

«Men hva er det?»

Forståelser av recovery som perspektiv blant ansatte i spesialisthelsetjenesten

“But what is it?”

Understandings of Recovery as a Perspective among Employees in Mental Health Care

Kristin Berre Ørjasæter

Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Namsos

Ørjasæter har lang erfaring som behandler innen psykisk helsevern (sengepost og poliklinikk), har hovedfag i sosialt arbeid og doktorgrad i helsevitenskap. Hun er ansatt som førsteamanuensis i helse- og sosialvitenskap og leder forskningsgruppe psykisk helse ved Nord universitet. Korresponderende forfatter.

kristin.b.orjasater@nord.no

Arve Almvik

Faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Trondheim

Almvik har faglig bakgrunn som psykiatrisk sykepleier og dosent i psykisk helsearbeid. I tillegg har han lang erfaring fra kommunalt psykisk helsearbeid som kliniker og rådgiver. Han er for tiden ansatt som faglig rådgiver i NAPHA.

arve.almvik@samforsk.no

Sammendrag

Recovery løftes frem som et sentralt perspektiv i psykisk helsetjenestene. Likevel finnes det lite kunnskap om hvordan begrepet blir forstått innenfor spesialisthelsetjenesten. I denne kvalitative studien utforsker vi ulike forståelser av recovery. Datamaterialet består av syv fokusgruppeintervju med 45 ansatte fra fire DPS og sykehus. Vi benyttet tematisk analyse for å analysere datamaterialet. Funnene viser at ansatte opplever recoverybegrepet som komplekst og uklart. Likevel har de forholdsvis lik forståelse av recovery i klinisk praksis. Mens enkelte ansatte benytter det engelske recoverybegrepet, velger andre å oversette begrepet til ulike norske begrep. Så lenge grunnelementene i recovery står fast og begrepets røtter holdes synlige, er det ikke nødvendigvis et mål å klargjøre recoverybegrepet.

Nøkkelord

alvorlige psykiske problemer, fokusgruppe, personsentrert helsetjeneste, recoveryorienterte praksiser, relasjoner, språk

Abstract

Recovery is highlighted as a central perspective in mental health care. Yet knowledge about how recovery is understood among employees in Norwegian mental health care is limited. In this qualitative study, we explore understandings of recovery among employees with different experiences and backgrounds. The data material comprises seven focus group interviews with 45 employees from four district psychiatric centers and hospitals in Norway. We used thematic analysis to analyze the data. The analysis revealed that employees experienced recovery as an unclear and complex phenomenon. Simultaneously, there was broad agreement of what recovery involves in clinical practice. While some employees used the English term «recovery», others chose to translate it into various Norwegian terms. As long as the basic elements of recovery are clear and the roots of the concept are kept visible, it is not necessarily a goal to clarify the concept of recovery.

Keywords

focus groups, language, person-centered services, recovery-oriented practices, relations, severe mental health problems

Introduksjon

Recovery løftes frem som et sentralt perspektiv for fremtidens psykiske helsetjenester, både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektoratet, 2014; United Nations Human Rights Council, 2017; WHO, 2013). Det har vanligvis vært et mål i den medisinske forståelsen av recovery å bli frisk og symptomfri (Davidson & Schmutte, 2020). En ny forståelse som er forankret i sosial og humanistisk tradisjon, har imidlertid vokst frem (Bank et al., 2020). Denne forståelsen har røtter fra svartes og funksjonshemmedes kamp for grunnleggende menneskerettigheter og likeverdig deltakelse i samfunnet (Davidson et al., 2010). Borgerrettighetsbevegelsen knyttet til det psykiske helsefeltet protesterte mot bedringspessimismen og paternalistiske behandlingsstrukturer. Bedringshistorier og forskning har derimot vist at mange med alvorlige psykiske problemer blir bedre, og noen blir helt symptomfrie. Andre har fortsatt symptomer, men opplever at livet likevel er godt (Davidson et al., 2010; Topor et al., 2018).

