovery og recoveryorientert arbeid. En helhetsvurdering er at helsearbeidere har en overveiende felles forståelse av recovery som en svært personlig og ikke-lineær prosess. Helsearbeidere ga uttrykk for en personsentrert tilnærming for å støtte brukeren i å oppnå et tilfredsstillende og meningsfullt liv. Man fokuserte på personens egne mål og ressurser og viste et humanistisk syn på mennesket og recovery. Helsearbeiderne så at brukernes psykiske helse var avhengig av materielle forhold som bolig og økonomi, men opplevde seg også bundet til forholdene i kommunen.

Helsearbeiderne viste også en sosial forståelse av recovery ved å fremme gruppeaktiviteter, arbeid og utdanning. Det er imidlertid ikke helt klar i hvilken grad helsearbeidere adresserer problemer i omgivelsene eller om de bevisst arbeider for personers inkludering i lokalmiljøet. Det kan også se ut som om tjenester tematiserer og vektlegger recovery ulikt.

Studiens utvalg er veldig begrenset. Mer forskning vil kunne bidra til et bredere grunnlag for å kunne uttale seg om psykiske helsearbeidernes begrepsforståelse av recovery, ikke minst også i andre arbeidskontekster.

KILDELISTE

- Aston, V., & Coffey, M. (2012). Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (2012), 19, 257-263.
doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01776.x
- Biong, St. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I Landheim, A., Lode Wiig, F., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, St., (red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. (s.18-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014, Vol 48(7), 644-653.
DOI: 10.1177/0004867413520046
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser. Filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribes.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, April 2008; 17(2), s.129 – 140. DOI: 10.1080/09638230701498382
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA, Rapport nr 4/2013).
Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer med alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2009, 46, s.452-459.
Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2009/452-459.pdf>
- Borg, M., Lunde Sjøfjell, T., Ogundipe, E. & Bjørlykhaug, K.I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus*. (Forskningsrapport nr.1/2017). SFPR - Senter for psykisk helse og rus. Drammen: Høyskole i Sørøst-Norge.

- Botnen Eide, S. (2011), 2.utg., Relasjoner som kilde og tema i etikken: Knud E. Løgstrup. I Botnen Eide, S., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid H. I., Aasland, D.G. (2011). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. (kap.6, s. 63-76). Bergen: Fagbokforlaget.
- Botnen Eide, S. & Skorstad, B. (2005). *Etikk – utfordring til ettertanke i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). s. 77 – 101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D., (2016). «What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review». *International Journal of Mental Health Nursing* (2016) 25, 270-285. Doi:10.1111/inm.12241
- Cleary, A., & Dowling, M. (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, s.539-545. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01411.x
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M. & Hunt, G. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Health Nursing* (2013) 22, 205-212.
Doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x
- Davidson, L., Drake, R.E., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Ment Health J* (2009) 45, s.323–332. DOI 10.1007/s10597-009-9228-1
- Davidson, L., Mezzina, R., Rowe, M., Thompson, K., (2010). «A life in the community»: Italian mental health reform and recovery. *Journal of Mental Health*, Oktober 2010; 19(5): 436 – 443.
DOI: 10.3109/09638231003728158
- Deegan, P.E. (2002). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17:3-4, s.5-21. DOI: 10.1300/J004v17n03_02

- Doroud, N., Fossey, E. & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*. (2015), 62, s. 378-392.
doi: 10.1111/1440-1630.12238
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies* (2007), 44, s.131-142.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026
- Eide, H. & Eide, T. (2013), 2.utg. *Kommunikasjon I relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gaffey, K., Evans, D.S. & Walsh, F. (2016). Knowledge and attitudes of Irish Mental Health Professionals to the concept of recovery from mental illness – five years later. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2016, 23, 387 – 398. doi: 10.1111/jpm.12325
- Gale, J. & Marshall-Lucette (2012). Community mental health nurses` perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, 19, 348-353.
doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01803.x
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A. (2009), 3. utg. *Perspektiver på Psykisk Lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. nr. 47, 2008-2009). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63 (1997-98). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

