

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

MPH495-1

Navn på kandidat:

Grete Auranaune Markussen

«Å skape rom for recovery»

En kvalitativ studie om hva ansatte forstår med begrepet recovery, og hvilke opplevelser og erfaringer de har med å være recoveryorienterte.

«To create arenas for recovery»

A qualitative study of what professionals understand by the concept of recovery, and what experiences they have with being recovery-oriented.

Dato: 12.11.2019

Totalt antall sider: 70

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende og tidkrevende. Det har vært veldig interessant å fordype seg i tema recovery. Jeg gleder meg til 2020, ny jobb i en recoveryorientert tjeneste i Trondheim kommune.

Jeg vil takke ungdommene mine. Vi har alle hatt hvert vårt bord og hver vår pc i ulike kriker og kroker i huset, nedlesset i studentarbeid. Mang en ettermiddag og kveld har det vært stille i huset på Hundhamaren på grunn av familiens studenter. Takk for gode studievaner!

Videre vil jeg takke min veileder, Arve Almvik, for tilgjengelighet gjennom prosessen. Han har vært kun en mail unna. Takk til professor Ottar Ness for tilgang til datamateriale.

Takk til supre kolleger som har vært tålmodige og svært samarbeidsvillige, og latt meg jobbe med masteroppgaven. Arbeidsgiver, Klæbu kommune, har gitt meg fri til samlinger og oppgaveskriving, tusen takk.

Takk til Paal Flaata og Midnight Choir for flott musikk på mitt headset, når jeg har hatt behov for å stenge meg ut fra omverden.

Til slutt vil jeg takke mannen min, som har vært min tekniske support under arbeidet med oppgaven.

Grete Auranaune Markussen

Hundhamaren, november 2019

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	v
Abstract	vi
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med studien og presentasjon av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Konteksten - kort beskrivelse av enheten	3
1.5 Disposisjon for oppgaven.....	3
2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning	5
2.1 Lokalt psykisk helsearbeid i kommunen	5
2.2 Recovery - historikk, kunnskapsgrunnlag og forståelse.....	6
2.2.1 Personlig recovery	8
2.2.2 Klinisk recovery	9
2.3 Fagpersoner og personlig recovery	10
2.3.1 CHIME	12
2.4 Tidligere forskning	13
3.0 Metode.....	17
3.1 Kvalitativ metode	17
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted	17
3.3 Datainnsamling.....	18
3.3.1 Fokusgruppeintervju.....	19
3.3.2 Utvalg og rekruttering	20
3.3.3 Intervjuguide	20
3.3.4 Gjennomføring av intervju	20
3.4 Transkribering	21
3.5 Analyse av data	22
3.6 Studiens kvalitet	25
3.6.1 Validitet og reliabilitet	25
3.7 Etske refleksjoner.....	26
3.8 Forforståelse	27
4.0 Presentasjon av funn.....	29
4.1 Recovery - et “romslig” begrep.....	29
4.2 Ansattes holdninger og praksis: Å skape rom	30
4.2.1 Kaste ballen over til bruker og vise interesse.....	31
4.2.2 Gjødsele ressursene og vise at man har tro på brukeren	32
4.2.3 Samme planet og ikke undervurdere brukere.....	33
4.2.4 Skape rom, ikke ta alt så sabla seriøst	35
4.3 Samarbeid.....	36
4.3.1 Pårørende en viktig ressurs med forventninger, men kan ha behov for støtte	36

4.3.2 Andre, samarbeid med frivillige organisasjoner	37
4.4 Gode rammer?	37
5.0 Diskusjon.....	40
5.1 Forståelse av begrepet recovery	40
5.2 Å skape rom	42
5.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning	47
5.4 Avsluttende kommentarer	48
Litteraturliste	49
Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	55
Vedlegg 2: Tilbakemelding NSD	59
Vedlegg 3: Svar på endringsmelding	61
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	63

Sammendrag

Bakgrunn: I denne kvalitative studien har jeg undersøkt hva ansatte forstår med begrepet recovery, og hvilke erfaringer og opplevelser de har fra praksis.

Hensikt: I Norge har det vært en økende interesse rundt recovery som begrep og kunnskapsområde i de senere år, og flere tjenester hevder de har en recoveryorientert tilnærming. Hensikten med denne studien er å høre ansattes erfaringer og opplevelser med å arbeide i recoveryorienterte tjenester.

Metode: Jeg har fått tilgang til lydfiler fra to fokusgruppeintervjuer med ansatte i kommunale psykisk helse og rustjenester. Totalt deltok 25 informanter og analysen er basert på tematisk tekstanalyse.

Resultat: Studien viser at å finne et godt og dekkende norsk ord for recovery kan være vanskelig. I dag brukes begrepet bedring, deltakerne mener det handler om mer enn bedring. Deltakerne ga uttrykk for at fagpersoners rolle i recovery, som en personlig og individuell prosess, er å skape rom sammen med bruker der de møtes som likeverdige personer og hvor den enkelte brukers ressurser kan dyrkes. Videre hevder deltakerne at rigide regler, rutiner og ansatte kan sette stoppere for recovery prosesser.

Abstract

Background: In this qualitative study, I have explored what mental health care professionals understand by the concept of recovery, and what experiences they have from their practices.

Purpose: In Norway there has been a growing interest in recovery as a concept and area of knowledge in recent years, and several services claim to have a recovery-oriented practice. The purpose of this study is to hear employees' experiences of working in recovery-oriented services.

Method: I have accessed audio files from two focus group interviews with mental health care professionals in recovery-oriented community mental health services. A total of 25 informants participated and the analysis is based on thematic text analysis.

Results: The study shows that it is difficult to find a good and appropriate Norwegian word for «recovery». Today the word «improvement» is used, but the participants believe it is more than just improvement. Participants expressed that the role of the professionals in recovery processes is to create arenas with users where they meet as equal persons and where the individual users' internal resources can be cultivated. Furthermore, participants argue that rigid rules, routines and employees can put a stop to recovery processes.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I en rekke land og miljøer foregår det implementering av recoveryorienterte tjenester, og flere norske kommuner utvikler sine psykiske helsetjenester i retning av mer recoveryorientert praksis.

En recoveryorientert tilnærming beskrives i litteraturen som en tilnærming som fremmer muligheter og tro på at man kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv med rus- og/eller psykiske utfordringer (Karlsson & Borg, 2018).

Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, *Sammen om mestring* fra 2014, er et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Den nevner recovery som en viktig faktor for å fremme psykisk helse og redusere rusmiddelbruk, samt for å redusere negative konsekvenser. Videre beskrives recovery som et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en personlig og sosial prosess, der målet er at den enkelte skal kunne leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan medføre.

Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i recoveryprosessen. Det betyr at selvbestemmelse og selvstyring er sentralt, hver person må finne sin egen vei. Recovery handler også om hva omgivelsene og tjenestetilbudene muliggjør.

Den økende interessen for recovery i kommunene og implementering av recoveryorienterte tjenester foregår på forskjellig vis, både internasjonalt og nasjonalt. Noen har valgt å implementere konkrete modeller for recovery, gjennom en «top-down»-prosess, mens andre vektlegger en «bottom-up»-prosess, der man starter med et lokalt samarbeid med brukere, pårørende, brukerorganisasjoner og fagpersoner (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Og det finnes mange ulike tjenester i det psykiske helsefeltet som omtales og omtaler seg selv som recoveryorienterte. Det finnes ingen felles standard eller en spesiell type praksis som kan defineres som recoveryorientert. Det eksisterer et mangfold og de er ulike både med hensyn til innhold og utforming.

Motivasjonen for studiens tema oppsto under forelesning ved Nord universitet i faget *Deltakelse, identitet og medborgerskap i psykisk helsearbeid*. Det fikk meg til å tenke tilbake på mitt første møte med «psykiatrien». Mye av filosofien ved avdelingen var som hentet ut fra

det vi i dag kaller recoveryorienterte tjenester, uten at ordet recovery var nevnt. Dette var på starten av 2000-tallet.

I studiens startfase var jeg i kontakt med ulike psykisk helse og rus enheter i flere kommuner i Trøndelag for å høre om deres forhold til recovery. Jeg fikk da et inntrykk av at det er flere måter å være recoveryorientert på. Noen tjenester har rutiner og prosedyrer for hvordan de jobber i forhold til recovery perspektivet ved bruk av refleksjonskort og skjema, mens andre har recovery som en filosofi som skal etterstrebtes. Jeg ble nysgjerrig på hva den enkelte ansatte legger i det å være recoveryorientert.

1.2 Hensikt med studien og presentasjon av problemstilling

Begrepet recovery kan oppleves upresist og komplekst i forhold til betydning og utførelse. Og det er vanskelig å utarbeide konkrete retningslinjer for recoveryorienterte tjenester da personlig recovery handler om hver enkelt person sin forståelse av egen prosess.

Internasjonalt har recovery vært utgangspunkt for omfattende tjenesteutvikling, og i Norge har recovery som begrep og kunnskapsområde fått en økende interesse i de senere år (Karlsson & Borg, 2018). Recoveryperspektivet blir oppfattet som viktig for forståelse og utvikling av mer likestilte samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner. Flere og flere tjenester sier de har en recoveryorientert praksis, men hva legger de i det? Hva vil det si å være recoveryorientert? Hvilke opplevelser og erfaringer har ansatte? Det finnes flere definisjoner og forståelser av begrepet recovery, og det praktiseres på forskjellige vis i helse- og velferdstjenestene både nasjonalt og internasjonalt (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). I Norge oversettes recovery med bedringsprosesser (Karlsson & Borg, 2018).

Hensikten med studien er å lære mer om ansattes erfaringer og opplevelser med å arbeide i recoveryorienterte tjenester. Jeg ønsker å få frem ansattes perspektiver. Jeg vil høre hva de legger i betydningen av begrepet recovery, deres erfaringer og opplevelser fra praksisfeltet.

Jeg har valgt følgende problemstilling:

Hva forstår ansatte med begrepet recovery? Og hvilke opplevelser og erfaringer har de med å være recoveryorienterte?

1.3 Begrepsavklaring

Ansatte brukes om de som arbeider i psykisk helsetjenester. Det blir også benyttet andre betegnelser som tjenesteutøvere, tjenesteytere, personale, fagpersoner, hjelpere, fagfolk, helsearbeider. Begrepene brukes om hverandre.

Bruker anvender når jeg snakker om en person som benytter seg av offentlige tjenester.

Psykisk helsetjeneste, praksiser, tjenester, avdeling og enhet brukes om hverandre som en betegnelse på tjenesteenheter innen psykisk helse og rus. Jeg skiller ikke mellom psykisk helse og rus, men omtaler de som en enhet.

I denne masteroppgaven blir begrepene oppgave, studie og masteroppgave omtalt om hverandre og har samme betydning.

1.4 Konteksten - kort beskrivelse av enheten

I denne oppgaven ønsker jeg å se på recoveryorienterte tjenesteytere i kommunal psykisk helse og rus tjenester. Jeg fikk tilgang til allerede innsamlet data, lydfiler av fokusgruppeintervju, fra en kommunal enhet innen psykisk helse og rus.

Enheten er en av tre enheter som retter seg mot personer med psykisk helse- og rusproblematikk i kommunen, og består av ambulante team, boliger, treffsted, helsehus og ungdomstilbud. Enheten yter i hovedsak tjenester til brukere i forløp 3, jfr. veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014). Tjenestene som ytes beskrives som recoveryorienterte og har fokus på at mennesker skal mestre hverdagen sin, dette i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (2014). Det betyr å kunne mestre daglig gjøremål, med eller uten hjelp. Det kan bety å ha en opplevelse av å være selvstendig og å få hverdagen til å gå rundt, uavhengig av graden av hjelp og støtte fra andre. Hverdagsmestring kan også handle om å beholde bolig, og det å ha en meningsfull hverdag. Tjenesten vektlegger både personlige og sosiale betingelser. Å arbeide recoveryorientert i enheten beskrives om å bidra til å endre gamle metoder og tanker om hva som er godt psykisk helsearbeid. Der det ene er å redusere maktbalansen i relasjoner med brukere.

1.5 Disposisjon for oppgaven

Oppgaven er strukturert etter følgende inndeling:

Etter innledningen presenteres det teoretiske rammeverket og tidligere forskning. Deretter vil jeg i kapittel 3 presentere studiens metode og refleksjoner knyttet til de valg jeg har tatt. Funn fra fokusgruppeintervju belyses i kapittel 4. I kapittel 5 vil jeg diskutere mine funn opp mot teori. Dette kapitlet avsluttes med implikasjoner for praksis og refleksjoner omkring funn og tema i en avsluttende kommentar.

2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

Jeg vil i dette kapittelet presentere det teoretiske rammeverket for denne studien og jeg vil gjennomgå tidligere relevant forskning. Det første jeg vil redegjøre for er lokalt psykisk helsearbeid i kommunen da det utgjør rammen for oppgaven. Videre vil jeg se på begrepet recovery, der jeg legger mest vekt på personlig recovery, og tilslutt fagpersoner og personlig recovery. Jeg har valgt teori som jeg finner relevant i forhold til problemstilling og funn i fokusgruppeintervjuene, samt for å kunne foreta en interessant diskusjon av funnene.

2.1 Lokalt psykisk helsearbeid i kommunen

Utviklingen av de kommunale tjenestene skjedde i tiden etter kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982 (Ramsdal, 2016). Kommunenes forpliktelser overfor personer med psykiske lidelser ble da definert ut fra lovverket. Rundt om i landets kommuner kunne en finne noen få psykiatriske sykepleiere eller hjelpepleiere som skulle forholde seg til mennesker med psykiske utfordringer. Psykiske lidelser ble primært sett på som en oppgave for spesialisthelsetjenesten (Ramsdal, 2016).

Norge hadde i perioden 1998-2008 en omfattende reform innen psykisk helsearbeid. Denne reformen startet med Stortingsmelding 25, *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Bakgrunnen for Stortingsmeldingen var en årelang kritikk av psykisk helsevern i Norge, og et sterkt behov for å styrke det psykiske helsevernet og kommunenes psykiske helsearbeid. Året etter, i 1998, kom *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, som var bygget på Stortingsmelding 25. Reformens mål og verdigrunnlag la vekt på åpenhet og helhet, befolkningens forståelse av psykiske lidelser skulle bedres og stigmatisering reduseres. Målet var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet står i fokus (Ramsdal, 2016). Planen la videre vekt på økte ressurser med tanke på fagfolk og tilbud til brukerne med særlig vekt på lokalbaserte psykiske helsetjenester.

I 2014 kom Helsedirektoratet med veilederen *Sammen om mestring*, som beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helse- og rusarbeid på bakgrunn av lovverk og nasjonale føringer. Lokalt psykisk helsearbeid skal ifølge veilederen arbeide for å bedre levekårene for mennesker som har rusmiddel- og/eller psykiske helseproblemer, forebygge og redusere problemutvikling og fremme mestring av eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Videre fremhever veilederen brukeren som den viktigste aktøren. Aktiv involvering i utforming av

tjenestetilbud og egen bedringsprosess hevdes å ha en terapeutisk effekt og økt opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2014).

Det offentlige helsevesenet har lenge vært dominert av legene. De var lenge den eneste yrkesgruppen som var spesielt utdannet for å undersøke og behandle syke. Senere har andre yrkesgrupper kommet til og sett på sykdom med andre briller. Oppmerksomheten har gått fra å være veldig individ- og sykdomsorientert, med fokus på objektive størrelser, over til å se mer på konteksten, hvordan psykiske lidelser bør forstås i den sammenhengen de oppstår (Aarre, 2010). Psykisk helsearbeid er ikke ensbetydende med bekjempelse av psykisk sykdom, det må ses i et folkehelseperspektiv hvor det å fremme helse er sentralt (Hummelvold, 2008). Bøe og Thomassen (2009) hevder det er hensiktsmessig «å forstå psykisk helsearbeid som helsefremmende arbeid» (s. 236).