Patricia Deegan, en kjent brukeraktivist og forsker med erfaring som pasient, presenterer en forståelse av recovery som en personlig prosess. Ifølge Deegan (1988) får mennesker med alvorlige psykiske problemer mulighet til å oppdage nye sider av seg selv og utvikle en ny identitet i stedet for å bli rehabilitert. Innholdet i denne nye forståelsen av recovery har utviklet seg over noen tiår og består av mange ulike definisjoner i ulike kontekster (Bank et al., 2020). I dag blir gjerne recovery presentert som en personlig, relasjonell og sosial prosess der ulike transformasjoner kan skje gjennom interaksjon med andre. Målet er at individet kan leve et meningsfullt og verdig liv som medborger. Individets egne prosesser og innsatser går hånd i hånd med ressursene i nettverk og lokalsamfunn for å støtte individet til å leve et best mulig liv (Topor et al., 2020; Ørjasæter, 2019).

Det er økende oppmerksomhet på å utvikle recoveryorienterte tjenester (Glover, 2005). For 15 år siden stilte Glover (2005) spørsmål ved om profesjonsutøvere i psykisk helsetjenestene var klare til å omsette honnørordene om recoveryorienterte tjenester til praktisk handling. Ifølge Kvia et al. (2020) er det fortsatt lettere å snakke om gode intensjoner enn å utøve recovery i kliniske praksiser. I dag er det stor oppslutning om å arbeide recoveryorientert i de kommunale psykisk helsetjenestene, men i spesialisthelsetjenesten har imidlertid den nye forståelsen av recovery hatt begrenset interesse. Det kan ha sammenheng med at spesialisthelsetjenesten fortsatt preges av biomedisinsk dominans og tro på medisinske fremskritt, hvor sosiale og humanistiske forståelser og forklaringer på psykiske problemer er underordnet (Karlsson & Borg, 2017).

Det finnes få studier som fokuserer på recovery i spesialisthelsetjenestene. Studiene som eksisterer, er internasjonale, og funnene viser at forståelsen av recovery er vag og motstridende. Det er utfordrende å definere hva recovery er, og begrepet oppleves mer retorisk enn integrert i klinisk praksis (Aston & Coffey, 2012; Cleary et al., 2013). Å støtte en recoveryorientert forståelse i psykisk helsetjenesten kan innebære risiko (Meehan et al., 2008): For det første kan recovery assosieres med en moderne versjon av «antipsykiatri» som hindrer mennesker med psykiske problemer å få tilgang på hjelp som kan være nyttig. For det andre kan recovery skape urealistiske forventninger om bedring. Til sist kan recoveryforståelsen gi et inntrykk av at prosessene som fremmer bedring, skjer uten profesjonell hjelp, og at denne typen hjelp blir devaluert (Meehan et al., 2008).

Waldemar et al. (2016) stiller spørsmål ved om den nye forståelsen av recovery kan prege tjenesteytingen i spesialisthelsetjenesten. Nåværende organisering av spesialisthelsetjenesten innebærer et særlig ansvar for å behandle mennesker i alvorlig og akutt nød. Å gi omsorg basert på ny forståelse av recovery kan være utfordrende med tanke på de fysiske strukturene og ressurs- og kapasitetsknappheten som eksisterer (Waldemar et al., 2016). Dagens spesi-

alishelsetjeneste befinner seg i skvis mellom det å fastholde medisinske modeller for psykiske lidelser og øke bruken av samfunnsvitenskapelige tilnærminger der normalisering og ressursorientering har en sentral plass (Aarre, 2018).

Hensikten med denne artikkelen er å utvikle kunnskap om hvordan ansatte med ulik fag- og erfaringsbakgrunn forstår recovery. Artikkelens forskningsspørsmål er: Hvordan forstår ansatte i spesialisthelsetjenesten recovery i forbindelse med sin egen praksisutøvelse?

Metode

Artikkelen bygger på et empirisk datamateriale fra forskningsprosjektet «Recoveryorienterte praksiser i psykisk helsevern». Vi har valgt et kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design for å utforske de ansattes forståelser av recovery og recoveryorienterte praksiser.