- Helse- og Omsorgsdepartementet (2011-2012). *Se meg! En helhetlig ruspolitikk.* (Meld. St. nr. 30, 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.* (Meld. St. nr. 19, 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommune og spesialisthelsetjenesten.* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Psykisk helse i et folkehelseperspektiv.* (10/2016). IS-2545. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ho, K. H.M., Chiang, V. C.L. & Leung, D. (2017). Hermeneutic phenomenological analysis. The «possibility» beyond «actuality» in thematic analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73 (7), s. 1757-1766. doi:1111/jan.13255
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* 7. utg. 2012, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karlsson, B. (2009). 3.utg., *Fra filosofi til fagteori i psykisk helsevern.* I Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle.* (Kap. 2, s.35-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Kim, S.H. (2015). Senter for psykisk helse og rus - SFPR. *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid* (Forskningsrapport Nr.16/2015). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/298288>
- Khoury, E. & del Barrio, R. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *British Journal of Social Work* (2015) 45, Supplement 1, 27-44.
doi.org/10.1093/bjsw/bcv092
- Kvale, St., Brinkmann, S. (2012). 2.utg. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landheim, A. & Biong, St. (2016). Recovery sett fra brukerne, fagfolk og forskning. I Landheim, A., Lode Wiig, F., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, St. (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykisk helseproblemer*. Oslo: 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* (2011) 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services* (2011), Vol. 62, No.12, 1470-1476.
- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V.J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades L., Roberts, G.I., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., Leamy, M. (2015a). Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Adm. Policy Ment Health* (2015) 42: 429-438. DOI 10.1007/s10488-014-0585-x
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V., Macpherson, R., Williams, J. & Slade, M. (2015b). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic

review and narrative synthesis. *Implementation Science* (2015) 10:87. 1-14.

DOI 10.1186/s13012-015-0275-4

Lopez, K. A. & Willis, D.G. (2004). Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. *Qualitative Health Research*, Vol. 14. No. 5, May 2004, s.726 – 735.

DOI: 10.1177/1049732304263638

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode – metode for medisin og helsefag*. Oslo: Univeristetsforlaget.

Malterud, K. (2017), 4. utg. *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meehan, T.J., King, R. J., Beavis, P.H., Robinson, J.D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42:177-182. doi:10.1080/00048670701827234

Piat, M., & Lal, S. (2012). Service Providers`Experiences and Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health System Reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2012, Vol. 35, No. 4., s. 289 – 296. DOI: <http://dx.doi.org/10.2975/35.4.2012.289.296>

Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.214-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Redaksjonen i tidsskrift for psykisk helsearbeid, (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2008, Vol. 5, nr. 2, s.98-103.

Roberts, G. & Boardman, J. (2013). Understanding recovery. *Advances in psychiatric treatment* (2013), vol. 19, s. 400–409. doi: 10.1192/apt.bp.112.010355

Sosial- og Helsedepartementet. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* (Meld. St. nr. 25. 1996-97). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: How mental health systems can support recovery. *Psychiatric services – ps.psychiatryonline.org*. (July 2012), Vol.63., nr.7, s. 702-704.

<https://ezproxy1.usn.no:3720/docview/1465226223/fulltextPDF/60F30304C3A1478CPQ/1?acountid=43239>

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird, V. (2012).

International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (2012), 21, 353-364. doi:10.1017/S2045796012000133

Slade, M. (2009). *Personel Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*.

Cambridge: Cambridge University Press.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. (9/2006). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, Cl. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work* (2012) 42, s.443-460. doi:10.1093/bjsw/bcr076

Thornquist, E. (2003), *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2018, 30.mars). *Mental health: Strengthening our respons*.

Hentet 31.03.2018 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, s.110–117. doi: 10.1111/inm.12024

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1-1, Litteratursøk

Tabell 1- 2, Eksempel på koding

Tabell 1- 3, Utvidet tabell med tekst, koder og tema

Figur 1-1, Første temakart

Figur 1-2, Temakart 2

Vedlegg

Vedlegg 1: Kvittering NSD



Knut Ivar Bjørlykhaug

3603 KONGSBERG

Vår dato: 18.07.2017

Vår ref: 54714 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54714	<i>Hvordan beskriver psykiske helsearbeidere i kommunal tjeneste sin forståelse av begrepet recovery?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Knut Ivar Bjørlykhaug</i>
Student	<i>Martina Midtgarden</i>

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 meldeskjemaet, 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](#). 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](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dag Kiberg Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Lasse André Raå

Kontaktperson: Lasse André Raå tlf: 55 58 22 18 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Martina Midtgarden, marmidt47@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54714

Vi minner om at det av hensyn til ansattes taushetsplikt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at du minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Vi anbefaler at du skriver at datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, heller enn slettet, slik at du kan ta vare på anonymisert datamateriale.
- Vi gjør oppmerksom på at vi har endret navn fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Vi ber derfor om at du endrer følgende setning "Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (evnt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning)." til "Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS".