Psykisk helsearbeid er et relativt nytt fag- og praksisområde, og omfatter alle arbeidsformer og hjelpetiltak som bidrar til å bedre menneskers psykiske helse. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse ble kommunenes formelle ansvar presisert og utdypet, og det ble bygd ut kommunale tjenester som ble en del av de kommunale budsjettene (Ramsdal, 2016). Tjenestetilbudet ble sterkt utvidet og utviklet i forhold til det faglige innholdet i tjenestene. Det har åpnet opp for nye profesjoner og et større kunnskapsområde (Bøe & Thomassen, 2009). Dette mener Bøe og Thomassen (2009) innvier til et bredere syn på hvordan psykiske lidelser kan forstås og hva arbeidet kan bestå i. Komplekse årsaksforhold og stor variasjonsgrad av rusmiddelavhengighet og psykiske problemer stiller kompetansekrav, og tjenesteutøvere i feltet bør ha tilstrekkelig kompetanse for å forstå helheten. Avgjørende for godt psykisk helsearbeid, ifølge Bøe og Thomassen (2009), er en kontekstuell forståelse av menneskers psykiske problemer. Og hevder lokalbasert psykisk helsearbeid er å gi «problemene» tilbake til bruker og å se lokale ressurser og kunnskaper som det viktigste i arbeidet. Veilederen *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) viser til recovery som et viktig perspektiv og faktor for å fremme helse og redusere negative konsekvenser ved rusmiddelbruk og psykiske utfordringer, og påpeker myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv som sentralt.

2.2 Recovery - historikk, kunnskapsgrunnlag og forståelse

Recovery oppsto som et opprør fra minoriteter og andre grupper med dårlige kår i USA på 1950 tallet. Det handlet om å opponere mot urett og undertrykkelse, og utviklet seg siden som

en alternativ tilnærming til forståelsen av psykisk sykdom. Aktivist- og selvhjelpsgrupper var da viktige pådrivere for å få et skifte i holdninger til mennesker med psykiske helseproblemer. Retten til å ytre egne synspunkter og ha innvirkning på egen situasjon ble især fremmet (Karlsson & Borg, 2018). Recovery har senere funnet veien via Australia, New Zealand og Storbritannia til Norden og Norge.

I den senere tid har recovery som begrep og kunnskapsområde fått økende interesse i Norge. Og recovery er styrende for helsepolitikk og psykisk helsearbeid i en rekke land (Borg, Jensen, Topor & Andersen, 2011). Recoveryperspektivet oppfattes som viktig for forståelse av utviklingen av likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner, særlig i brukermiljøer og i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid, og vektlegger menneskerettigheter og brukermedvirkning (Helsedirektoratet 2014). Det unike ved recovery er at kunnskapen er utviklet ut ifra personer med egne erfaringer med å komme seg etter rus- og psykiske helseproblemer (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Recovery er et mangfoldig begrep som forstås, beskrives og brukes på forskjellige måter. Recoverytenkningen beskrives i mye av litteraturen som et paradigmeskifte og motpol til den tradisjonelle medisinske tenkningen (Borg et al., 2013). Norvoll (2016) beskriver recovery som en bevegelse innenfor dagens helsetjenester, og som en kunnskapstradisjon som utfordrer den tradisjonelle psykiatriens skeptiske syn på muligheter for bedring ved visse psykiske lidelser. Definisjon og betydning vil svinge ut ifra hvem som spør og fortolker, hvilken kontekst dette gjøres i, hvem tilhøreren er og med hvilket formål, hevder Biong og Borg (2016). I norsk litteratur oversettes recoveryprosesser ofte med bedringsprosesser. I veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) beskrives recovery slik:

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. (Helsedirektoratet, 2014, s. 31)

På mange språk er begrepet knyttet sammen med «å vende tilbake» til en tilstand. Flere har påpekt at tanken om å vende tilbake ikke er realistisk, og at det heller handler om å komme seg videre til tross for lidelse (Jensen, Jensen, Olsen & Sørensen, 2004). Karlsson og Borg (2018) beskriver recovery som en prosess eller en personlig reise, med de forutsetningene personen har får å kunne realisere drømmer, håp, ønsker og mål. Og sier videre at recovery innebærer å ha tro på at det alltid er muligheter for endring til noe bedre for alle brukere

(Karlsson & Borg, 2018). Det kan ses på som en gjenoppgivelse, rekonstruksjon og aktiv bruk av et funksjonelt selv, der å bli frisk eller normal ikke nødvendigvis er et mål på bedring (Mandelid, 2009). Brukernes beskrivelser av recovery handler om håp, forandring, en prosess (ikke et endemål), å gjenvinne makten over eget liv, en ny rolle (Jensen et al. 2004).

Recovery bygger på erfaringsbasert kunnskap der kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke hjelper, rettigheter som medborger og valgmuligheter vektlegges (Karlsson og Borg, 2018). Grunnleggende kan man si at det finnes to definisjoner på recovery, personlig recovery og klinisk recovery (Jensen et al., 2004). Personlig recovery har både personlige og sosiale dimensjoner (Bøe og Thomassen, 2009, Slade, 2009, Jensen et al., 2004), med tanke på personens livssituasjon, hverdagsliv, utdanning, jobb, aktivitet og nettverk. Klinisk recovery brukes der det sentrale er behandlingsresultat og behandlingseffekt, og man er opptatt å måle grad av bedring (Slade, 2009, Biong & Borg, 2016). Recovery er ikke en metode det kan lages manualer og bruksanvisninger for (Karlsson & Borg, 2018).

2.2.1 Personlig recovery

Brukermiljøene legger særlig vekt på recovery som en personlig prosess, en prosess som har vokst ut fra brukererfaringer med hva som hjelper. Recovery handler om å få et nytt syn på seg selv, å gjenvinne selvrespekt og kontroll over eget liv gjennom å gjøre valg og ta risikoer. Samt arbeide for tilhørighet i samfunnet og samtidig integrere symptomer og funksjonssvikt som en del av seg selv (Karlsson & Borg, 2018, Mandelid, 2009, Biong & Borg, 2016).

Recoveryprosesser kan være langvarige og de finner sted i den enkelte og i den enkeltes hverdagsliv, lokalsamfunn og i interaksjon med andre mennesker. Personlig recovery kan derfor ses på som både en individuell og sosial prosess (Karlsson & Borg, 2018). Recovery som en personlig prosess understreker at recovery ikke nødvendigvis handler om symptomfrihet eller å bli kvitt alle problemene, men å leve et godt liv som innbygger (Karlsson & Borg, 2018). Der forhold som tilhørighet, håp, identitet, mening og kontroll defineres som sentrale (Biong & Borg, 2016). Den sosiale prosessen fremhever ulike kontekstuelle faktorer som venner, familie, økonomi, aktiviteter, arbeid osv, og prosessen foregår i samarbeidsrelasjoner mellom personen, nettverket og hjelpeapparatet (Biong & Borg, 2016).

Personlig recovery innebærer å finne frem til et liv utenfor problemene, og blant annet arbeide for tilhørighet i lokalmiljøet til tross for ulike utfordringer, følelsesmessig og sosialt (Karlsson

& Borg, 2018, Biong & Borg, 2016). Det handler ikke om å nå mål gitt av andre, men om egen innsats og anstrengelser for å finne måter å leve livet sitt på. Det mest brukte definisjonen på personlig recovery er teoretikeren William A. Anthonys definisjon:

A deeply personal, unique process of changing one`s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one`s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Karlsson & Borg, 2018, s. 24).

Det finnes mange subjektive definisjoner av recovery, og en persons forståelse av egen recovery vil endre seg over tid. Recoveryprosesser beskrives ikke som en strømlinjeformet prosess, ofte vil det være slik at tilbakeskritt er like naturlige som fremgang (Karlsson & Borg, 2018). Forhold som har betydning og innvirkning på recoveryprosesser er blant annet livssituasjon, levekår, tilgjengelig støtte og hjelp, opplevelse av håp og mening, fysisk helse, medisinbruk, tilgjengelige og tilpassede aktiviteter og arbeid, bolig, familie og nettverk (Karlsson & Borg, 2018).

Det påpekes i litteraturen at recovery foregår i hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av behandlingsideologier (Karlsson & Borg, 2018), det handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på og de sosiale konsekvensene av problemene. Biong og Borg (2016) fremhever at det handler om brukerens egne prosesser og arbeidsinnsatser, og at det ikke er en behandlingsideologi.

2.2.2 Klinisk recovery

Klinisk recovery eller recovery som et resultat, er utviklet av behandlings og rehabiliteringsmiljøer som er opptatt av resultater og effekt av behandling (NAPHA, 2013, Slade, 2009). Hensikten med klinisk recovery er å bevise at recovery har en virkning (Borg et al., 2013). Slade (2009) peker på fire betydelige trekk ved det som beskrives som klinisk recovery: 1) det er et resultat eller en tilstand, 2) det er observerbart, 3) det er vurdert av en fagperson og 4) det er en tilstand som er lik mellom individene. Denne forståelsen av recovery har fokus på å operasjonalisere recovery, og ifølge Slade (2009) gjøre recovery lettere tilgjengelig for empirisk forskning. Begrepet recovery har vært brukt innenfor medisin og andre helsefag over lange tider som et mål for effekt, å bli symptomfri og frisk (Biong &

Borg, 2016). Klinisk recovery innebærer å fjerne symptomer og gjenvinne funksjon, gå tilbake til det «normale».

2.3 Fagpersoner og personlig recovery

Fra å være en «frihetsberøvende» tjeneste ser man et paradigmeskifte til en mer individsentret tjeneste innen psykisk helse. Denne tilnærmingen anerkjenner det unike, de unike behov og preferanser for individet (McKenna, Furness, Dhital, Park & Connally, 2014).

Recoveryorienterte tjenester forutsetter økt kontroll for brukeren og reduserte maktforskjeller (Biong & Borg, 2016). Det er en bevegelse bort fra å ta ansvar for, og mot til å ta ansvar sammen med bruker (Slade, 2009). En recoveryorientert tilnærming innebærer at brukeren deltar i alle avgjørelser om eget liv. Dette gjør at tradisjonen med fagpersoner i ekspertrollen utfordres, og samarbeidspraksiser utvikles og støttes, i praksis betyr det at ingen beslutninger om bruker tas uten bruker (Biong & Borg, 2016).

Noen sentrale momenter må være tilstede for en endring mot recoveryorientert tjeneste. Det er blant annet forståelsen av hva recovery er, utvikling av kulturen i tjenesten med holdninger, opplæring, refleksjon og en ledelse som støtter endringer samt setter rammer og regler som er tilpasset (McKenna et al., 2014, Le Boutillier et al., 2015b). Ansattes involvering i bestemmelsen av paradigmeskiftet i tjenesten ses også på som sentralt (Slade et al, 2014). Slade (2009) peker på tjenestens verdier som fundamentale i det å være recoveryorienterte. Videre må verdiene være kjente i tjenesten og brukes i den daglige beslutningstakingen. Slade (2009) presenterer tre nødvendige prosesser i dette arbeidet. Det handler om å identifisere og gjøre verdiene synlige (det kan være grunnleggende holdninger), integrere verdiene i hverdagen og arbeidspraksisen i tjenesten og å skreddersy praksisen ut fra tilbakemeldinger. Karlsson og Borg (2018) hevder recovery ikke kan implementeres i eksisterende tjenester, men utvikles gjennom samarbeid og samhandling, der erfaringskunnskap blir ansett som likeverdig med fagkunnskap.

En utfordring fagfolk og ledere innen psykisk helse- og rustjenester konfronteres med er der man på den ene siden skal medvirke til humane tjenester med bruker i sentrum, og på den andre siden kravene til New Public Management (NPM), med krav om kvalitetskontroll og retningslinjer basert på evidensbasert praksis. NPM og recoverypraksiser kan oppleves å være på kollisjonskurs (Karlsson & Borg, 2018). Likevel har fagpersoner funnet måter å sette brukers behov foran systembehov, og på den måten være støttespillere. Det kan oppstå

situasjoner der fagpersonen ser det hensiktsmessig å gå utover stillingens og arbeidsplassens oppgaver for å følge brukers ønske og behov, “fagpersonen viser mot til å ta vanskelige valg og solidaritet med brukeren” (Karlsson & Borg, 2018, s 141). Oppgavene kan være viktige der og da, og det er slik vi utvikler recoveryorientert samarbeid i tjenestene, mener Karlsson og Borg (2018). Bøe og Thomassen (2009) mener etikk i psykisk helsearbeid handler nettopp om det som skjer i møtet og relasjonen mellom bruker og hjelper, og man kanskje må tenke annerledes rundt arbeidsformer og fokus.

Ved å adoptere en recoveryorientert helsetjeneste vil faggrupper som sykepleiere og andre helse- og omsorgsyrker gjenvinne sitt yrke, da recoverytenkningen bringer blant annet sykepleierne tilbake til sine filosofiske og historiske røtter og bort fra et medisinske miljø (Davidson et al., 2016). Fagfolk som representerer en annen profesjonalitet enn den som bygger på ekspertkunnskap, de kjærlige, ærlige og samarbeidsvillige, de som strekker seg litt lengre for å hjelpe, anses av brukerne som gode hjelpere (Larsen & Andersen, 2011). Gode hjelpere er også de som kan tåle at brukeren prøver og feiler (Almvik & Borge, 2000). Disse hjelperne forbindes ikke med spesielle profesjoner, men heller med personer som viser medmenneskelighet, gir oppmerksomhet og er i stand til å vise sine svake sider.

Recovery krever at brukere støttes av personer som har tro på håp og optimisme for et liv verdt å leve, tro på å bygge og definere identitet, utvikle mening med livet og troen på kontroll over eget liv, samt bekjemper stigmatisering (McKenna, Furness, Dhital, Park & Connally, 2014, Slade, 2009, Karlsson & Borg, 2018, Chester et al., 2016). Å arbeide recoveryorientert kan ses på som et grunnleggende perspektiv, og handler om hvordan problemer møtes og håndteres (Askheim, 2016). Å møte mennesker med respekt og verdighet forutsetter ydmykhet (Bøe & Thomassen, 2009).

Kunnskap om hverdagsliv og mestring kan føre til trygghet i relasjonen, og beskrives som en viktig forutsetning for å få et godt samarbeid mellom bruker og hjelper (Bøe & Thomassen, 2009). Å bidra til å løse utfordringer i hverdagen og det hverdagslige samværet gir rom for uformelle samtaler (Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong & Karlsson, 2019, Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund & Norvoll, 2011). Karlsson og Borg (2018) sier omgivelsene for recoveryprosesser kan virke støttende og fremmende for samarbeid mellom bruker og fagperson. Vibeto et al. (2019) viser til betydningen av å møte brukeren i konkrete situasjoner og utnytte mulighetene som kommer.

“For å legge til rette for at gode relasjoner kan dannes, er det mulig at en må åpne for at en kan tre ut av sine roller, de rollene som er definert av vår stilling som profesjonelle og vår plass i tjenesten” sier Bøe og Thomassen (2009, s.189). For brukere kan dette oppleves som at den ansatte viser ekstra engasjement og gir noe av seg selv (Borg & Topor, 2009). Det kan medføre en ekstra trygghet, og følelsen av at han eller hun virkelig får hjelp. Å tre ut av sin rolle som profesjonell kan skje på det mellommenneskelige plan mellom bruker og hjelper, eller det kan være i form av regelbrudd i forhold til regler og rutiner i enheten. Borg og Topor (2009) beskriver slike holdninger som *for individet, mot systemet*.

2.3.1 CHIME

De siste årene har studier undersøkt og oppsummert kunnskap som er blitt utviklet rundt recoveryprosesser. CHIME er en modell som har blitt utviklet på bakgrunn av systematisk litteraturstudie om personers erfaringer med recovery (Karlsson & Borg, 2018). Gjennom studien ble fem samtidige prosesser identifisert som sentrale i personers recovery, og gitt forkortelsen CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, Slade, 2011).

CHIME står for (Leamy et al., 2011):

- Connectedness (tilhørighet) handler om betydningen av støttende relasjoner til andre og tilknytning til lokalmiljøet.
- Hope (håp) som omhandler betydningen av å ha håp for recovery, motivasjon for endring, relasjoner som fremmer håp og drømmer for fremtiden.
- Identity (identitet) omfavner betydningen av å finne og definere sin identitet, (re)definere en positiv selvoppfattelse, bygge selvfølelse og utvikle selvaksept.
- Meaning (mening) handler å finne mening med livet. Aksept av egne begrensninger, utvikle meningsfulle mål i livet, nye roller og rutiner.
- Empowerment (egenkontroll/myndiggjøring) vektlegger personlig ansvar, kontroll over eget liv og å kunne ta valg.