Utvalgsprosedyre

Studien baserer seg på et strategisk utvalg av deltakere (Patton, 2015). Vi har benyttet kunnskapen vår om psykisk helsefeltet for å få tilgang til deltakere som hadde erfaringer med recoveryorienterte praksiser. Kriteriene for utvelgingen var at institusjonene jobbet etter recoveryorienterte prinsipper, hadde ansatt erfaringskonsulenter og kunne tilby alternativer til medikamentell behandling. Vi vektla også en geografisk spredning av institusjonene for å fange opp regionale kulturforskjeller. Nøkkelpersoner fra fagfeltet og tillitsvalgte i brukerorganisasjoner ble kontaktet for å identifisere aktuelle sykehus og DPS. For å få ytterligere informasjon sjekket vi nettsidene til institusjonene som pekte seg ut. Deretter ble lederne av de utvalgte institusjonene kontaktet på telefon og e-post. Etter at invitasjonen om å delta ble godkjent, fikk hvert sted en kontaktperson. Kontaktpersonene hadde ansvaret for å gi informasjon om forskningsprosjektet til ansatte og rekruttere deltakere i henhold til følgende inklusjonskriterier: (1) minst ett års yrkeserfaring innen spesialisthelsetjenesten, (2) være behandler (f.eks. psykolog eller lege), miljøterapeut (f.eks. vernepleier eller sykepleier) eller øvrig ansatt (f.eks. musikkterapeut, jobbspesialist, erfaringskonsulent, fysioterapeut, ergoterapeut eller hjelpepleier).

Totalt 45 ansatte ble rekruttert fra fire ulike DPS og sykehus i Norge. Utvalget bestod av 30 kvinner og 15 menn. Blant disse var det stor variasjon i fag- og erfaringsbakgrunn. Mange hadde dobbeltkompetanse i form av være tidligere pasient og samtidig ha en faglig bakgrunn innenfor helse, sosialfag og/eller pedagogikk.

Datainnsamling

For å utforske ansattes forståelser av recovery valgte vi å benytte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Når flere deltakere får mulighet til å uttale seg på samme tid, kan samspillet mellom dem bidra til at ulike meninger, forståelser og holdninger rundt tematikken kommer frem (Savin-Baden & Major, 2013). På denne måten kan fokusgrupper belyse flere sider av et tema og generere mer innsikt enn ved individuelle intervju. Fokusgrupper er velegnet for å innhente data som kan brukes til å utvikle praksis (Lerdal & Karlsson, 2009).

Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide inspirert av Kvale og Brinkmann (2015). I starten av hvert intervju presenterte vi oss for deltakerne, beskrev forskningsprosjektet, informerte om hva datamaterialet skulle brukes til, og hvilke rettigheter deltakerne hadde. Vi vekslet mellom å være moderator og medmoderator, der moderatoren hadde ansvaret for å introdusere spørsmål og stille oppfølgingsspørsmål. Gruppen fikk i størst mulig grad snakke fritt for at vi ikke skulle komme i veien for samskapingsprosessene. Medmoderatoren noterte underveis og hadde mulighet til å stille spørsmål.

Vi gjennomførte syv fokusgruppeintervju høsten 2020. Fokusgruppene hadde fire–åtte deltakere med forskjellig fag-, arbeids- og erfaringsbakgrunn. Kontaktpersonene ved de enkelte institusjonene hadde ansvaret for å finne egnet sted for intervjuene, enten på et møterom eller aktivitetsrom i tilknytning til institusjonen. Varigheten på intervjuene var 97–108 minutter. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker, lagt inn i programvaren NVivo og senere transkribert ordrett. Datamaterialet bestod av i overkant 200 data-skrevne sider.

Analyse

Vi brukte tematisk analyse inspirert av Clarke et al. (2015) for å analysere data. For å bli kjent med datamaterialet lyttet begge forfatterne til lydfilene og skrev ned tanker og refleksjoner. Gjennom flere digitale arbeidsseminar diskuterte vi koder, tema og sitater som var relevante for forskningsspørsmålet. Et fullstendig artikkelutkast ble skrevet av førsteforfatteren og sendt til andreforfatteren for kommentarer. Deretter reviderte vi artikkelutkastet. Gjennom hele analyseprosessen har datamaterialet blitt analysert gjennom vekslning mellom del og helhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Skrivning har vært en integrert del av analysen, og vi har bearbeidet artikkelen flere ganger for å presentere funnene på en oversiktlig og forståelig måte (Clarke et al., 2015).

Informasjon og samtykke

NSD har vurdert prosjektet i tråd med personvernlovgivningen (*Ref. NSD2020/567002*). Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet. I forkant av intervjuene gjentok vi at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Alle deltakerne underskrev en samtykkeerklæring.

Funn

Analysen av datamaterialet viser at ansatte i spesialisthelsetjenesten opplever (1) recovery som et komplekst og uklart begrep, og (2) at recovery innebærer å ha tro på individets iboende ressurser og styrke enkeltindividets mulighet til å leve et best mulig liv.