Personvernombudet legger til grunn at du etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2019. 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)
- slette digitale lydopptak

*Vedlegg 2: Informasjonsbrev og forespørsel***INFORMASJON OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERGRADSSTUDIE:
«Hvordan beskriver psykiske helsearbeidere i kommunal tjeneste sin forståelse av recovery?»**

Jeg – Martina Midtgarden - er mastergradsstudent i klinisk helsearbeid, med fordypning i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Sørøst-Norge (HSN) og skal i forbindelse med mastergraden utføre denne studien. Målet med studien er å få kunnskap om hva psykiske helsearbeidere i kommunale tjenester legger i begrepet recovery og hvordan helsearbeidere praktiserer ut fra sin forståelse av det.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer å delta i et fokusgruppeintervju, et gruppeintervju hvor man snakker sammen med sine kollegaer om tema recovery. Som ansvarlig forsker vil jeg lede denne samtalen. Du som ansatt spørres med dette om du vil delta i et fokusgruppeintervju og dele dine tanker og erfaringer om temaet.

For å få belyst erfaringene dine ønsker jeg å gjennomføre et fokusgruppeintervju i tidsrommet mellom 15. september og 30. oktober 2017. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut på papir og analyseres slik at det kan presenteres i en masteroppgave og en eventuell vitenskapelig artikkel. Intervjuet vil anslagsvis vare mellom én og halvannen time og krever ingen forberedelser. For å få et bilde av eksisterende meninger og erfaringer er det viktig å komme slik man er. All relevant erfaring ansees som verdifull.

Hva skjer med informasjonen om deg

Om du ønsker å delta i fokusgruppeintervju vil jeg forkant spørre deg om noen enkle opplysninger. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at mastergradsstudenten og vedkommende veileder vil ha taushetsplikt for alle personopplysninger som samles inn, og der er kun disse som har tilgang til informasjonen fra deg. Datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, senest 30.06.2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten at dette får konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du skulle ønske å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder **Knut Ivar Bjørlykhaug**, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 31 00 9086 eller epost: Knut.Bjorlykhaug@usn.no. Du kan også kontakte mastergradsstudent **Martina Midtgarden** på telefon 95 91 76 46 eller på epost: marmidt47@gmail.com.

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor i forhold til hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene presenteres. Dekan ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt til

Personombudet for forskning NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektleder *Knut Ivar Bjørlykhaug* har ansvar for faglig gjennomføring av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta, 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.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som deltaker rett til å ta tilgang til utfallet av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å skrive under på samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektleder.

Drammen, 10.05.2017

Vennlig hilsen

Martina Midtgarden,

Mastergradsstudent

Veileder

Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta i studien om hvordan psykiske helsearbeider i kommunal tjeneste beskriver sin forståelse av begrepet recovery.

(Signert av deltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

(Signert av mastergradsstudent, dato)

Vedlegg 3: Forespørsel om tilleggsinformasjon

Forespørsel:

Til deg som studiedeltaker i studien: Hvordan beskriver psykiske helsearbeidere i kommunal tjeneste sin forståelse av begrepet recovery?

For å dokumentere mangfold og variasjon hos studiedeltakere ønsker jeg å samle inn noen opplysninger fra deg. Dette er frivillig. Opplysningene dine behandles konfidensielt og forsvarlig i henhold til personopplysningsloven, dvs. uten navn eller andre direkte gjenkjenneriske opplysninger. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet senest 30.06.2019.

Vær så vennlig og skriv ned:

- Profesjonsbakgrunn: _____
- Antall år med arbeidserfaring: _____
- Nåværende tjenestested, eks. bolig – psykiatritjeneste – ambulant team: _____
- Hvilken aldersgruppe tilhører du? 25-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61- eldre (sett ring)

Tusen takk!

Mvh

Martina Midtgarden, mastergradstudent i klinisk helsearbeid

Tlf. 95 91 76 46

e-post: marmidt47@gmail.com

Vedlegg 4: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE til fokusgruppeintervju

1. Hvorvidt er dere kjent med ordet recovery?
2. Hva er målet med recovery?
3. Hva kjennetegner recovery ut fra deres erfaringer? Hva er recovery? Gi eksempler.
4. I hvilken grad har dere fokus på recovery i det daglige? Er det noe dere bevisst jobber etter?
5. Hva gjør dere konkret? Kan dere beskrive det med ett eller flere eksempler?
6. Hvordan ser du på din rolle når du arbeider recoveryorientert?
7. Hvilke betingelser må være på plass for å kunne jobbe recoveryorientert?
8. Hva gjør det konkret vanskelig eller krevende å jobbe recoveryorientert?