Flere norske fagmiljøer innen psykisk helse og rus tjenester legger CHIME til grunn for utvikling av tjenester med recoveryperspektiv.

2.4 Tidligere forskning

Betydningen og utførelsen av recovery kan oppleves flytende og komplekst. Og som nevnt i innledningen er det vanskelig å utarbeide konkrete retningslinjer for recoveryorienterte tjenester da personlig recovery handler om den enkeltes forståelse av egen prosess. I sin avsluttende konklusjon i rapporten Recoveryorienterte praksiser (Borg et al., 2013) viser de til at det “finnes svært ulike og uensartede praksiser i psykisk helsefeltet som omtales og omtaler seg selv som recoveryorienterte” (s.39). Innholdet og utførelse av recoveryorienterte tjenester varierer, og Borg et al. (2013) sier litteraturen og forskningen påpeker en mangelfull entydig definisjon på begrepet recovery og sentrale kjennetegn ved recoveryorienterte praksiser. De påpeker at beslutninger om utvikling og endring av psykiske helsetjenester som regel tas på ledelsesnivå, og blir dermed en top-down prosess. Dette gjelder også i forhold til implementering av recovery i tjenester. Rapporten viser til steder som har hatt vellykket erfaring med endringsarbeid, knyttet til recoveryorientering, der prosessen beskrives som bottom-up. Her har det vært samarbeid mellom ansatte, brukere, pårørende og forskere. Det har startet med en felles forståelse og kunnskapsform, og videre hvordan dette skal tas i bruk i samarbeidet mellom aktørene.

Implementering

Implementering og opprettholdelse av endring i tjenestene, fra det som anses som tradisjonelt psykisk helsearbeid til recoveryorienterte praksiser, har noen ganger vist seg å være et problem. Dette skiftet utfordres av holdningene hos ansatte (McKenna, Furness, Dhital, Park og Connally, 2014). McKenna et al. (2014) har i sin case-studie sett på hva som kreves for implementering og opprettholdelse av en recoveryorientert praksis. Funnene beskriver å ha recovery som overordnet mål for tjenesten, og ikke et tillegg til eksisterende praksiser, og utvikling av rammeverktøy som sentrale. Skiftet krever en kulturendring med engasjerte og forpliktende ansatte og ledere, med en forståelse av hva recovery betyr og hvordan denne forståelsen kan brukes i praksis. Videre å identifisere prinsipper og verdier som ligger i begrepet og videreføre dette i utførelse av tjenestene, og ha en bevissthet rundt problemene knyttet til implementering av recovery.

Sandnes kommune startet i 2012 innarbeiding av recovery som en faglig plattform i mestringsenheten (Olsen et al., 2016). Ansatte, tillitsvalgte og brukerrepresentanter ble invitert i ulike arbeidsgrupper. Kommunen valgte å ha fokus på fem recoveryprosesser, med forventninger om at ansatte setter seg inn i hva disse begrepene betyr både for sin egen del og

for brukerne. De fem prosessene er 1) samhörighet, relasjon og tilknytning, 2) håp og optimisme, 3) identitet, 4) mening og 5) selvstendighet (Olsen et al., 2016, s. 186-187). Kommunen besluttet også et felles metodeverktøy, motiverende intervju, da de mente det ville skape felles språk og forståelse hos de ansatte. Personer med brukererfaring ble ansatt i enheten, noe som tilførte viktig kunnskap og disse var også gode og kritiske drøftingspartnere. Det ble utarbeidet planer for videre implementering av recovery med fokus på ansattes verdier og holdninger, integrering av verdiene i praksis og tilpasset praksis med systematisk tilbakemelding fra brukere. Erfaringene fra Sandnes viser holdningsendringer hos de ansatte.

Forståelse og profesjonsutøvelse

Det refereres i forskningen til en manglende felles forståelse av recovery (Le Boutillier et al., 2015a). En systematisk gjennomgang av tidligere forskning og tilgjengelig materiale viser at helsepersonells forståelse av begrepet er sentralt for å kunne praktisere recoveryorientert og støtte brukerne. Studien, utført av Le Boutillier et al. (2015a), identifiserer ulike oppfatninger blant ansatte i psykisk helsetjenester i hvordan de oppfatter sin rolle i recoveryorienterte praksiser. De skiller mellom klinisk, personlig og tjeneste definert recovery, og hvor de må balansere mellom konkurrerende krav i forhold til recovery. Dermed flyttes fokuset bort fra støtten til personlige recoveryprosesser hos brukerne.

En recoveryorientert tjeneste med fokusskifte fra sykdom og symptom, til fokus på praktisk støtte på flere nivå, fra autoritet til likestilte samarbeidspartnere, fører til en holdningsendring blant ansatte hevder Chester et al. (2016) i sin litteraturstudie. Studien inneholder 21 artikler som omhandler recoveryorienterte praksiser. Studien belyser videre tre tema som støtter opp om fagpersoners rolle i brukerens recoveryprosess. Det er bekjempelse av stigmatisering, evnen til å se de komplekse behovene til bruker, både de helsemessige og de sosiale, og å håndtere utfordringer knyttet til å være recoveryorientert.

Gaffey, Evans & Walsh (2016) viser i sin oppfølgingsstudie at til tross for økende vektlegging av recovery i psykiske helsetjenester i Irland, har dette ikke gjenspeilet seg i økt kunnskap og holdningsendringer til ansatte. Kunnskapsnivå og holdninger til recovery var relativt uendret sammenlignet med funn fra sammenlignbar studie av Cleary og Dowling (2009) fem år tidligere. Studien fra 2009 viste positive holdninger, men mangler på kunnskap rundt sentrale elementer i personlig recovery og stor oppmerksomhet på symptombehandling. Ut fra

funnene i disse studiene konkluderes det med behov for økt obligatorisk og kontinuerlig opplæring, og rekruttering av personer med brukererfaring.

En annerledes og utvidet praksis har vokst fram i praksisfeltet mener Almvik et al. (2011), der utviklingen av samarbeidet og samhandlingen mellom bruker og hjelper likner mer på hverdagslig samhandling mellom folk flest. Artikkelen er bygget på en studie i forhold til hva som kjennetegner god hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Å oppleve gode hverdagssituasjoner og glede, og få erfaring med at livet kan være bra og opplevelsen av å mestre aktiviteter og situasjoner, anses som viktige i recoveryprosesser. Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong og Karlssons artikkel (2019), basert på en studie med ansatte i bolig for pasienter med rus- og psykiske helseutfordringer, ser på hvordan fagpersoner samarbeider med beboerne i utvikling av recoveryorienterte tjenester. Studien viser deltakere som er opptatt av å møte brukerne i situasjonen. Relasjonsbygging foregår i det daglige, når man ta en kopp kaffe sammen, se på tv, utfører hverdagslige sysler. Trygghet i relasjonen utvikles på ulike måter gjennom samvær og samtaler, planlagte eller spontane, med eller uten agenda, ifølge deltakerne. Ærlighet og oppriktighet overfor bruker ble nevnt som betydningsfullt, og å møte personene som medmennesker. Viktig å fokusere og jakte på de positive ressursene til brukerne, og små skritt ble tiljublet og berømmet. Ansatte vektla å være fleksible og følsomme overfor brukerne, da mente de brukerne opplever seg hørt.

Artikkelen *Medvandrer og hverdagshjelper* (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013) ser på fagpersoner i ACT-team som arbeider for å styrke brukernes medborgerskap. Gjennom å bli kjent med bruker, prate om hverdagslige ting og gjøre hverdagslige gjøremål, får fagpersonene lettere tak i brukers interesser, ønsker, mål og drømmer, sier denne studien. Dette styrker likeverdet og gjensidigheten i forholdet, og anerkjenner bruker som en fullverdig deltaker i samarbeidet. Studien peker også på betydningen av å opparbeide tillit gjennom å by på seg selv og vise hvem man er. Dette gir grunnlag for etablering og opprettholdelse av en trygg relasjon, noe som gir rom for å ha en åpen og spontan samtale. Biong og Soggiu (2015) bekrefter dette i sin studie med ROP-pasienter tilknyttet et kommunalt tiltak der brukerne beskriver sine erfaringer med et recoveryorientert støtteapparat. Deltakerne beskriver en kontakt preget av respekt, anerkjennelse og likeverd, der ansatte går litt utenfor tradisjonell hjelperrolle, som verdifullt. Relasjoner over tid og positiv masing ble også trukket frem.

Artikkelen *Anker i normalitet-betringsprosesser hjå menneske med rus og psykisk lidelse* (Kvam, 2019), vektlegger også betydningen av å få hjelp til praktiske ting i livet, og at brukerne ble oppsøkt hjemme av tjenesteyterne. Hjelpenes tette involvering i hverdagslivet styrker den terapeutiske relasjonen, og hjelpere som strekker seg langt for å legge til rette for kontakt gir håp om at ting kan blir bedre.

Borg og Kristiansens studie fra 2004 beskriver personer som er i eller har vært i recoveryprosesser sine erfaringer med hva som kjennetegner gode og hjelpsomme relasjoner i det offentlige hjelpeapparatet. De nevner empati, respekt og relasjon som viktig i deres prosesser. Et samarbeid preget av likestilling, og som minner om vanlige vennskapsforhold mellom to personer. Der man kan snakke om alt mulig, være uenige, trykke på de rette knappene om nødvendig, muligheten til å bli sett på som *syk og frisk* samtidig, vise interesse og lytte til den andre. Det å bli sett, i relasjonen nevnes som viktig. Hva å *bli sett* betyr eller hvordan det oppleves kan variere fra person til person, det kan være hverdagslig small-talk eller en vennlig gest. Ansatte ble sett på som gode hjelpere dersom de går litt utover profesjonell oppførsel og *bryter reglene*, det kan være småting, men for brukerne betyr det mye. Informantene i studien ønsker flere ansatte i psykisk helsearbeid med en åpen holdning for hva som faktisk er god hjelp og støtte. Krogstad (2004) viser til en større undersøkelse om erfaringer med hjelpeapparatet blant medlemmer i Mental Helse Norge, der deltakerne blant annet ble spurt om beskrivelse av møte med hjelper eller hjelpeapparatet som kan ha betydd et positivt vendepunkt. Virkemidlene som førte til vendepunkt var mange av de samme som nevnes i forbindelse med recoveryprosesser, og da særlig støttende personer, oppmuntring og håp, langvarige relasjoner og elementære goder (bosted, mat, aktivitet). Deltakerne trakk spesielt frem hjelpere som engasjerte seg litt ekstra og gjorde mer enn det som var krevd av dem.

Erfaringskunnskap er viktig for psykisk helsearbeid, og det har kommet en god del forskning som bringer frem denne kunnskapen. Denne type forskning har et åpent utgangspunkt og kan fange opp forhold som bidrar til bedring ut fra et vidt spekter. Gjennom kvalitativ metode kan mennesker med egenerfaringer komme med sine refleksjoner og opplevelser om hva som nytter.

3.0 Metode

Metode betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2009), og jeg vil i dette kapittelet beskrive min prosess mot målet. Denne studien handler om ansattes erfaringer og opplevelser med recoveryorienterte praksiser i kommunale psykiske helsetjenester. Datamaterialet i form av fokusgruppeintervju, ble gjennomført av professor Ottar Ness, Nord universitet, vår og høst 2018. Jeg vil i det følgende kapitlet komme med en kort redegjørelse om kvalitativ metode, presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted og orientere om datainnsamling med informasjon om fokusgruppeintervju, utvalg og rekruttering, intervjuguide og gjennomføring av intervju. Videre vil transkriberings- og analysearbeidet bli omtalt. Jeg redegjør for studiens kvalitet og foretar noen etiske vurderinger, og avslutter med å belyse min forforståelse.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode omfatter ulike former for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av materiale fra samtaler, observasjoner eller skriftlige kilder. Målet er å se på innholdet slik det oppleves for de involverte (Malterud, 2017). Valg av kvalitativ metode var nærliggende grunnet problemstillingens formulering som spør etter psykiske helsearbeidernes subjektive forståelse og erfaringer. Tjora (2017) sier kvalitativ forskning vektlegger forståelse fremfor forklaring, med fokus på deltakernes opplevelser og meninger, samt konsekvenser av meningene. Ved bruk av kvalitativ metode kan man spørre etter meninger, betydninger og nyanser av hendelser og adferd. Dette kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

En vitenskapelig teori er et sett av antakelser (hypoteser/teorier) som kan brukes til å forutsi eller forklare et fenomen eller sammenhenger mellom flere fenomener (Malterud, 2017). Denne studien bygger på et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted. Fenomenologi og hermeneutikk henger sammen ved at begge vektlegger hvordan mennesker forstår egen verden. Fenomenologien er opptatt av enkeltmenneskers beskrivelse av fenomener og hermeneutikken hvordan en skal tolke handlinger og fenomener (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ved å beskrive informantenes subjektive opplevelser av fenomenet jeg vil forske på, kan det beskrives som en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi bygger på erfaringsvitenskap og ser på menneskers livsverden og vektlegger de menneskelige erfaringene. I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som brukes til å forstå fenomener ut fra den andres virkelighetsoppfatning av fenomenet som studeres. Her er fokus på fagpersoners erfaringer og opplevelser med å innta et recoveryorientert fokus i møtet med brukere. Jeg har fått kjennskap til informantenes opplevelse, deres livsverden, omkring fenomenet gjennom lydopptak fra fokusgruppeintervju. Man vil aldri kunne få en objektiv oppfatning av hvordan fenomener fremstår, men alltid være avhengig av en subjektiv oppfatning (Langdridge, 2017). Tidligere erfaringer vil påvirke oss. I forskningssammenheng vil dette bety at det kan være lett å påvirke søken etter nye fenomener, ved å legge til egenskaper til objektene vi observerer. Forskeren bør sette egen forhåndskunnskap til side, og informantens opplevelser bør vektlegges og beskrives. Egen forforståelse blir beskrevet i eget kapittel.

Måten jeg behandler og tolker data på vil være i en hermeneutisk tilnærming. Tradisjonelt har hermeneutikk vært brukt som metode for å tolke og forstå meningen i tekster. Det innebærer å få en allmenn forståelse av hva teksten betyr (Kvale & Brinkmann, 2009). I hermeneutikken legges det spesielt vekt på forholdet mellom deler og helheten i tolkningen. Dette beskrives som en fram-og-tilbake-prosess der forståelsen av deler av teksten påvirker forståelsen av helheten av teksten. Dette vil igjen påvirke delene i teksten. Gjennom en slik sirkulær jobbing med teksten vil kunnskap utvikles. I analytisk arbeid vil denne sirkulære måten å jobbe på føre til en dypere forståelse av meningen.

Jeg har fått data, lydopptak, omkring fenomenet ved at gruppemoderator stilte spørsmål, og informanten ga sine svar ut ifra egne erfaringer og opplevelser, sin livsverden. I min analyse av datamaterialet benytter jeg Braun og Clarkes seks faser innen tematisk analyse. Ved å innta et fenomenologisk-hermeneutisk ståsted vil resultatet av analyseprosessen være min fortolkning av informantenes livsverden. Det er deres opplevelser jeg ønsker å fange opp, og samtidig min forståelse av disse opplevelsene. På denne måten utfyller fenomenologi og hermeneutikk hverandre som vitenskapsteoretiske ståsted.

3.3 Datainnsamling

Under planlegging og utarbeidelse av problemstilling fikk jeg via veileder kjennskap til allerede innsamlet data omkring tema. Datamateriale i form av fokusgruppeintervju foretatt av

professor Ottar Ness, Nord universitet. Det ble opprettet kontakt med Ness og jeg fikk tilgang til lydfiler med fokusgruppeintervjuer foretatt vår og høst 2018. Da jeg selv ikke har vært med på selve datainnsamlingen her, vil jeg si litt generelt om innsamling av data i forhold til metoden som ble brukt i denne studien og beskrive det jeg har kjennskap til.