Recovery er et komplekst og uklart begrep

Deltakerne opplever recovery som et komplekst og uklart begrep som det er vanskelig å kommunisere til andre. Flere beskriver recovery som et tankesett om hvordan mennesker med alvorlige psykiske problemer skal møtes og forstås av ansatte i psykisk helsetjenestene. Dette tankesettet er utfordrende å omdanne til den kliniske virkeligheten.

Det er så svulstig og voldsomt. Det skal liksom være den dype inderlige prosessen som kommer helt innenfra deg selv, uten å være påvirket av noe der ute. Fra en klinisk virkelighet så ser det litt annerledes ut: Hvordan skal vi kunne påvirke denne prosessen inni deg, uten at vi skal påvirke deg i anførselstegen? Det blir litt vanskelig (Sykepleier, 4-2).

Recovery blir noe å strekke seg etter, et ideal, mer enn noe det er mulig å etterleve fullstendig i praksis. Deltakerne mener at kart og terreng ikke stemmer overens. «Jeg tror ingen er uenig i det som skal være ambisjonen, men virkeligheten er mye mer rufsete og tungrodd. Det er en diskrepans mellom teori og praksis» (Psykolog, 2-2). En av de ansatte velger å synliggjøre diskrepansen ved å skille mellom ideologisk og praktisk recovery. «Jeg ser på det som to sjikter. Ideologisk recovery, litt sånn som vi ønsker å gjøre det. Og praktisk recovery, det vi får til» (Sykepleier, 7-3).

Noen av deltakerne forteller at de ble skeptiske da recoveryperspektivet ble introdusert i spesialisthelsetjenesten. De oppfattet først recovery som et antipsykiatrisk perspektiv. De har visst at recovery hadde borgerrettslige røtter, og tolket det derfor slik at recovery innebærer ideer om at behandling er skadelig og må opphøre. Da de ble bedre kjent med innholdet i recoverybegrepet, samsvarte dette imidlertid godt med verdigrunnlaget deres, og skepsisen stilnet.

Jeg var litt skeptisk for mange år siden til hele recoverybølgen, hvis vi kan kalle det en bølge. Fordi jeg ikke forstod det, tenker jeg. Det representerte i mitt felt som litt sånn antipsykiatrisk. Jeg var redd for at det skulle bli en antitese til sykdomsmodellen, og at det ikke skulle bli mulig å forenes. Men i praksis så er det veldig «sound». Det er tilfriskning. Det er forståelse av at vi er hele mennesker, ikke pasienter med symptomer. Så spesielt i møte med de dårligste pasientene så klanger det veldig godt, men i starten så må jeg si at jeg kjente skepsis (Psykolog, 3-4).

Flere av deltakerne innrømmer at de sjelden benytter recoverybegrepet i sin kliniske hverdag. Noen mener dette handler om manglende forståelse av begrepet. «Jeg bruker aldri det, recovery. Det må jeg ærlig innrømme. Jeg bruker tilfriskning. Jeg sitter jo fortsatt her og lur på hva recovery er, jeg, da» (Vernepleier, 2-7).

Deltakerne oppfatter recovery som diffust, altså lite klargjørende. Mer teoretisk kunnskap og informasjon er viktig for å få økt forståelse av et fenomen, men deltakerne i denne studien oppgir at det ikke nødvendigvis er tilfellet for dem når det gjelder å forstå recoverybegrepet.

Jo mer jeg har lest om recovery, jo mindre har jeg skjont. Jeg har vært gjennom NAPHAs kunnskapssammenstilling om recovery og recoveryorienterte praksiser, og jeg blir enda mindre klok. Jeg synes dette er et vanskelig begrep å få tak på. Jeg har til og med undervist om recovery og blir mindre og mindre fortrolig med begrepet (Sykepleier, 5-4).

Andre deltakere var mindre komfortable med å benytte det engelske begrepet, og de forsøkte etter beste evne å oversette det til norsk. Begrep som går igjen i datamaterialet, er tilfriskning, mestring, livsmestring, gjenvinning og bedringsprosess, der tilfriskning blir hyppigst brukt. I likhet med de andre norske oversettelsene blir tilfriskning oppfattet som problematisk. Tilfriskning blir vurdert som et medisinsk begrep fordi det indikerer at pasientene beveger seg i et kontinuum fra å være syk til å bli frisk. «Jeg er ikke så glad i ordet tilfriskning [...] for hvis dere har stilt spørsmålet: Hva er en tilfriskningsprosess for deg, så synes jeg det blir veldig medisinsk med en gang» (Erfaringskonsulent, 1-6). Deltakerne forteller at også pasientene reagerer på bruken av tilfriskning: «Jeg har fått reaksjoner fra pasienter om at ordet tilfriskning er feil [...] og at det burde vært et annet ord: bedringsprosess» (Vernepleier, 2-7). Bedringsprosess blir også assosiert med kontinuumet syk–frisk. Enkelte deltakere mener begrepet bedringsprosess indikerer at individet må bli bedre eller friskere for å være i recovery, noe andre deltakere avviser: «Bedringsprosess. Nei, da er du på den der syk–frisk igjen. Bedring mot frisk» (Erfaringskonsulent, 2-6).