3.3.1 Fokusgruppeintervju

Det finnes ulike intervjuformer, og man kan se på de ulike formene som ulike verktøy intervjueren kan velge mellom. Hvilken form man velger avhenger av formålet med undersøkelsen, hvilken type kunnskap man søker, intervjupersonene og intervjuers ferdigheter og stil. Den mest anvendte formen for intervju foregår mellom to personer, men man ser en økende bruk av fokusgruppeintervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Fokusgruppeintervju er semistrukturerte gruppediskusjoner med et mindre utvalg fra en populasjon, som regel seks til ti personer (Kvale & Brinkmann, 2009). Hensikten med fokusgruppeintervju er å samle kvalitative data om et angitt tema fra en mindre gruppe personer (Lerdal & Karlsson, 2009). Gruppen ledes av en gruppemoderator som presenterer emnene som skal diskuteres og metoden kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2009). Enkelte foretrekker å ha en medhjelper som blant annet kan notere ned den nonverbale kommunikasjonen som ikke kommer frem på lydfil. Deltakerne beskriver og reflekterer over subjektive erfaringer, opplevelser, holdninger og synspunkter gjennom gruppe diskusjon. Det stimuleres til fylldige beskrivelser av deltakernes oppfatninger, ønsker og opplevelser knyttet til fenomenet eller situasjonen som tematiseres. Trygghet og åpenhet er vesentlig for å skape frie diskusjoner mellom deltakerne. Artikkelen *Bruk av fokusgruppeintervju* (Lerdal & Karlsson, 2009) påpeker at fokusgruppeintervju ikke handler om å beskrive generelle betraktninger, og er godt egnet når man ønsker å utvikle kunnskap som gir en dypere forståelse av meningsdannelse i gruppen. Fokusgruppen har ikke som formål å komme til enighet om eller presentere løsninger på spørsmålene som diskuteres (Kvale & Brinkmann, 2009). Det legges til rette for data skaping gjennom samtaler, og informasjon fremskaffes fra en gruppedynamisk samhandlingsprosess. Fokusgruppeintervju som en gruppesamtale med kolleger kan oppleves inspirerende.

Professor Ness er gruppemoderator i denne studien, og han gjennomfører intervjuene alene. Jeg har fått tilgang til 2 intervjuer, foretatt høsten 2018 og våren 2018.

3.3.2 Utvalg og rekruttering

All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet som skal utforskes (Malterud, 2017). Professor Ness har foretatt et strategisk utvalg for å rekruttere informanter til studien. Informantene er helsepersonell ansatt i oppfølgingstjenester i kommunen. Det kommer frem av lydfilene at de alle er ansatt ved samme enhet, men ved ulike avdelinger. Strategiske utvalg er satt sammen ut fra en målsetning om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). For å forstå hva som er relevante datakilder vil det være viktig med feltkunnskap. I denne studien ønsker man å se på ansattes forståelse, opplevelse og erfaring med recovery. Det er da av betydning å intervju ansatte i recoveryorienterte tjenester som kan besvare dette. Jeg har ikke kjennskap til hvordan professor Ness har gått frem i prosessen med å finne relevante datakilder, eller hvordan selve rekrutteringen av informanter har foregått.

Malterud (2027) sier det i homogene utvalg vil det være vanskeligere å få frem nyanser. Variasjonsbredden i et utvalg gir mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Informantene i denne studien er deltakere med ulike grunnutdanninger, noen med videreutdanning i psykisk helsearbeid og arbeidserfaringen deres fra kommunalt psykisk helse og rusarbeid varierte. Dette vil kunne gi ulike nyanser i beskrivelsene.

3.3.3 Intervjuguide

Utarbeidelse av en intervjuguide i forkant av intervjuene kan være hensiktsmessig da den kan være et hjelpemiddel, huskeliste, som minne om de ulike temaer man ønsker data om. Intervjuguiden vil også hjelpe intervjuer å strukturere intervjuene. Guiden kan ha ferdig formulerte og fullstendige spørsmål, eller den kan være stikkords preget. Malterud (2017) mener det er viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller å følge den for slavisk. For å få intervjuet som en tilnærmet samtale kan det være hensiktsmessig å løsrive seg fra guiden, unngå å bli for opphengt eller forstyrret av guiden, og heller etterstrebe den frie samtalen. Malterud (2017) sier en intervjuguide kan revideres underveis for å kunne tilpasses møtet med den enkelte deltaker og det enkelte intervju. Intervjuguide vedlegg 4.

3.3.4 Gjennomføring av intervju

Det var professor Ness som gjennomførte intervjuene i studien, jeg var selv ikke til stede. Jeg har fått tilgang til råmaterialet fra to fokusgruppeintervju, med en varighet på omkring en time

pr intervju. Jeg vil videre si noe generelt om gjennomføring av intervjuer i forskningssammenheng.

Kvaliteten på et forskningsintervju er avhengig av opparbeidet tillit mellom intervjuer og deltaker. Malterud (2017) hevder intervju situasjonens fortrolighet og ro kan skape en god ramme for historier om erindringer og sammenhenger. Det vil være viktig å forsøke å etablere et klima preget av trygghet og åpenhet. Intervjuer krever tid og ro, derfor vil det være nødvendig å sette av nok tid til intervjuer, men samtidig ikke for lang tid da det kan oppleves slitsomt å være i intervjusituasjonen. Det å tilstrebe en avslappet stemning hvor deltakeren føler det er greit å prate åpent, er en forutsetning for å få til et vellykket intervju.

3.4 Transkribering

Transkribering er en transformasjonsfase fra muntlig samtale til en skriftlig tekst, slik at innsamlet data blir bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Formålet med transkriberingen er å fange opp samtalen slik at den gjengir, på best mulig måte, det deltakerne har formidlet i intervjuene. Etter som fokusgruppeintervjuene er utført av en annen, professor Ottar Ness, og jeg selv ikke var tilstede, valgte jeg å lytte til de digitale lydfilene flere ganger før jeg startet transkriberingsarbeidet. Det ga meg god innsikt i materialet, noe som kom til nytte i analysearbeidet. Transkripsjonen skal være mest mulig likt det opprinnelige materialet (Malterud, 2017), slik deltakerne formidlet sine erfaringer og meninger i intervjuene. Det er allikevel viktig at forsker har en ydmyk holdning til det transkriberte datamaterialet, da mye informasjon vil bli borte allerede i lydopptak av intervju. Meninger og hendelser uteblir og/eller forvrenges også når muntlig materiale oversettes til tekstform, selv ved ordrett gjengivelse. Kroppsspråk, ironi og stemmeleie kan blant annet være vanskelig å fange opp. Transkripsjonen gir derfor kun et avgrenset bilde av det som studeres (Malterud, 2017).

Kvaliteten på lydopptaket var ganske bra. Det var lite bakgrunnsstøy og deltakerne snakket kun få ganger samtidig, dette ble notert i transkripsjonen. Råmaterialet ble transkribert i et Word dokument. Transkriberingene valgte jeg å skrive på bokmål. Navn og steder som ble nevnt i intervjuene ble beskrevet med første bokstav for å beholde anonymitet. Ferdig transkribert materiale ble lest igjennom samtidig med at lydfilene ble avspilt, for å kvalitetssikre at alt var nedskrevet ordrett. Samlet utgjorde intervjudataene 40 sider med tekst, og disse ble skrevet ut i 3 eksemplar. Gjennom transkripsjon fra muntlig til skriftlig form struktureres intervjuene og det blir lettere å få en oversikt over materialet, dette er

begynnelsen på analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5 Analyse av data

Å analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har valgt å anvende Braun & Clarkes (2012) tematisk tekstanalyse som analysemetode i denne oppgaven, da dette er en anbefalt metode fra Nord universitet. Tematisk analyse er en metode for å sortere data etter innhold og på bakgrunn av dette utforme temaer. Dette er en metode som fungerer godt sammen med et hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapssyn da man forsøker å se på informantenes opplevelser og erfaringer samtidig som man ser på de i lys av helheten. Datamaterialet i studien er hentet fra to fokusgruppeintervju, ved ulike avdelinger. I analysen ble det lagt vekt på å identifisere nye temaer, men også endringer av tidligere temaer som var kommet opp.

Braun & Clarkes (2012) tekstanalyse prosess er delt inn i seks faser:

1. Bli kjent med dataene

Jeg gjør en induktiv tilnærming til det innsamlede materialet, da hensikten med denne forskningen er å få tak i informantenes erfaringer knyttet til recovery. Jeg har ingen hypotese som skal testes. Jeg ble godt kjent med informantenes uttalelser gjennom lytting til lydfilene og transkribering av opptakene. Datasettet ble lyttet til og transkripsjonene printet ut og lest flere ganger for å skape et helhetsinntrykk, samt for å forsikre meg om at det jeg hadde skriftliggjort var riktig gjengivelse. Deler av transkribert tekst ble i denne fasen markert, i forhold til intervjuers spørsmål, for lettere å få en oversikt.

2. Generer koder

Proessen med koding startet etter å ha lest gjennom teksten flere ganger, og jeg gjennomførte kodingen manuelt da jeg er fersk som forsker. Jeg startet med å markere meningsbærende enheter fra teksten og kode disse med forskjellige farger. Jeg skrev også stikkord i margen på utskriften. Hva som var meningsbærende ble vurdert i forhold til problemstillingen. Etter å ha funnet alle enhetene jeg opplevde som meningsbærende, skrev jeg notater som bestod av stikkord og deler av setninger i et nytt dokument. Korte setninger for å beholde meningsinnholdet i kodingen.

Eksempel på koding - tabell 1-1

Tekst	Kode
-Noe av det beste vi har gjort da det var jo en beboer som faktisk fikk koden til døra og tilgang inne på her. Og han hadde ansvaret på å bake til en slik lørdagskaffe.	Gi brukerne ansvar og ikke undervurdere brukerne
-Jeg tenker det ufarliggjør det litt. -Ja så tenker jeg det handler om at at brukeren opplever at jeg er såpass viktig at ho er villig til å ta en snarvei for min del. -mm(flere) -Hun brøt regelen for at jeg skulle få dra dit.	Gamle og rigide regler som setter stoppere "Modige" ansatte

3. Se etter tema

I denne fasen tok jeg utskrift av kodene. Kodene ble merket med tall og bokstaver for lettere å sammenfatte koder som kunne inneholde samme tema. Jeg sorterte tekst/koder ved å samle de i innholdsmessige temalister. Noen temalister inneholdt mange koder andre mindre. Jeg måtte tilbake til transkribert materiale flere ganger for å få en oversikt over meningsinnholdet. Jeg ble sittende igjen med mange temaer. Dette opplevde jeg som en omfattende og tidkrevende fase i analysen.

4. Gjennomgå temaene

Gjentagende lesing av meningsinnhold i transkripsjonene og utarbeiding av tabeller med ulike tema samt tankekart, hjalp meg til lettere å finne og sammenfatte mønster systematisk. I denne fasen så jeg at flere av de mindre temaene jeg hadde, omhandlet mye av den samme tematikken. Det førte til at jeg kunne slå sammen flere av temaene. Jeg gikk tilbake til transkripsjonen og leste igjennom nok en gang. Det endte med at jeg organiserte temaene på en litt annen måte enn hva jeg først hadde gjort. Jeg fikk en bedre oversikt over intervju 1 og 2, og kunne lettere se like og ulike tema i intervjuene. På denne måten ble analyseprosessen

en hermeneutisk spiral hvor jeg pendler mellom å se på deler og helheten i materialet flere ganger.

Eksempel på utvidet tabell - tabell 1-2

Tekst	Kode	Tema
<p>-For at det er snakk om like likeverd. Eh det er ikke, det er ikke så, du er syk, men du er ikke så spesiell at du ikke kan håndtere en mobil eller en bilnøkkel eh vi må på en måte prøve å befinne oss på samme planet, samme nivå eh tenker mer av det vi kaller <u>brukeråpent</u> på basene. At beboerne kan styre selv også før vi heller stramme inn om det skulle forsvinne en tv, det har ikke gjort det til nå. (latter) på en stund (latter) mange år siden det har forsvunnet <u>noe</u> tv.</p>	<p>Likeverd</p> <p>Befinne oss på samme planet</p> <p>Brukeråpent, bruker styrer selv</p> <p>Ha troen på, ikke mistillit til</p>	<p>Ansattes holdninger</p>

5. Definere og benevne temaer

Fra forrige fase satte jeg igjen med et temakart som viste hovedtemaer og ulike undertemaer. Temakartet mener jeg dekker bredden av temaene i datasettet og gjenspeiler det informantene har sagt og ment. Jeg gikk tilbake til datasettet og leste det på nytt for å få ideer til benevelser til de ulike temaene. Jeg endte opp med følgende temaer:

I) Recovery - et "romslig" begrep

II) Ansattes holdninger og praksis

- Kaste ballen over til bruker og vise interesse
- Gjødse ressursene og vise at man har tro på brukeren
- Samme planet og ikke undervurdere brukere
- Skape rom, ikke ta alt så sabla seriøst

III) Samarbeid

- Pårørende viktig ressurs med forventninger, men kan også selv ha behov for støtte
- Andre, samarbeid med frivillige organisasjoner

IV) Gode rammer?

6. Produsere rapport

Fasen innebærer rapportskriving. Jeg vil i kapittel 4 presentere mine funn.

3.6 Studiens kvalitet

Forskning er en prosess der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. Resultatene skal tåle vurdering av andre, på grunnlag av observasjoner, analyser eller argumenter (Malterud, 2017). Det betyr at kunnskapen på en eller annen måte er etterprøvable. Malterud sier at vitenskapelighet ikke kan sjekkes med enkle prosedyrer, men at det handler om holdninger til systematisk og selvkritisk håndtering av kunnskap. I vurdering av troverdighet er begrepene validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) sentrale. Jeg vil redegjøre for studiens vitenskapelige kvalitet ved å se på studiens validitet og reliabilitet.

3.6.1 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om gyldighet, eller hva forskeren egentlig har funnet ut noe om (Malterud, 2017). Det kan stilles spørsmål om metode og om alle valg underveis i prosessen representerer en logisk framgangsmåte for å belyse problemstillingen. Malterud (2017) skiller mellom intern og ekstern validitet. Med intern validitet menes om det vi har funnet faktisk er sant, er relevante begreper og metoder benyttet? Ekstern validitet handler om overførbarhet. Kan funn overføres utover den konteksten der vi har kartlagt de, til lignende grupper? Kvale og Brinkmann (2009) hevder valideringsarbeidet bør fungere som kvalitetskontroll gjennom hele kunnskapsproduksjonen.

Reliabilitet, pålitelighet, har med forskningsresultatenes verdi og troverdighet å gjøre. Det handler om at jeg som forsker har gjort rede for hvordan data utvikles, og om forskningsresultatets troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009). Kan resultatet reproduseres av en annen forsker? Om intervjupersonene ville endret sine svar i et intervju med en annen forsker.

I forhold til intern validitet har jeg i denne masteroppgaven redegjort for hvordan jeg har gjennomført de ulike fasene, slik at leseren skal forstå de tolkningene og slutningene som presenteres.

Jeg tror funnene kan overføres til lignende grupper selv om det ikke finnes noen fasit eller entydig svar på forståelsen av og utøvelsen av recoverytenkningen. Og jeg mener studien kan generere kunnskap som er interessant for videre arbeidet med utvikling av recoveryorienterte tjenester.

For å unngå tilfeldigheter er det viktig å være bevisst egen forforståelse. Jeg har forsøkt å være åpen om egen forforståelse i kapittel 3.8, Forforståelse. Og jeg har forsøkt å gjøre forskningsprosessen så gjennomsiktig som mulig ved å beskrive hvordan data er samlet inn og analysert i kapittel 3, Metode.

Utvalget er sammensatt ut fra en målsetning om at materialet best mulig kan belyse problemstilling. Variasjonsbredden i utvalget, i form av ulik bakgrunn og utdanning, gir mulighet for å beskrive flere nyanser av fenomenet. I transkriberingsprosessen ble hensyn til reliabilitet og validitet gjort ved å lytte til lydfilene flere ganger for å unngå feil og uklarhet.