Gjenvinning er et annet begrep som ble benyttet for å forklare recovery: «Jeg synes gjenvinning er veldig godt [...] At jeg har gjenvunnet nye ting i livet» (Erfaringskonsulent, 1-6). Forståelsene av gjenvinning spriker blant deltakerne, noe diskusjonen under viser.

Gjenvinning? Da tenker jeg bare søppel (Sykepleier, 3-7).

Det er et spørsmål om gjenvinning til hva? Det er ikke alle som har hatt noe de vil ha tilbake. De har kanskje hatt det jævlig og vil heller se fremover. Da blir gjenvinning for meg å gå tilbake og hente noe som har vært (Vernepleier, 2-7).

Eller gjøre om noe til noe annet. Eller det som har vært søppel, kan bli noe annet, ikke sant? Plast kan bli til en ny jakke hvis du følger den prosessen (Sykepleier, 1-7).

Deltakerne koblet ofte ulike begrep da de snakket om recovery. Mestring og tilfriskning ble mye brukt sammen. Det har nok sammenheng med at flere hadde tatt i bruk behandlingsprogrammet *Illness Management and Recovery* (IMR), som er oversatt til individuell mestring og tilfriskning på norsk. «Det er sjelden at vi bruker ordet tilfriskning alene, vi bruker å si mestring og tilfriskning» (Sykepleier, 3-7). Uansett valg av norske begrep opplever deltakerne at disse i begrenset grad fanger innholdet i det engelske begrepet recovery. De norske begrepene blir knyttet til en medisinsk tradisjon som kommer på kant med sosiale forståelser av psykisk helse, hvor kontekstuelle forhold og mestring av livet tillegges større betydning. Av den grunn mener flere ansatte at det engelske recoverybegrepet er bedre enn de norske alternativene. «Jeg synes recovery er et større ord enn det vi har klart å oversette det til da. Så vi har valgt å benytte recovery» (Fysioterapeut, 4-6).

Deltakerne diskuterte hvor hensiktsmessig det er å lete etter nye begrep for å benevne recovery. Her etterlyser de flere diskusjoner om hvilke forståelser ansatte i spesialisthelsetjenesten har når recoverybegrepet benyttes.

Men hva er det [recovery]? Er det liksom, fra nå av skal alle ha en positiv holdning til psykose? Hva er det du vil med det? Jeg tror vi må begynne lenger ned. Er det en behandlingsmetode vi vil ha? Er det en holdningsendring vi vil ha? Er det å synliggjøre at det er håp for personer med alvorlig psykisk lidelse? Hva er det? Vi kan godt finne på et nytt ord, men til hvilken bruk? (Sykepleier, 2-2).

Det var overraskende mange deltakere som opplevde recovery som diffust og lite håndfast. Selv om flere valgte norske begrep, var det en tydelig uenighet om hvilke som fungerer best i klinisk praksis. Det var også usikkerhet knyttet til om de norske begrepene klarer å romme recoverybegrepet og bidra til en nevneverdig klargjøring av det.

Recovery innebærer å ha tro på individets iboende ressurser og styrke den enkeltes mulighet til å leve et best mulig liv

Selv om deltakerne opplever recovery som et språklig utfordrende begrep, er det stor enighet om at recovery innebærer å ha tro på at alle har iboende ressurser, og at det er viktig å styrke den enkeltes muligheter til å leve et godt liv i lokalsamfunnet. Deltakerne velger å ha fokus på hvordan mennesker med alvorlige psykiske problemer kan leve gode liv, i stedet for å konsentrere seg om symptomreduksjon. «Selv om de har en lidelse i bunn, så er det nødvendigvis ikke fokus på lidelsen, men hvordan leve best mulig med lidelsen» (Vernepleier, 8-5). Blant deltakerne fremstilles målet om å leve med problemene som en kontrast til tradisjonell behandling.