3.7 Etiske refleksjoner

God forskningsetikk styrker tilliten til forskere og forskningsresultater. Forskning i Norge reguleres av lover og forskrifter, og alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal forhåndsgodkjennes av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Mindre prosjekter med lite sensitive problemstillinger krever ofte ikke godkjenning av REK. Men forskning som omhandler personopplysninger må søkes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Lover og forskrifter, som Helsinkideklarasjonen, pasientopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven, har bestemmelser som skal sikre deltakere trygghet og sikkerhet. Deltakere gir gjennom datainnsamlingen forskeren innsikt i sin kunnskap og erfaring, dette kan gjelde fortrolige forhold. Det stilles blant annet strenge krav til informert samtykke, deltakerne skal kjenne forskningsprosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om de ønsker å bidra eller ikke, informasjon om hvordan data skal samles inn og håndteres skal gis deltakerne på forhånd og deltakerne skal føle seg trygge på at personvern og anonymitet blir ivaretatt. Professor Ness gav deltakerne, i forkant av intervjuene, forespørsel om deltakelse og informasjon om studien, samt samtykkeskjema

for signering (vedlegg 1). Søknad ble sendt til NSD, og godkjenning mottatt (vedlegg 2). Da jeg tok kontakt med professor Ness for å høre om tilgang til rådata (lydfiler), ble det sendt endringsmelding til NSD, og svar fra NSD ble tatt imot (vedlegg 3).

Alle mine opplysninger om informantene (lydfiler) er lagret på privat datamaskin som er låst med passord. Presentasjonsrunden på lydfilen ble ikke transkribert, slik at transkripsjonene inneholder ingen navn eller gjenkjennelig data. Der det ble nevnt navn i lydfilene, stedsnavn eller navn på deltaker, ble dette transkribert med første bokstav. Jeg har ikke hatt tilgang til samtykkeskjemaene.

3.8 Forforståelse

En grunntanke i hermeneutikken er at vi forstår noe på grunnlag av en rekke forutsetninger. Disse forutsetningene innebærer alt vi tidligere har lært, opplevd og erfart. Filosofen Gadamer beskrev dette som forforståelse (Malterud, 2017). Forforståelse blir av Malterud (2017) beskrevet som den ryggsekken forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet før det starter. Innholdet består av erfaringer, hypoteser, faglige synspunkter og teoretiske referanserammer. Dette vil hele veien påvirke måten en samler, leser og tolker data på. Forforståelsen er ofte en viktig motivasjon for å sette i gang med forskning rundt et bestemt tema og det er vanskelig for en forsker å stille med helt blanke ark. Forforståelsen kan være nyttig for forskningsprosessen, men kan også være begrensende dersom forskeren bare ser studiet fra eget perspektiv og ikke åpner for ny forståelse.

Fokus i studien er helsearbeidernes subjektive erfaringer med og forståelser av recovery. Med tanke på min vitenskapsfilosofiske bakgrunn innebærer det å forstå helsearbeidernes beskrivelser av sine erfaringer i sin livsverden. Det informantene fortalte på lydfilene utgjør det materialet som skal forstås og fortolkes. I fortolkningen bringer jeg som forsker med meg mine erfaringer inn i forståelsen. Det kan være arbeidserfaringer og erfaringer fra utdanning. Recovery er et begrep jeg har blitt kjent med gjennom veilederen *Sammen om mestring* da jeg selv ble ansatt i kommunal psykisk helsetjeneste i en mindre kommune. Og jeg ble mer oppmerksom på begrepet under forelesning ved Nord universitet. Nysgjerrigheten økte da jeg kjente igjen holdninger, beskrevet i teorien, fra en tidligere arbeidsplass. Så min forforståelse i forhold til recovery ser jeg er knyttet opp mot holdningene vi hadde der jeg jobbet på starten av 2000-tallet. Jeg har ved et par anledninger i prosessen, tatt meg i å sammenligne data opp mot tidligere egenerfaringer, og har måtte “nullstille” meg. Det har under hele prosessen vært

viktig for meg å være bevisst egne tidligere erfaringer, min forforståelse kan ha farget hva jeg har fokusert på.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere sentrale funn fra fokusgruppeintervjuene. Professor Ottar Ness gjennomførte to gruppeintervju, som jeg har fått tilgang til, ved sammen kommunale enhet. Det var 12 deltakere i det første intervjuet og 13 deltakere i det andre. 6 av deltakerne deltok i begge intervjuene, og det deltok 2 studenter (forskjellige) i hvert intervju.

Studiens problemstilling er:

Hva forstår ansatte med begrepet recovery? Og hvilke opplevelser og erfaringer har de med å være recoveryorienterte?

Hensikten er å beskrive helsearbeidernes forståelse, opplevelser og erfaringer ut fra deres livsverden. Jeg har ved bruk av Braun og Clarkes tematiske tekstanalyse kommet frem til funn som besvarer problemstillingen.

I begge gruppene fløt samtalen godt mellom deltakerne, noen snakket mer enn andre, men ikke i så stor grad at det hørtes ut som det var ødeleggende for gruppedynamikken. Det virket som alle slapp til og snakket fritt om sine erfaringer. For å beskytte anonymitet hos informantene blir de beskrevet som ansatt, deltaker og informant når jeg siterer det som kom frem i intervjuene.

Kapittelet er inndelt i underkapitler etter funn, og disse underkapitlene har fått navn etter tema, koder og sitat i tekstmaterialet.

4.1 Recovery - et "romslig" begrep

Første fokusgruppeintervju ble innledet med at deltakerne blir bedt om å si det første de tenker når de hører begrepet recovery. Det kom tydelig frem i samtalen at det er et begrep som gir mange forskjellige assosiasjoner. En bemerket at det kan være vanskelig å finne et godt norsk ord for recovery. En annen deltakeren sa:

"Det første jeg tenkte var jo at det var en trafikkskadd pasient som lå å skulle ta seg igjen, det er recovery slik jeg er vant til å bruke begrepet og fatter ikke hvorfor vi har adoptert det i den ..her..aller helst skulle vi ha funnet på noe norsk til tross for at det her har blitt et internasjonalt begrep".

Videre kom det uttalelser som:

“framtid”, “tilfriskning” og “utvikling”.

Da utvikling ble nevnt var det flere som uttrykte sin enighet ved å svare bekreftende med ja og mm. Videre ble ord som meningsfullt liv, aksept og bedringsprosesser nevnt. En deltaker sa det var vanskelig å forklare sin forståelse av recovery og sa han unngår å bruke begrepet. Atter andre ansatte hadde lengre og mer beskrivende refleksjoner:

“Jeg tenker det handler om mer enn bare bedring. Ja, det handler kanskje vel så mye om å akseptere at det ikke nødvendigvis er noe bedring, og finne taktikker til å leve med det istedet for å kjempe mot lidelse og sykdom hele tiden”.

Det var også en deltaker som hevdet at oppfattelse av recovery har noe med hvilken bakgrunn man har, i form av utdanning. Vedkommende påsto at det er en naturlig måte å jobbe på for ansatte med sosialarbeider bakgrunn:

“..vi har det litt i blodet”.

En ser ut ifra reaksjonene til informantene at recovery er et begrep som fortsatt er litt vanskelig å definere med ett enkelt felles norsk ord, og at det fremdeles er ukjent for enkelte. De ansatte hadde mange forskjellige tanker og refleksjoner rundt recovery. Flere av deltakerne hadde en fremtidsrettet beskrivelse på sin måte å forstå og forklare recovery. Det kom frem en enighet i intervjuet om at det er en prosess for brukerne der det handler om å se muligheter ikke begrensninger for å få et meningsfullt liv, slik som denne informanten sa:

“Ja, også dette her med å jobbe med å få ett liv da, selv om du er syk og kanskje aldri kommer til å bli frisk. Å rett og slett få lov til å leve et liv for det. Og ikke bare gå rundt å vente på å bli bedre. Veldig mange, kanskje ikke vil bli bra.”

Det kom ingen indikasjoner i intervjuet om at enheten eller avdelingen har en felles forståelse av begrepet recovery. Jeg oppfattet det som om hver og en av informantene hadde sin egen personlige oppfattelse av recovery, og at alle hadde et brukerperspektiv på begrepet.

4.2 Ansattes holdninger og praksis: Å skape rom

Hvilke holdninger fagpersoner har med seg i møtet med brukerne var noe som opptok deltakerne. De uttrykte enighet i at det innenfor recoveryperspektivet legges mer ansvar over på bruker og at det har vært en holdningsendring blant de ansatte de senere årene.

Tankegangen har endret seg til at brukerne skal lære å leve med sykdom, lære seg å bo med

sykdom, kontra være pasient. Ansatte sa de er samkjørte på det å ikke ha en autoritær fremtoning overfor brukerne, noe de mener inngår i det å være recoveryorienterte. Jeg vil komme nærmere inn på flere temaer knyttet til samme emnet i delkapitlene under. Delkapitlene har overskrifter hentet fra utsagn fra informantene.

4.2.1 Kaste ballen over til bruker og vise interesse

Å ansvarlig gjøre brukerne er viktig for deltakerne, og hvordan det blir formidlet var et tema det ble pratet om i intervjuene. Noen informanter sa de sier det direkte til brukeren, mens andre sa de gir signaler om det. Å gi signaler sa de handler om å vise at man er interessert i personen. Ved å spørre om forventninger, ønsker, tanker, drømmer og behov, samt lytte til hva brukerne egentlig sier, viser man interesse hevdet deltakerne. Her er sitater fra to deltakere:

“..signalisere til de som bor her..eh..til de fleste av de i hvert fall, at det ikke er jeg som er sjefen i deres liv, det er de selv. Eh.. noen må jeg kanskje si det mere direkte til mens andre kan jeg ..eh..signalisere det til.”

“..det aller første jeg spør den personen om er hvilke forventninger personen har..for da har en kastet ballen over til beboer og har signalisert at jeg er interessert i å finne ut hva denne personen ønsker, tenker, har behov for.”

Vanligvis klarer brukerne å meddele til de ansatte selv, men noen ganger må ansatte hjelpe brukerne å ytre tanker. Deltakerne sa de ser en forskjell i generasjonene når det gjelder å være “sjef i eget liv”, og forventninger om at helsepersonalet skal tilpasse seg brukeren. De sa det virker som det faller mer naturlig for den yngre generasjonen enn de som er eldre. Og at det kanskje tar lengre tid å lære opp de eldre til å ta ansvar for eget liv. Flere av deltakerne sa seg enige i dette. De kom ikke nærmere inn på hvordan man lærer opp, jeg tolker det som at informasjon og samtale omkring tema blir gjentatt. Det kom videre frem i intervjuet at det å kjenne bruker, ha en god relasjon til og “vite hvordan den personen fungerer”, er viktig for å kunne gi god bistand og hjelpe brukerne til å ta mer ansvar. En deltaker bemerket at det ikke alltid er slik at alle brukerne klarer å definere hva man opplever som sine behov:

“...det opplever vi jo gang etter gang at folk har bistandsbehov eller andre behov som de ikke klarer å uttrykke..så det er viktig det her med å observere godt og kunne ha faglig bakgrunn til å klare å se situasjonene og personene..for å kunne finne ut etterpå hvordan hjelp eller gi bistand.”

Deltakerne fortalte at de snakker mye sammen om brukerne, både i formelle og uformelle møter gjennom dagen mellom gjøremål. Det gjøres for å utveksle observasjoner og informere hverandre om brukerne. Dette er møter der brukerne ikke er delaktige.

4.2.2 Gjødse ressursene og vise at man har tro på brukeren

Fokusgruppen kom med påstander om at alle har ressurser, uansett hvor påvirket mennesker er av sykdom og/eller lidelse, og at det ligger mye motivasjonsarbeid bak det å få frem, hente, ressurser. Det å vekke ressurser kan være med på å bringe frem ferdigheter som ligger der latent. Og brukerne kan kjenne på en trygghet når helsepersonalet er med og viser støtte.

Utsagn fra en deltaker:

“Jeg tenker å være med å høre hva, hva er det beboeren vil og på en måte være med å støtte oppunder og, “ok du vil det, hvordan skal vi komme dit, hva må vi gjøre underveis”, og finne de små delmålene for å komme, å nå hovedmålet”.

Deltakerne fortalte om tilfeller der de har bistått og støttet brukere målrettet mot ønsker og drømmer. Der brukere er mest mulig delaktige i prosessen selv og de ansatte har vært på tilbudssiden og bistått med praktiske ting. Det samtales om betydningen av at ansatte fanger opp ønskene og drømmene, og viktigheten av at ansatte er med på det, samarbeider og har tro på at brukerne har ressurser til å gjennomføre diverse ønsker og drømmer. Et eksempel var en bruker som ville ut å reise:

“Hun vil på sydenferie..det var det det startet med. Og da er det noe der, ikke sant..og da tenker jeg at det er super viktig at vi er med på det. Lar det seg gjøre?..at vi er med på det samarbeidet.”

Den ansatte hadde i dette tilfellet lagt til rette for brukeren med å låne henne en pc, og vært med henne i søk på internettet, samt hjulpet henne med å ta kontakt med nødvendige instanser. Det å vise interesse gjør brukerne tryggere og gir de mer tro på seg selv, hevdet deltakerne. En sa:

“Jeg synes også at det på en måte kan komme en trygghet, på en måte og til beboeren, når vi er med og støtter oppunder. En trygghet og ..eh..kanskje at de våger litt mer, våger litt mer å formidle, ikke sant, at vi er med på det.”

Deltakerne hadde flere eksempler der de har vært med på gjennomføring av ønsker. De fortalte om vellykkede turer de har vært med på sammen med brukere. Og de påpekte viktigheten med å se forbi egne katastrofetanker og bekymringer, og heller se på mulighetene. Mye av bekymringen er unødvendig, mente de. Selv om brukerne har sine utfordringer er det viktig å la de drømme for å være med å fremme ressursene:

“Istedenfor at bare nei det går ikke, du er for syk, det kommer ikke til å skje. Men heller blir med litt på det der, selv om vi tviler og er litt skeptisk egentlig, men blir med allikevel. Vi har masse eksempler på det.”

En deltaker mente det handler mye om å være tålmodig og ikke miste troen. De hadde erfaringer med at det kunne være to skritt frem og ett tilbake. Og at man i noen tilfeller må “pushe” brukeren litt uten å mase. De som jobber rundt bruker med psykiske utfordringer må ha utholdenhet, hun hevdet:

“...kanskje en må gå mange runder, mange samtaler og, for mange, mange tiltak. Det betyr ikke at ressurser ikke er der.”

En annen påpekte at gamle vaner lett farger ansatte og at det da kan være vanskelig å se noe nytt i brukeren. Mens andre var enige i at de (ansatte) er flinke til å observere endring og gi positiv tilbakemelding til brukerne og andre ansatte om hva de opplever. Disse små og store skrittene mente de var vel så viktig for de ansatte, en deltaker konstaterte:

“...det er jo det som fører oss fremover også, og motiverer oss også...Det er kjempe artig.”

Å hjelpe brukerne med å bli oppmerksom på egne ressurser mente deltakerne er en viktig jobb, som krever tålmodighet og at ansatte formidler håp og tro, ved å støtte og oppmuntre brukerne.

4.2.3 Samme planet og ikke undervurdere brukere

For å være en god ansatt i deres enhet påpekte deltakerne betydningen av å være seg selv, samarbeide godt med andre ansatte og brukere, og se på brukere og seg selv som likemenn. De er opptatt av å være på samme “plan” som brukerne, med det mente de å møte brukere som medmenneske og likemann, med respekt og verdighet. Deltakerne ga inntrykk av at de har en felles bevissthet rundt dette. De hadde uttalelser som:

“Jeg tror at det er, kulturen her, tror jeg, er ganske slik, tror personalet her er temmelig samkjørt på at vi har ikke noe autoritet, mer enn vi er nødt til.”

“For det er snakk om likeverd. Det er ikke, du er syk, men du er ikke så spesiell at du ikke kan håndtere en mobil eller en bilnøkkel. Vi må på en måte prøve å befinne oss på samme planet, samme nivå, tenke mer av det vi kaller brukeråpent på basene...”

Det å gi og vise tillit til brukerne er viktig for de ansatte, de beskrev ulike situasjoner de har stått i selv og hendelser der avdelingen sammen har blitt enige om å gi blant annet ansvar til brukere. De snakket ivrige om et tilfelle der de hadde gitt en bruker tiltro:

“Noe av det beste vi har gjort da det var en beboer som faktisk fikk koden til døra og tilgang inn på her. Og han hadde ansvaret på å bake til en slik lørdagskaffe”.