Det blir en motsetning mellom en sånn tradisjonell medisinsk tankegang, som egentlig i bunn og grunn omhandler å fjerne smerte [...] Recovery går mer i retning av å tro at mennesker er i stand til å møte livets utfordringer og jobbe med dem (Lege, 2-1).

Deltakerne fremhever at recovery handler om å utforske og gi plass til individets ressurser:

Skal vi fokusere på det som ikke fungerer, eller fokusere på det som fungerer? Å gi plass til det med ressurser, det kan være slik at det da fungerer. Jo mer plass det [ressurser] får, jo mindre får det andre. Det er ikke dermed sagt at man ikke skal gå inn i det som er vanskelig og vondt. Det må man noen ganger også gjøre, men ikke alltid (Sykepleier, 4-3).

Deltakerne beskriver recovery som en ny start og en ny mulighet for at personer med alvorlige psykiske problemer kan ta tak i livene sine. Med fokus på den enkeltes ønsker og behov kan ansatte sammen med pasientene identifisere hva som ikke fungerer. Deretter kan de arbeide med å erstatte dette med noe nytt og hensiktsmessig. En av deltakerne brukte sin egen recoveryprosess som eksempel for å synliggjøre poenget:

For meg så er det å finne de ødelagte plankene i livet mitt og erstatte dem med nytt, med nye planker. Det å bli bevisst på hvilke planker som ikke fungerer, for å kunne bygge opp en ny helhet som fungerer bedre. Med tida så må vi regne med at det kommer nye planker som vil råtne eller få slagskader. Men da har vi trent på å bytte planker i så lang tid at vi er bedre rustet til å reparere de plankene som ikke fungerer lenger (Erfaringskonsulent, 1-6,).

Å være i en recoveryprosess blir beskrevet som krevende, og man må være forberedt på motstand hos pasientene: «Det er ikke sånn at recovery er å skli ned ei glatt sklie og seile ut i fint varmt vann. Det er motstand» (Erfaringskonsulent, 5-6). Deltakerne fremhever viktigheten av å være en støttespiller for pasienten slik at vedkommende blir i stand til å håndtere motstand over tid. En av erfaringskonsulentene sa:

Hvis jeg ser på mine egne recoveryprosesser, så er det nettopp det å forholde seg til motstand uten å rømme. Ved å forholde meg til motstand, så vokser jeg. Hvis jeg derimot rømmer, så skjer det jo ingenting (Erfaringskonsulent, 4-6).

Selv om de fleste deltakerne beskriver recovery som en prosess, er det noen få som oppfatter recovery som et mål om å bli rehabilitert. En dialog mellom to ansatte synliggjør forskjellen mellom å forstå recovery som et mål eller som en prosess.

Når det gjelder recoverybegrepet, så hører jeg det litt annerledes [...] Jeg forbinder det mer med kroniske lidelser og hvordan rehabilitere dem. Det er sånn det klinger og sånn jeg tenker om det i utgangspunktet (Psykolog, 2-3).

Du har liksom to begreper, da, personlig recovery og klinisk recovery. Det du snakker om, er klinisk recovery, ikke sant? At du skal bli frisk av noe, at du skal komme deg eller gå tilbake til normalen. Så jeg føler mer, i alle fall slik jeg jobber, så tenker jeg at du er den du er nå, og du var den du var, men vi skal fremover. Det handler mer om å hjelpe en person til å finne sin vei. Det høres litt sånn søkt ut, men det er i stedet for å tenke at man skal inn å fikse noe, så går man heller inn og veileder, på en måte. Man har ikke en kur, det er ikke det det handler om. Det handler om å være en støttespiller i den prosessen som du er i. Recovery, vi bør vel tenke på det som en prosess, ikke som en nøkkel? (Musikkterapeut, 4-3).

Ifølge deltakerne er det sentrale å møte pasientene som mennesker, ikke som diagnoser eller sykdommer. Å være nysgjerrig og interessert i å forstå hvem den andre er, og hva vedkommende selv ønsker, blir fremhevet. Det blir poengtert som viktig å tilrettelegge for at

mennesker med alvorlige psykiske problemer kan være aktive og ansvarlige parter i behandlingen.

Vi har en helt annen tilnærming til pasientene våre enn det jeg har vært vant til fra før på andre plasser jeg har jobbet. Ja, vi vet diagnosene deres, men vi fokuserer på mennesket. Hvem er du? Hvorfor vil du komme hit? (Sykepleier, 3-7).

Ifølge deltakerne har spesialisthelsetjenesten tradisjonelt vært pasientorientert. Deltakerne oppfatter derimot recovery som personorientert. Ifølge deltakerne kjennetegner en personorientert tilnærming at mennesker med alvorlige psykiske problemer inntar førerposisjonen i behandlingen, og maktbalansen mellom pasient og ansatt endres.

Det er den den vridningen fra pasientorientert til personorientert tilnærming, det der med at maktforholdet bygges ned i behandler-pasient-relasjonen. Det er en vridning som en ser. Det er absolutt holdningsbasert (Psykolog, 3-4).

Deltakerne fremhever at de har en viktig rolle som støttespillere. Som ansatte gir de pasientene tilgang til og opplæring i nye verktøy for å håndtere livene sine. Samtidig påpeker de at det også kan være nødvendig å utfordre pasientene til å ta i bruk verktøyene i sin egen recoveryprosess.

Vi ansvarliggjør dem. Vi kaster ansvaret tilbake til dem. Vi gir dem på en måte verktøyene til hvordan de skal klare sin egen tilfriskning. De må gå opp en ny vei for å klare seg bedre der ute enn det de har gjort frem til nå. Og det er der vi kommer inn (Sykepleier, 3-7).

Deltakerne understreker at de har fått en annen rolle enn det de tradisjonelt har vært vant til. Å innta en rolle som støttespiller heller enn å være ekspert gir større mulighet for å fokusere på pasientens egne mål og ønsker for behandlingen.

Vi pleier å si at vi er veiledere, og du er veisøker. Sammen skal vi finne en annen vei. Og målet: det å ha egne mål [...] For meg så handler det om å møte menneskene som er der, hva er det de ønsker, deres mål og hvordan kan vi jobbe, og det å tilpasse behandlingen etter det (Jobbspesialist, 3-3).

Enkelte ganger opplever deltakerne at de kun kan berede grunnen for recoveryprosesser. I slike situasjoner kan man initiere tanker om recovery og tilrettelegge for at prosessen kan begynne på et senere tidspunkt.

Det er noe med det jeg synes er problematisk med begrepet [recovery] i vår kontekst, som er sengepost, da. Det er lett å snakke om recovery hos en pasient som har kommet et stykke i sin prosess, og som gjerne har livskvalitet, et innhold og noe å gå til. Enten det er fritidsaktiviteter, jobb, skole eller hva det måtte være. Mange av de vi møter her, har ikke begynt å tenke de der tankene (Sykepleier, 2-5).

Ifølge deltakerne handler recovery om å ta utgangspunkt i pasienten og sammen utforske hva som er viktig for å leve et verdig og meningsfullt liv. Dermed behandles mennesker med alvorlige psykiske problemer som aktive og likeverdige parter i behandlingen. Ansatte i psykisk helsetjenester er viktige for å tilrettelegge for at den enkelte får tilstrekkelig støtte, bistand og verktøy som er nødvendig for å skape et godt liv.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan ansatte med ulike fag- og erfaringsbakgrunner forstår recovery. I diskusjonen har vi valgt å utforske to spørsmål som vi mener er relevante.

Hva er grunnelementene i forståelsen av recovery blant ansatte i spesialisthelsetjenesten?

Basert på funnene er det særlig tre elementer som løftes frem som viktige når recoverybegrepet skal oversettes til klinisk praksis: (1) troen på at mennesker med alvorlige psykiske problemer kan leve meningsfulle og verdige liv med symptomer, (2) fokus på menneskets styrker og ressurser fremfor mangler og svakheter og (3) en subjekt-ontologisk posisjon i møte med den andre.