Grappa var enige om at det fungerte jo veldig bra det. De sa det handlet om å våge og stole på bruker og ha tro på at det vil gå bra. De ansatte sa de bare bestemte at dette måtte de prøve og se hvordan det går. Det viste seg å være veldig vellykket. Betydningen av å ikke undervurdere brukere var et tema som gikk igjen i intervjuene, det å se og møte mennesket bak diagnose og bli kjent med bruker, og med en innstilling om at alle har ressurser. De mente det handler om å hjelpe bruker å utvikle seg:

“Utvikle seg i livet, så som vi andre gjør, skulle jeg til å si. Og bidra til det.”

Deltakerne fortalte om flere episoder der det ble snakket over hode på brukere i møte med andre tjenester. De har også erfaringer med at brukere blir møtt med mistenksomhet når ansatte er med brukere i for eksempel butikker. Det kom ikke frem i intervjuet hvordan de ansatte handler i slike situasjoner. Men gruppa uttrykte håp om at de med sin væremåte, holdninger og formidling klarer å bidra til at brukerne føler seg verdifull. En deltaker tilføyde:

“Jeg håper at vi klarer å bidra til at folk føler at de er noe verdt..og kanskje bidra i større grad til det..jeg tror mange opplever at dem ikke har så mye verdi da.”

De nevnte også i denne sammenhengen betydningen med det å være tålmodig, lytte til hva brukerne egentlig sier og snakke respektfullt med alle mennesker.

Opplevelser som for eksempel kulturelle aktiviteter eller fysiske aktiviteter er også med på å normalisere livet for brukerne, mente gruppen. Og deltakerne uttrykte at de savnet det å ha mulighet til å finne på tiltak i hverdagen sammen med brukerne. De mente brukerne har for

mange hverdager, og poengterte at mennesker med ulike utfordringer har, som folk flest, behov for opplevelser og stimulans som bryter opp alle hverdagene.

4.2.4 Skape rom, ikke ta alt så sabla seriøst

Et annet tema som opptok deltakerne var det å ha tid til brukerne, de var spesielt opptatt av å opprette tid og rom til å la ting skje. Noen ganger sammenlignet de seg med hjemmetjenesten, der man går inn gjør prosedyrene sine og haster videre. De mente det er viktig å fange opp betydningsfulle situasjoner og spinne videre på det som måtte dukke opp, og å ha oppmerksomheten rettet mot bruker. En deltaker sa det slik:

“Hvis vi slutter å snakke om hva som kan komme, hvilken utvikling som kan skje, hva vi kan stimulere og hvis vi slutter å prøve å få tak i hvilke utviklingsmuligheter de enkelte har da da tror jeg det blir veldig lite som skjer.”

Deltakerne uttrykte at de føler at dette rommet er under press. Kommunens økonomi og ressurser er med og påvirker slik at tiden ikke strekker til eller mulighetene ikke fremkommer. De understreker også at ansattes holdninger er med og påvirker muligheten for å starte prosesser. Modige ansatte, som våger å handle litt utenfor det som er ansett som faglig riktig, betraktet noen av deltakerne som viktige personer i enheten. Det ble uttalt:

“...hvis man får veldig rigide ansatte i et slikt miljø da tror jeg det slutter å skje ting. Man blir veldig opptatt av å gjøre ting riktig, for det det er mye vi gjør som er feil, som til slutt blir bra tror jeg.”

De ansatte sa de føler visse forventninger i forhold til hva som er greit og ikke i helsevesenet, det er en norm for hvordan man skal te seg som hjelper. Men samtidig var de enige om at det ikke finnes noen fasit. Noen ganger går de ansatte utover grensene for hva som er forventet. Og det sa de hadde positive erfaringer med det også. En deltaker sa det slik:

“...at man ikke liksom tar alt så sabla seriøst hele tiden og tar noen sjanser, eh, i mellom...Hvis at M har glemt å ta med seg telefonene opp til H når han skulle opp di, så kan jeg sende den med en bruker i stedet for at jeg må gå selv. Det samme med bilnøkkel...så må vi på en måte ta sjansen på at han ikke setter seg inn i bilen og begynner å kjøre. Slike ting tenker jeg er kjempe viktige.”

Deltakerne mente det kunne være med å ufarliggjøre litt overfor bruker, minske skillet mellom oss og dem, og føre til at brukeren opplever seg verdifull, samtidig som det formidler åpenhet.

4.3 Samarbeid

Samarbeid med pårørende, andre tjenester og frivillige organisasjoner ble nevnt som verdifullt og viktig innenfor recoveryperspektivet. Og deltakerne sa det var store variasjoner i forhold til hvem de har kontakt med i nettverket til de ulike brukerne. Det var mest diskutert kontakten med pårørende, andre tjenester ble kun nevnt i ett tilfelle og frivillige organisasjoner ble nevnt som et ønske om mer samarbeid og mulighetene det kan gi.

4.3.1 Pårørende en viktig ressurs med forventninger, men kan også selv ha behov for støtte

Hva som kan skape et godt samarbeid med pårørende mente de var tidlig involvering, med samtykke fra bruker. Der det er mulig, ønsket de å få i gang et møte med bruker, pårørende og ansatte tidlig i forløpet. Noen hadde gode erfaringer med det:

“Jeg har opplevd fra tidligere at pårørende kan være ganske skeptiske helt til du faktisk setter deg ned og ønsker innspill fra de...Og da kan man øke samarbeidet.”

Deltakerne uttrykte at ulike forventninger ofte skaper problemer i samarbeid med pårørende. Det kom frem at de har et brukerutvalg der det sitter pårørende representanter, og at de (pårørende) har ulike forhåpninger til tilbudet som gis. En deltaker stilte spørsmål til resten av gruppen om hvordan de skal oppnå en felles forståelse og forventninger til tjenestetilbudet. En deltaker bemerket at det er vanskelig når bruker ikke ønsker at ansatte skal ha kontakt med pårørende:

“Da kan vi bare snakke generelt om tjenestetilbudet og det blir jo veldig generelt..I hvert fall når vi prøver å ha litt individuelle tilpasninger.”

Pårørendesamarbeid kan også være vanskelig av andre grunner, kom det frem. Pårørende blir ofte sett på som en ressurs, men som en deltaker sa:

“Så er det jo sagt det ofte at pårørende er en ressurs, men ofte er ikke pårørende en ressurs i utgangspunktet. Det man treffer er jo mødre som nesten er traumatisert pga at, som en mor sa til meg, vettu for ti år siden så ble sønnen syk og hun fikk aldeles sjokk. Og det sjokket har enda ikke gitt seg. Hun trenger hjelp til å komme over det sjokket og komme over i den fasen at ja, hun, det blir kanskje slik framover.”

Deltakeren mente at de har mange traumatiserte pårørende som får ødelagte liv dersom de (ansatte) ikke hjelper de. Samtalen handlet videre om ansatte skal ha en kontainer funksjon i forhold til pårørende, og at det å støtte pårørende vil kunne ha innvirkning på bruker og helheten av det tilbudet ansatte gir. Noen mente at det å ta seg tid til en samtale med pårørende kunne løse mye.

4.3.2 Andre, samarbeid med frivillige organisasjoner

I forbindelse med spørsmål vedrørende samhandling med andre tjenester, pratet deltakerne om et ønske om samarbeid med frivillige lag og organisasjoner i fremtiden:

“Vi har kanskje en vei å gå der, med å se hva som finnes av frivillig.”

Og en deltaker sa at de glemmer litt å se utover på hva som finnes og som kan være aktuelt for deres brukere. Deltakerne fortalte om brukere som ønsker å være med i et friskere miljø, og at de (ansatte) har en vei å gå der i forhold til å opprette et samarbeid.

4.4 Gode rammer?

Deltakerne var opptatt av at det innenfor den psykiske helseomsorgen har eksistert mange og rigide regler, en deltaker fortalte:

“Jeg jobbet på NN for ti år siden. Og da var det mye regler altså, det var enormt med regler. Til og med hva slags pålegg som skulle på bordet enkelte dager”.

Fortsatt er det en god del bestemmelser som deltakerne mente er gamle og unødvendige i 2018 (da intervju ble gjennomført). Noen av reglene sitter i veggene, hevdet de, blant annet uformelle skiller mellom ansatte og brukere. Det gjelder både hos ansatte og brukere. Deltakerne nevnte de (avdelingene) har løsnet opp på mange regler, og de var av den oppfatning at dagens holdninger blant ansatte påvirker måten de forholder seg til gamle «inngrodde» regler. Deltakerne sa:

“Kanskje vi bryter litt nå at, nei det kan ikke være folk i fellesarealet når personalet ikke er der, kan ikke få koden til døra”.

“...de (brukerne) kommer nesten og spør hvorfor sier du ikke den regelen til meg nå.”

Deltakerne mente selv om enheten har mildnet opp på en del regler, har de fortsatt litt å gå på. Noen ganger skjer det regelbrudd fra de ansattes side, fortalte deltakerne, men det er ikke snakk om lovbrudd. De siktet til enhetens normer og regler, kommunale vedtekter og retningslinjer. Og det skjer til fordel for brukerne, hevdet de.

Deltakerne diskuterte utfordringer i forhold til tankegangen i recoveryperspektivet kontra ressurser, og at det ikke alltid er i balanse. De påsto at man alltid vil ønske seg mer midler i en enhet. Iblant kan det være vanskelig å følge opp brukere slik de ønsker på grunn av tidsknapphet, mangel på bemanning eller andre pålagte gjøremål som diverse dokumentasjon. Det ble sagt:

“Jeg tenker og liksom at det er veldig mye fokus på dokumentasjon. Er det gjort ditt? Den rapporten? Det skjemaet? Og sånn. Det skal oppdateres. Det er fryktelig mye fokus på det, synes jeg.”

“Greit med den daglig journal, men det er statusa, det er samtykke, det er samarbeidsavtaler, krise- og mestringsplan, ip, ja og du merker det og selv med beboerne, Herre Gud enda mer, men vi har jo nettopp gjort. Ja, men nå er det noe annet. Et skjema som er klin likt det man fylt ut for ja.”

De ansatte mente alt administrativt arbeid tar oppmerksomheten bort fra de gode samtalene med brukerne, og at det går utover kvaliteten og tilstedeværelsen. De hadde oppfatninger om at en del dokumentasjon kunne vært gjort mer effektivt.

Deltakerne uttrykte tilfredshet med nærmeste leder og følte de kunne arbeide selvstendig, og de følte de hadde myndighet til å ta egne avgjørelser. En deltaker sa det slik:

“...tror rammene her er veldig gode allikevel. Og ledelsesstruktur og, det er veldig lite detaljstyring, og det tror jeg er bra. Det er litt sånn, man er fri til å finne litt veien selv...”

4.5 Oppsummering av funnene

I dette kapitlet har jeg presentert ansattes beskrivelser av deres forståelse, erfaringer og opplevelser med recovery. Oppsummert kan det se ut som de ansatte har en felles forståelse av recovery som en personlig prosess, med fokus på muligheter. Selv om den norske oversettelsen av recovery er bedring, mente deltakerne det handler om mer en bedring. At

begrepet ikke kan forstås ensidig, ser man ut fra assosiasjonene deltakerne kom med i starten av intervjuet. Ansattes fokus på at bruker skal innta og være i førersetet kom frem i deres fortellinger om å kaste ballen over til bruker. De understreker viktigheten av å finne rom og muligheter der de kan støtte opp om brukernes ressurser og ønsker. De anser hverdagen og hverdagslivet som arena for prosesser og fremhever betydningen av å by på seg selv som likemann.

5.0 Diskusjon

I denne studien er hensikten å utforske ansattes forståelse, opplevelse og erfaring med å være recoveryorienterte. I forrige kapittel presenterte jeg funnene i studien og i dette kapitlet vil jeg se på hva aktuell teori og tidligere forskning sier om funnene jeg har fra min analyse. Jeg vil se på forståelsen ut ifra utsagnene til informantene, og sener gå mer inn i selve relasjonen og samarbeidet mellom hjelper og bruker. Relasjonene og samarbeidet som etableres viser seg å være viktig for recoveryprosessen. Recoveryforskning gir oss god grunn til å forsøke å videreutvikle et psykisk helsearbeid, både med tanke på forståelse og arbeidsformer, der relasjon og egenskaper hos fagpersonen er i fokus.

Jeg har valgt å ikke ta med funn rundt samarbeid, kapittel 4.3, i diskusjonen. Dette fordi jeg har valgt å ha fokus på ansattes oppfatning av begrepet recovery, og ansattes samhandling og støtte i personlige individuelle recovery prosesser. Studiens funn drøftes hovedsakelig ut fra teori og forskning om recovery som en personlig prosess.

5.1 Forståelse av begrepet recovery

Å definere eller komme med egen forståelse av begrepet recovery er ikke enkelt da recovery er et nokså upresist og omfangsrikt begrep. De kommunale helsearbeiderne som deltok i denne studien formidlet, ganske samstemte, recovery som en fremtidsrettet prosess, og uttrykte det kan være vanskelig å finne ett godt norsk ord for å beskrive recovery. De kom med ulike subjektive assosiasjoner, og som ganske entydig viste til recovery som noe personlig og individuelt. At det er et ord som er hentet fra det engelske språket kan skape frustrasjon og forvirring. Kanskje til den grad at man velger å ikke knytte det til seg og får problemer med å beskrive hva det er. En deltaker uttrykte nettopp dette, han unngår å bruke ordet, sa han. Et annet dilemma med låneord er at de kan bli assosiert med noe helt annet. Recovery kan forbindes med somatisk behandling da det har vært brukt innen somatiske helsetjenester før det ble et begrep i psykisk helsearbeid, noe som ble bemerket av en deltaker i gruppeintervjuet.

Å assosiere recovery med å ta seg igjen etter sykdom eller skade, som det i denne studien ble gjort, er ikke unaturlig. Cambridge Dictionary definerer ordet recovery slik: 1) the process of becoming well again after an illness or injury, 2) the process of becoming successful og normal again after problems, og 3) the process of getting something back. Her er det snakk om å komme tilbake til noe, en tilstand, etter at en situasjon har oppstått og avtatt. Litteraturen

knyttet til recovery beskriver ofte recovery som å vende tilbake til en tilstand (Jensen, Jensen, Olsen & Sørensen, 2004). Og noe av kritikken av recovery har gått på nettopp dette, at det neppe er realistisk å vende tilbake i denne sammenheng, og heller ikke alltid ønskelig.

Helsearbeiderne i studien knyttet recovery til utvikling og ikke tilbakevending.

Helseutfordringer kan oppleves som hindringer og deltakerne mente det handler mer om å komme seg videre og skape et liv på tross av eller innenfor begrensningene av den situasjonen brukeren er i. Denne oppfatningen støttes også i recovery litteraturen, som sier recovery innebærer å ha tro på at det alltid finnes muligheter. Og det er mulig å finne frem til et liv utenfor problemene sine (Karlsson & Borg, 2018, Biong & Borg, 2016).

Informantene i studien var enige i at recovery ikke er en tilstand, et endelig resultat eller en form for behandling for å oppnå symptomfrihet. De oppfattet og beskrev recovery som en prosess for brukeren. En prosess for den enkelte, der det dreier seg om å kunne se mulighetene i livet, å kunne leve et verdig og meningsfullt liv. Dette samsvarer med det litteraturen beskriver om recovery som en personlig prosess og Anthonys definisjon av recovery. Karlsson og Borg (2018) beskriver det som en personlig reise. Ifølge helsearbeiderne er det da en reise uten en endestasjon med et mål om å bli «frisk» eller «normal». De vektla at det handler om å finne måter å akseptere og leve livet på, og det å få lov til å leve livet med sine drømmer og håp. Borg og Topor (2009) sier det handler om å gjenerobre rollen som et vanlig og sunt menneske, ikke sykt og utstøtt.

Personlig recovery har, som deltakerne har beskrevet, en personlig side, men også en sosial dimensjon som deltakerne ikke nevnte i sine kommentarer til forståelsen. Det sosiale aspektet handler blant annet om tilhørighet og hverdagsliv med tanke på bolig, økonomi, aktivitet og jobb, nettverk og familie (Karlsson & Borg, 2018). Anthonys forståelse av recovery blir kritisert for i all for stor grad å legge vekt på det individualistiske. Det pekes på at recovery handler både om personens egne innsatser og prosesser, og omgivelsene som støtter den enkelte. Biong & Borg (2016) hevder innholdet i begrepet recovery varierer ut fra hvem som skal definere det, sammenhengen det brukes i og for hvilket publikum. Helsearbeiderne skulle gi sin definisjon og oppfattelse av begrepet til intervjuer i et gruppeintervju. De hadde kanskje kommet med litt andre beskrivelser hadde konteksten vært annerledes, for eksempel overfor brukere eller personer som er helt ukjente med begrepet recovery.

Hvordan skaper man en felles forståelse av recovery i en tjenesteenhet? Sandnes kommune viser til en vellykket implementering av recovery som en felles faglig plattform (Olsen et al.,

2016). De har siden starten på prosessen involvert ansatte og brukere for å etablere felles forståelse. Det stilles forventninger til ansatte om å sette seg inn i prosessen og forståelsen rundt recovery perspektivet, og det jobbes kontinuerlig med verdier og holdninger blant ansatte. Kommune har tatt utgangspunkt i CHIME-modellen med sine fem prosesser, noe som kanskje gjør det lettere og mer håndfast for ansatte å forstå og forholde seg til i praksis.

Helsearbeiderne i denne studien ga ingen informasjon i fokusgruppeintervjuene om hvordan implementeringen av recovery som felles plattform i deres tjenester ble gjennomført. De sa heller ikke noe om de jobber systematisk med holdninger og verdier. McKenna et al. (2014) støtter utviklingen av felles rammeverktøy som viktig for innføring og opprettholdelse av endringer og forståelsen i tjenestene. En deltaker kommenterte “vi har det litt i blodet”, og hentydet at han gjennom sin utdanning og yrkesbakgrunn alltid har hatt recovery med seg. Davidson et al. (2016) bekrefter dette med å si at helse og omsorgsykker finner tilbake til sine filosofiske og historiske opphav ved å adoptere den recoveryorienterte tenkningen. Historien sier recovery oppsto som et opprør på 1950 tallet i USA mot undertrykking, og er foreslått av Helsedirektoratet som et viktig perspektiv innen psykisk helsearbeid i 2014. Kanskje har ansatte i helse og omsorgsykker alltid hatt det med i ryggsekken, uten at det har vært en felles forståelse av begrepet.

Recovery begrepet er flertydig og vanskelig å samle i en formel. Det gjenspeiler at prosessene er kompliserte og individuelle, og vanskelig å måle og beskrive i den tradisjonelle evidensbaserte medisinske vitenskapen. Å forstå begrepet recovery handler kanskje om å kaste ballen over til bruker og vise interesse, gjødsle ressursene og vise at man har tro på bruker, befinner seg på samme planet og ikke undervurderer brukerne, og å skape rom og ikke ta alt så sabla seriøst.

5.2 Å skape rom

Å være profesjonell assosieres ofte i dag med en nøytral og objektiv holdning der man skiller mellom fag- og privatpersonen. Helsearbeiderne var opptatt av hvordan de møter brukerne, hvilke holdninger de har med seg inn i disse møtene. Holdninger er det vi tenker, føler og gjør. De påpekte en endring i tjenestene de siste årene både i forhold til egen væremåte og hvordan de tenker om brukerne. I psykiske helsetjenester ses i dag et skifte fra å ha vært en ekspertbasert tjeneste til en mer individentsentrert tjeneste (McKenna et al., 2014). Deltakerne sa de har fokus på å ikke ha en autoritær fremtoning overfor brukerne, som gir en “oss” og

“dem” holdning. Noe som gir inntrykk av at det finnes to kategorier av mennesker, de normale og de syke. Fokuset er likeverdige samarbeidspartnere og det påpekte de var i god recovery ånd. I forhold til brukerne kunne de fortelle om en endring mot mer ansvar over på bruker i dag enn tidligere. Dette samsvarer med E i CHIME (Leamy et al., 2011), som handler om empowerment eller myndiggjøring. Brukeren er sjef i eget liv, og de ansatte som er rundt den aktuelle brukeren skal støtte og gi bistand der det er nødvendig. Bruker er sjefen betyr vedkommende (bruker) leder an samarbeidet. Et fokusskifte fra ekspertrolle til samarbeidspartnere støtter opp omkring holdningsendring blant helsepersonell i recoveryorienterte tjenester, viser Chester et al. (2016) i sin litteraturstudie. Og fagpersoners holdninger blir, av brukere som har kontakt med helseapparatet, beskrevet som betydningsfulle (Karlsson & Borg, 2018). Vedvarer holdningsendringene blant ansatte? Gaffey et al. (2016) gjennomførte en oppfølgingsstudie i Irland vedrørende kunnskapsnivå og holdninger hos ansatte i recoveryorienterte tjenester, etter en tid med økende oppmerksomhet og fokus på recovery i psykiske helsetjenester. Resultatet, sammenlignet med Cleary og Dowlings (2009) studie fem år tidligere, viser seg å være relativt uforanderlig. Man så positive holdninger, men en del mangler i forhold til kunnskap om personlig recovery, og en fortsatt vektlegging av symptombehandling. Studien viser et behov for økt kontinuerlig læring om og fokus på recovery. Olsen et al. (2016) viser til Sandnes kommune der ansatte har vært delaktige i implementering av recoveryorientering i tjenesten, aktive i planleggingen av veien videre for enheten og klare rammeverktøy (CHIME). Erfaringene viser vedvarende positive holdningsendringer hos personalet.

En forutsetning for å kunne kalle seg en recoveryorientert tjeneste er ifølge Biong og Borg (2016) økt makt og kontroll for brukeren. Helsearbeiderne i studien formidlet viktigheten av å ansvarlig gjøre brukerne. Å ta ansvar, å være sjef i eget liv, reduserer opplevelsen av offerrollen og øker opplevelsen av myndiggjøring. Hva betyr det å ta ansvar? Å bli betraktet og behandlet som ansvarlig ser jeg på som en grunnleggende menneskerett, og det virker urimelig å frata ansvaret fra noen som er i stand til å bære det selv. På en annen side så forutsetter å ta ansvar for eget liv og eget beste, at brukeren vet hva som er godt eller dårlig, nyttig eller skadelig. Det er kanskje enkelt å si recovery handler om at bruker skal innta og være i førersetet, hvis ikke er det ikke recovery. Helsearbeiderne sa yngre bruker bevisst tar mer ansvar for egen tilværelse enn eldre brukere. Kan dette ha noe med forventninger til fagpersoner som eksperter? De som er eldre har levd med tidligere tradisjoner i helsevesenet, der ansatte “tok” ansvar for den hjelpetrequende. Så hvordan formidles ansvarligheten der det

er nødvendig? Jo, deltakerne sa de gjennom samtaler viser interesse for brukerne, og ved å spørre om forventninger, tanker, drømmer og behov, og slik kommer ansvarsbevissthet og selvstyring tydeligere frem. Selvstyring er sentralt i recovery og fagpersoner støtter personlig recovery ved å forsterke brukernes opplevelse av selvstyring (Slade, 2009). Gjennom å bli godt kjent med bruker, skape gode og trygge relasjoner, er det lettere å yte god hjelp og ansvarlig gjøre brukerne, hevdet deltakerne.

En annen relevant måte å bli godt kjent på, er å gjøre noe sammen, skape rom for oppdagelser. Å ha nok tid til brukerne er ofte et problem i helsetjenestene. Noe også helsearbeiderne i denne studien poengterte. De sammenlignet seg med hjemmetjenesten i enkelte situasjoner, og mente de ikke hadde tid og rom til å fange opp og utnytte betydningsfulle situasjoner. Dette “rommet” er stadig under press, og det kunne oppleves utfordrende for deltakerne, der man på den ene siden skal bidra til humane tjenester med bruker i fokus og på den andre siden kravene til New Public Management. Helsearbeiderne diskuterte denne ubalansen mellom recovery perspektivet og tilgjengelige ressurser. På tross av dette er det mange ansatte innen psykisk helse tjenester som klarer å sette systembehov til side og støtte brukerne i deres prosesser. Flere forskningsartikler (Almvik et al., 2011, Vibeto et al., 2019, Sommer et al., 2013) viser hvor betydningsfulle disse “rommene” er. Innholdet i “rommet” kan være alt fra hverdagslige gjøremål, som praktisk arbeid, til å ta en kopp kaffe sammen. Kanskje må mer kunnskap om hverdagsliv og mestring inn på agendaen til ansatte i psykisk helse og rus tjenester?

Det er en svært viktig evne å kunne fange opp de komplekse behovene til brukere i recoveryprosess (Chester et al., 2016). Det er ikke alltid behovene kommer opp til overflaten, var noe helsearbeiderne kommenterte. Deltakerne formidlet gode erfaringer med faglige observasjoner. Der de videreformidlet og diskuterte observasjonene seg imellom, i formelle og uformelle møter uten at bruker alltid er tilstede. Hvor er brukeren da? Ingen avgjørelse om bruker uten bruker, er et sentralt uttrykk i recovery perspektivet (Biong & Borg, 2016), og det er av stor betydning at hjelpeapparatet lar bruker være den som tar avgjørelser og bestemmer i sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2014). En recoveryorientert tilnærming innebærer å la bruker deltar i alle avgjørelser om eget liv (Biong & Borg, 2016).

Helsearbeiderne var opptatt av å fange opp ressursene til brukerne. Alle har ressurser, uansett hvor dårlig fungerende man er, var holdningen deres. Å se ressurser og kunnskaper er det viktigste arbeidet i psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, 2009). Å fange opp ressurser kan

være tidkrevende og et stort tålmodighetsarbeid, erfarte deltakerne, og det gjelder å være aktiv, nysgjerrig og oppfinnsom. Å fange opp og gjødsle ressurser kan også ses på som å hjelpe brukeren med å finne og definere identitet, jfr I i CHIME (Leamy et al., 2011). En prosess som kanskje vil være med å (re)definere en positiv selvoppfattelse. Selve arbeidet kan starte med å ta tak i drømmene og støtte brukeren. Her er helsearbeiderne i kontakt med H for håp i CHIME. Slade (2009) støtter dette og hevder ansatte gjennom formidling av håp, definering av brukers sterke sider og drømmer, og støtte rundt mål, gir muligheter til opplevelse av mestring, glede og kontroll for bruker. Helsearbeiderne sa brukerne uttrykte trygghet når de kjente på støtte fra ansatte. Recovery handler om å gjenvinne selvrespekt og kontroll over eget liv gjennom å gjøre valg og ta risiko (Karlsson & Borg, 2018), derfor kan det være viktig med formidling av håp i støttende relasjoner. Helsearbeiderne viste til eksempler der de støttet brukere på veien til drømmer. Veien kan bestå av mange delmål, opplevde de. Kanskje er det en urealistisk drøm eller ønske som er hovedmålet. Dette kan være et dilemma for ansatte, skal de sette en stopper eller være med på drømmen? Gode hjelpere tåler at bruker prøver og feiler (Almvik & Borge, 2000). Helsearbeiderne i studien kommenterte også dette med å si det er viktig å se forbi egne (ansattes) katastrofetanker og bekymringer. Et annet relevant punkt er å vise ydmykhet. Å være undrende, usikker og tvilende er viktige komponenter i ydmykhet. Personer med psykiske helseutfordringer ønsker å bestemme selv og ha rettigheter og muligheter til valg og goder slik andre samfunnsborgere har (Karlsson & Borg, 2018). Hva når bruker er så preget av sykdom eller symptomer at alle håp og drømmer for fremtiden er borte?

Ressurser kan også dyrkes frem i hverdagslige løsninger på hverdagslige gjøremål. Kanskje kommer brukeren mer frem som person i sin kontekst gjennom hverdagslige samtaler og gjøremål. Og kanskje er det her lettere å få tak i brukerens problemer, mål, drømmer og ønsker. Det handler om å skape rom for “ting til å skje”, som en helsearbeider sa. Man må høre på brukeren hva han eller hun vil, og være med på det. Det handler om å se muligheter, være nysgjerrig og la brukerne drømme litt, var deltakernes erfaringer, det kan være med å fremme ressurser. Og de mente det handler om å være tålmodig og ikke miste troen på brukerne. Recovery innebærer å ha tro på at det alltid er muligheter, noe som igjen vil kunne gi mening med livet. CHIME inneholder M for mening (Leamy et al., 2011), å finne mening med livet. Det kan innebære nettopp det å utvikle meningsfulle mål eller rett og sett å gjenoppbygge nødvendige daglig rutiner og ferdigheter, som gir hverdagsmestring.

For å være en recoveryorientert medarbeider hevdet helsearbeiderne det er av betydning at man er seg selv, har gode samarbeidsevner og et likeverdighetsprinsipp. En likeverdig samarbeidsrelasjon mellom ansatte og brukere viser at vi først og fremst er mennesker. C i CHIME handler blant annet om betydningen av støttende relasjoner. Ansatte kan gjennom sin relasjon til bruker være med som støtte i denne prosessen. Deltakerne håpet de med sine holdninger og handlinger i møter og samhandling med brukerne klarer å bidra til at brukerne føler seg verdifull. I motsetning til å bli møtt av fortolkende faglighet som kan oppleves som skepsis og være et hinder for å bli tatt på alvor. Gode hjelpere forbindes med personer som viser medmenneskelighet og som er i stand til å by på seg selv og vise hvem man er, også med sine svake sider (Sommer et al., 2013, Larsen & Andersen, 2011). Bøe og Thomassen (2009) støtter opp om dette med å si fagpersoner bør tillate seg å være personlige. Og bruker og helper kan gjensidig tre frem som personer med sine meninger og verdier, i motsetning til en ovenfra og ned holdning eller en belærende holdning. Helsearbeiderne var opptatt av gjensidig tillit, og fortalte ulike episoder der de har vist tiltro til brukere, og resultatene opplevde de som gode. De mente det handler om å ikke undervurdere og stigmatisere mennesker. Bekjempelse av stigma er et svært viktig punkt i fagpersoners rolle i brukernes recoveryprosess (Chester et al. 2016). Ved å legge respekt, likeverd og medmenneskelighet til grunn for samvær, samhandling og relasjonsbygging kan tillit oppnås, var erfaringene til helsearbeiderne. Tillit er ikke noe man uten videre har i kraft av å være fagperson, men noe en må gjøre seg fortjent til, og det er fagpersonens ansvar at det utvikles en tillitsfull relasjon, mente de. Relasjonen kan være det "rommet" som setter prosesser i gang.

Helsearbeiderne diskuterte normer og regler i helsevesenet. De ulike avdelingene har en del regler som ansatte fortalte har fulgt enhetene i alle år. Deltakerne opplever at de har løsnet opp på noen av rutinene, men det finnes fortsatt noen gamle regler som skulle ha blitt revidert. Noen regler er nedskrevet og andre er uformelle normer. Bøe og Thomassen (2009) sier hjelpeapparatet kan være støttende eller hindrende i brukernes recoveryprosesser. Hvis fagpersonen er for opptatt av rutiner, regler og roller kan bruker oppleve det som et hinder. Deltakerne i gruppeintervjuet uttrykte en opplevelse av at samfunnet har visse forventninger til hvordan man skal oppføre seg i en profesjonell rolle. Men de var også enige om at det i noen tilfeller var greit å gjøre eller si noe uventet som avviker fra reglene, for å støtte eller hjelpe bruker. For stort fokus på å være konsekvent kan føre til en rigiditet som ikke tjener noen. Forskning støtter dette. Borg og Kristiansens undersøkelse fra 2004 viser til episoder der ansatte går litt utenfor profesjonell oppførsel og bryter reglene, noe som gir gode og

hjelpsomme relasjoner for personer i recoveryprosess. Dette finner også Biong og Soggiu (2015) i sin studie med ROP-brukere. På en side er det viktig med profesjonalitet, man skal vite hvor grensene går og selvfølgelig ha visse begrensninger for hva slags relasjon en har til bruker. Men på en annen side har de personlige sidene i mellommenneskelige møter stor betydning for relasjonen og prosessen. Det er viktig med åpenhet for løsninger og initiativer. Helsearbeiderne i studien her mente skillet mellom oss og dem blir mindre ved at ansatte ser litt mellom fingrene i enkelte situasjoner, det handler om å være på samme “plan”. Filosof og sykepleier Kari Martinsen insisterte på at det må være rom for bruk av skjønn i hjelperelasjoner, og det er gjennom skjønnet vi leter etter måter å hjelpe og møte den andre på (Bøe & Thomassen, 2009). Her må fagkunnskaper og erfaringskunnskaper gå hånd i hånd.

Rigide rammer og rigide ansatte gir små rom for opplevelser og prosess-start, mente deltakerne. De beskrev situasjoner der de har begått regelbrudd, og beskrev dette som gode opplevelser for bruker. Det må være en kultur blant ansatte der det gis rom for at det er lov til å frigjøre seg fra roller og definerte funksjoner, og “ikke ta alt så sabla seriøst hele tiden” (sitat fra en deltaker). Det kan være av stor betydning for brukerne hvis de opplever ansatte som særlig engasjerte og opplever hjelpere som stiller opp og involverer seg utover det som kreves (Krogstad, 2004, Borg & Topor, 2009). Det kan medføre en ekstra trygghet og håp, og oppleves som ekte og unikt. Det handler ofte om å møte bruker i situasjonen, i hverdagen, relasjonsbygging i hverdagen. Tett involvering i hverdagslivet og rom for å strekke seg langt, styrker den terapeutiske relasjonen (Kvam, 2019, Vibeto et al., 2019). På en annen side kan muligens uklare regler og rutiner, ulik oppførsel og forskjellsbehandling medføre utrygghet og usikkerhet for noen brukere.

5.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Selv om kunnskap fra denne studien er basert på et lite utvalg vil jeg hevde den er overførbar i praksisfeltet, da den bidrar med ytterligere kunnskap om hva ansatte forstår med recovery. Min vurdering er at studien er relevant i forhold til ansatte i kommunale psykisk helse og rus tjenester, i boliger og i oppsøkende tjenester. Dette fordi studien gir et dypere innblikk i ansattes holdninger, erfaringer og opplevelser med å være recoveryorientert. Jeg tror en kan forvente å få nokså like funn hos andre ansatte i kommunale tjenester med recovery som felles plattform. Jeg tar høyde for at det finnes flere forståelser, opplevelser og erfaringer hos ansatte enn det jeg har fått kjennskap til.

Informantene hadde i intervjuene fokus på recovery som en personlig individuell prosess, med lite fokus på de sosiale aspektene rundt brukerne. Pårørendes rolle ble litt diskutert i det ene gruppeintervjuet, og deltakerne var enige om at de har en vei å gå i forhold til samarbeid med blant annet frivillige lag og organisasjoner. Jeg valgte å ha fokus på ansattes holdninger og praksis i forhold til den individuelle prosessen i denne oppgaven. Det kunne vært spennende å se hvordan kommuner arbeider med recovery som en sosial prosess. Studien viser også at helsearbeiderne gjennom sin praksis støtter opp om Leamy et al. (2011) beskrivelse av CHIME-modell. Det hadde også vært interessant og sett nærmere på hvordan helsearbeidere i psykisk helse og rus tjenester støtter brukerne i de ulike prosessene i CHIME.

5.4 Avsluttende kommentarer

I denne masteroppgaven har jeg undersøkt hva ansatte forstår med begrepet recovery, og hvilke opplevelser og erfaringer de har med å være recoveryorienterte. Studiens funn viser at helsearbeiderne har en felles begrepsforståelse som harmonerer med personlig recovery, de ser på recovery som en prosess og har en personsentrert tilnærming for å fremme recovery. Fokuset er å støtte bruker i å ta ansvar og se muligheter på tross av eller innenfor begrensningene av den situasjonen han eller hun er i. Videre viser studien at å finne et godt norsk ord som er dekkende for denne prosessen er vanskelig. I dag brukes bedringsprosesser, men om det er romslig og fyldig nok er usikkert. Informantene mente det handler om mer enn bare bedring, og at aksept er et viktig begrep for personer i en recoveryprosess.

Informantenes måte å være recoveryorientert på handler om å skape rom sammen med bruker der brukeren kan (gjen)finne og bruke sine ressurser. Rom der de møtes som likeverdige mennesker, der ansatte viser at de har tro på og tillit til brukeren, og samtidig kunne gi bistand der det er nødvendig. Informantene uttrykte at rigide regler, rutiner og ansatte kunne sette stoppere for recoveryprosesser. De mente det kunne være behov for å rydde opp i regelverk rundt om i tjenestene for å lettere møte tankegangen i det å være en recoveryorientert tjeneste.

Studien innebærer hverken evaluering av tjenestene eller forklarer hvordan tjenestene skal videreutvikle seg i forhold til recovery. Funnen gir et innblikk i hvordan ansatte kan forstå, oppleve og erfare recovery.

Litteraturliste

- Almvik, A. & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011). Å lage farger på livet til folk: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2011,02, Vol.8. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2011/02/art08>
- Askeim, O. P. (2016). Recovery-perspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*, (s. 192-203). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). Her tar de tingene i henda og gjør noe med det - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2015, 01(vol.12). Hentet fra: [https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2015/01/her tar de tingene i henda og gjoer noe med de t - om recov](https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2015/01/her-tar-de-tingene-i-henda-og-gjoer-noe-med-det-om-recovery-orienteringen-i-en-kommunal-rop-tjeneste)
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I Cooper, H. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 2012, Vol. 2. (s. 57-71). American Psychological Association. Hentet fra: https://www.academia.edu/3789893/Braun_Clarke_2012_APA_TA_Chapter
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En kunnskapssammenstilling* (NAPHA, rapport nr.4/2013). Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M., Jensen, P., Topor, A. & Andersen A. J. W. (2011). Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2011, 04, (Vol.8). Hentet fra: <https://www.idunn.no/tph/2011/04/art10>

- Borg, M. & Topor, A. (2009). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 2004, 13(5): (493-505). Hentet fra: <https://www.tandfonline-com.ezproxy.nord.no/doi/pdf/10.1080/09638230400006809?needAccess=true>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Caldwell, B.A., Swarbrick, M. & Piren, K. (2010). Psychiatric nursing practise and the recovery model of care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 2010, Vol. 48, Iss. 7, (s. 42-48).
- Cambridge Dictionary. Hentet fra: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/recovery>
- 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, (s. 270-285). Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.nord.no/doi/epdf/10.1111/inm.12241>
- Cleary, P. & Downling, 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).
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M. & Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. I Singh, N., Barber, J. W. & Van Sant, S. (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*, 2016, (s. 39-58). Switzerland: Springer International Publishing.
- 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, (s. 387-398).
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner 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](#)

Helse- og Omsorgsdepartementet (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endring i statsbudsjett for 1998*. St.prp. Nr.63 (1997-1998). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Hummelvold, J. K. (2008). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, P. (red.), Jensen, K. B., Olsen, E. & Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap*. Århus: Systime Academic.

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

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krogstad, R. (2004). Vendepunkter - Byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2004*, Vol 1, nr. 4. Hentet fra: [https://www-idunn-](https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2004/04/vendepunkter_byggesteiner_i_bedringsprosessen)

[no.ezproxy.nord.no/tph/2004/04/vendepunkter byggesteiner i bedringsprosessen](https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2004/04/vendepunkter_byggesteiner_i_bedringsprosessen)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvam, E. A. (2019). Anker i normalitet - betringsprosesser hjå menneske med rus og psykisk lidelse. *Psykologtidsskriftet*, 2019 (mars). Hentet fra:

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/03/anker-i-normalitet-betringsprosesser-hja-menneske-med-rus-og-psykisk>

Langdridge, D. (2017). *Psykologisk forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. (2011). "Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 02/2011*, (Volum 8). Hentet fra:

<https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2011/02/art07>

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*, Vol 199, 6. Hentet fra: [https://www-cambridge-](https://www-cambridge-org.ezproxy.nord.no/core/journals/the-british-journal-of-)

[org.ezproxy.nord.no/core/journals/the-british-journal-of-](https://www-cambridge-org.ezproxy.nord.no/core/journals/the-british-journal-of-)

[psychiatry/article/conceptual-framework-for-personal-recovery-in-mental-health-systematic-review-and-narrative-synthesis/9B3B8D6EF823A1064E9683C43D70F577/core-reader](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464128/)

- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., Williams, J. & Slade, M. (2015a). Staff understanding of recovery-oriented mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, 2015, (10:87). Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464128/>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A Qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. Hentet fra: https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.001312011?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C. Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J. & Leamy, M. (2015b). Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. Hentet fra: [https://link.springer-com.ezproxy.nord.no/content/pdf/10.1007%2Fs10488-014-0585-x.pdf](https://link.springer.com.ezproxy.nord.no/content/pdf/10.1007%2Fs10488-014-0585-x.pdf)
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/bruk-av-fokusgruppeintervju>
- Malterud, K. (2017) 4. Utgave. *Kvalitative forsknings metoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandelid, L. J. (2009). Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 03/2009, (Vol. 6). Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2009/03/art05>
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M. & Connally F. (2014). The transformation from custodial to recovery-oriented care: a paradigm shift that needen to happend. *Journal of Forensic Nursing*, 2014. Hentet fra: <https://insights-ovid-com.ezproxy.nord.no/pubmed?pmid=25347034>
- Norvoll, R. (2016). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Olsen, E., Dahl, C., Kvia, A., Sømme, D., Trefjord S. & Lønning, T. (2016). Hvordan kan vi jobbe recoveryorientert i kommunen? I Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 184-191). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ramsdal, H. (2016). Styring og organisering av tjenestene. I Norvoll, R. (2016). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 214-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. (2009), *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. United Kingdom, Cambridge: Cambridge University Press
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 2010, (10:26). Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835700/pdf/1472-6963-10-26.pdf>
- Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: How mental health systems can support recovery. *Psychiatric services*, 2012, (Vol. 63, no 7). Hentet fra: https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201100521?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse S. & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 2014, (Vol.13). Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20084>
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M. & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper - Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01/2013, (Vol. 10). Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2013/01/medvandrer_og_hverdagshjelper_-_fagpersoners_erfaringer_med
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. St.meld. Nr. 25 (1996-1997). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

St.prp. nr. 63 (1997-1998). Helse- og omsorgsdepartementet. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1997-1998. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. N. & Karlsson, B. E. (2019). Relasjonell recovery - utforsking av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02/2019 (Vol. 16). Hentet fra: https://www.idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2019/02/relasjonell_recovery_utforsking_av_samarbeid_som_bidrag_t

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet – Recovery-orientert praksis i oppfølgingstjenester i bolig med psykisk helsetjenester

- Ansatte -

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltakelse i to til tre fokusgruppeintervjuer der hensikten er å utforske de ansattes erfaringer med å jobbe recoveryorientert i oppfølgingstjenester i bolig. Forsker vil også delta på to refleksjonsmøter der de ansatte benytter refleksjonskort for recoveryorientert praksis. Dette for å forstå hvordan det arbeides recoveryorientert og til forberedelse for fokusgruppeintervjuene. Hensikten med denne studien er å lære mer om de ansattes erfaringer og opplevelser med recovery-orienterte praksiser.

Som ansatt i Trondheim kommunes oppfølgingstjenester i bolig ønsker jeg gjennom fokusgruppeintervjuet å høre om dine erfaringer med å arbeide recovery-orientert, hva er det som fremmer og hemmer denne måten arbeide på.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre flerstegs fokusgruppeintervjuer med 2-8 personer våren og høsten 2018. Dersom du godkjenner det, tas intervjuene opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden januar 2018 – november 2018. Dato for prosjektslutt er 15.02.2019.

Jeg som skal gjennomføre intervjuene er professor Ottar Ness som er ansatt ved Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU Dragvoll.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil anonymiseres. Navnelister og lydfiler vil bli makulert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 15.02.2019. Resultatene vil bli publisert i en rapport, presentasjoner og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du professor Ottar Ness NTNU, tlf: 90 12 53 12 eller email: ottar.ness@ntnu.no.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Instituttleder Hans Petter Ulleberg ved Institutt for pedagogikk og livslang læring, NTNU er administrativ ansvarlig. Prosjektleder er professor Ottar Ness. Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst frem til prosjektslutt, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 15.02.2018.

Økonomi

Studien er finansiert av NTNU.

Informasjon om utfallet av studien

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

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutt.

Vennlig hilsen

Trondheim 25. mars 2018

Ottar Ness

Professor i rådgivningsvitenskap

NTNU

Samtykke til deltakelse i studien – Mestringsgruppa -

Jeg er villig til å delta i studien ”forskningsprosjektet – Recovery-orientert praksis i oppfølgingstjenester i bolig med psykisk helsetjenester”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien forskningsprosjektet – Recovery-orientert praksis i oppfølgingstjenester i bolig med psykisk helsetjenester”.

(Signert, rolle i studien, dato)

Ottar Ness

Vedlegg 2: Tilbakemelding NSD

Ottar Ness

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 07.05.2018 Vår ref: 60076 / 3 / OASR Deres dato: Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 25.03.2018 for prosjektet:

60076 Recovery-orientert helsetjenester praksis i oppfølgingstjenester i bolig med psykisk Behandlingsansvarlig NTNU, ved institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Ottar Ness

Vurdering Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved **prosjektslutt** Ved prosjektslutt 15.03.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Øivind Armando Reinertsen

Kontaktperson: Øivind Armando Reinertsen tlf: 55 58 33 48 / Oivind.Reinertsen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 60076

FORMÅL Formålet med studien er å undersøke og utforske hva recoveryorientert praksis er og erfares i kommunal oppfølgingstjenester i bolig med psykisk helsetjenester, både fra ansatte og beboeres perspektiv.

INFORMASJON OG SAMTYKKE Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

UTVALG Utvalget består av helsepersonell og beboere i Trondheim kommunes oppfølgingstjenesters bolig.

Vi minner om at ansatte ikke kan omtale brukere i identifiserbar form av hensyn til taushetsplikten. Forsker må derfor stille spørsmålene på en slik måte at taushetsplikten ivaretas.

Fordi deler av utvalget består av beboere i bolig for oppfølgingstjenester innen psykisk helsevern, legger vi til grunn at du vil behandle sensitive opplysninger om helseforhold.

DATAINNSAMLING OG PROSJEKTSLUTT Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

Prosjektslutt er oppgitt til 15.03.2019. Det fremgår av meldeskjema/informasjonskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å: - slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel - slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn - slette lydopptak.

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Personvernombudet gjør oppmerksom på at også transkriberingsassistenten må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet. Det inkluderer eksempelvis transkripsjoner og lydfiler.

Vedlegg 3: Svar på endringsmelding

Fra: Ottar Ness <ottar.ness@ntnu.no>

Date: fre. 11. okt. 2019 kl. 13:06

Subject: Re: Masteroppgave recovery

To: Grete Auranaune Markussen <grete.a.markussen@gmail.com>

Cc: Arve Almvik <arve.almvik@napha.no>

Hei Grete,

Her er svaret fra NSD mht endringsmelding

Hei

Prosjektet er registrert hos oss som avsluttet, det vil si at det ikke lenger behandles personopplysninger. Videre behandling av dataene faller dermed utenfor personvernloverkets virkeområde, og det er således ikke nødvendig å melde inn studentprosjektene.

Viser for øvrig til presiseringer angående anonymisering i statushenvendelsen sendt 1.4.2019:

For at datamaterialet skal være anonymisert må opplysningene ikke på noe som helst måte kunne

identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom

bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koplingsnøkkel eller krypteringsformel og kode. Å

anonymisere et datamateriale innebærer vanligvis å slette/makulere navnelister, og ev. kategorisere eller

slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Dersom det er tatt lyd- eller bildeopptak i forbindelse

med prosjektet må disse også anonymiseres/slettes/makuleres eller sladdes dersom datamaterialet skal

være anonymt.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Med vennlig hilsen

Lasse Raa

Seniorrådgiver | Senior Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 20 59

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 4: Intervjuguide

Foreløpig intervjuguide

1. Hva legger dere i Recovery og recovery-orienterte praksier/tjenester?
 2. Hva betyr dette for arbeid i oppfølgingstjenester i bolig?
 3. Hva betyr dette i mestringsgruppa – hvordan arbeider dere?
 4. Hvordan jobber dere i praksis med recovery-orienterte prinsipper?
 5. hva hemmer og hva fremmer slik praksis?
 6. Annet?
 7. Hvordan var det å delta i dette intervjuet?
-