Denne studien viser at ansatte har tatt i bruk den «nye» forståelsen av recovery, altså at recovery er en unik, personlig (Anthony, 1993; Deegan, 2002), relasjonell og sosial prosess som skjer i samspill med andre og i tilknytning til meningsfulle aktiviteter (Topor et al., 2020; Ørjasæter et al., 2018). De ansatte anerkjenner behovet for en langvarig prosess i møte med mennesker med alvorlige psykiske problemer (Davidson & Roe, 2007). Fjerning av symptomer er underordnet fokuset på å styrke individets mulighet til å leve gode og verdige liv basert på egne ønsker og preferanser (Davidson & Schmutte, 2020). Ut fra dette innebærer recovery en bevegelse fra patologi, sykdommer og symptomer til styrker, ressurser og livskvalitet. Målet med behandlingen er ikke nødvendigvis å bli frisk, men heller å lære seg å leve med plagene og styrke opplevelsen av å være fullverdige medborgere. Når fokuset flyttes til hvordan man kan leve med problemene, vil det ifølge Davidson og Schmutte (2020) i mindre grad være krav om en «kur» eller bortfall av alle symptomer eller funksjonsnedsettelse for å få en opplevelse av å lykkes. Våre funn viser at man kan være i en recoveryprosess selv om man har symptomer og funksjonsnedsettelse og mottar støtte fra spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer med Davidson og Roes (2007) forståelse av *recovery in*. Videre viser funnene at de ansatte er opptatt å bli kjent med den enkelte for å vite hvordan akkurat denne personen ønsker å leve sitt liv. I denne prosessen utforsker de hvilke ambisjoner og drømmer som det er ønskelig å forfølge, og hva vedkommende selv mener må være på plass for å ha det bra. Gjennom å være gode støttespillere og tilretteleggere kan ansatte bidra til at mennesker med alvorlige psykiske problemer i større grad blir rustet til å benytte egne ressurser og ta i bruk ulike verktøy for å nå sine mål i livet.

I likhet med styrkebaserte tilnærminger (Hammon, 2010) viser funnene våre at ansatte velger å fokusere på styrker og ressurser fremfor mangler og svakheter. Det foreligger en overbevisning om at mennesker med alvorlig psykiske problemer har et ubenyttet potensial, og at ansatte kan bidra til å tilrettelegge slik at disse får reell mulighet til å ta i bruk iboende ressurser og styrker. Det kommer frem at tilgang og kjennskap til ulike verktøy kan bidra til at personene selv kan lære seg å gjenkjenne situasjoner og etter hvert finne løsninger som fungerer for dem. Dette er i samsvar med Hammon (2010), som synliggjør en forflytning fra å se på personene som «kronikere», uten håp om bedring, til å være «overleverer», som innebærer at de er i stand til å delta, ta kontroll og lære på lik linje med andre. Samtidig formidler de ansatte at det ikke eksisterer enkle og raske løsninger på problemene hos personene de møter, heller tvert imot. Recovery blir sett på som hardt arbeid hvor det i liten grad finnes snarveier og rettlinjete forløp (Davidson et al., 2010; Deegan, 1988). Motstand, som tidligere ble tolket som manglende interesse, kapasitet eller motivasjon hos den enkelte blir nå sett på som en naturlig del av prosessen. I likhet med Mead og Copeland (2000) understreker de ansatte at mennesker som har alvorlige psykiske problemer, har behov for støtte-

spillere for å kunne ta stegene ut av nåværende situasjon og igangsette prosessen mot en ny hverdag.

Funnene våre viser at de ansatte vektlegger en subjekt-ontologisk posisjon i møte med mennesker med alvorlige psykiske problemer. Dette innebærer at de ansatte ser den andre som et subjekt og et medmenneske på lik linje med seg selv. Ifølge Ekeland (2021) vil en posisjon som subjekt innebære at individet blir tilkjent kompetanse og forutsetninger for å ta egne valg, ta ansvar samt ha ønsker og dømmekraft knyttet til egne handlinger. Funnene synliggjør at erfaringene hos hvert enkelt individ er et startpunkt. Det betyr at fortolkning og forståelse er utgangspunktet for arbeidet som de ansatte og de med alvorlige psykiske utfordringer skal gjøre sammen. Dette samsvarer med Karlsson og Borg (2017), som mener at individets egne erfaringer og beskrivelser fra hverdagsliv og sosiale og kulturelle kontekster skal vektlegges i recoveryprosessen.

Forkaste recovery som begrep eller arbeide med å tydeliggjøre innholdet?

Funnene fremhever at de ansatte opplever recovery som et utfordrende og komplekst begrep. Dette er i samsvar med tidligere studier (Aston & Coffey, 2012; Cleary et al., 2013), som påpeker at ansatte kan ha utfordringer med å definere hva recovery er, selv om begrepet ikke er nytt for dem. At et begrep som har en innarbeidet og tydelig forståelse, introduseres på nytt med en annen forståelse som radikalt bryter med den opprinnelige, kan raskt skape usikkerhet og forvirring. Det er delvis med tanke på om man har forstått begrepet, men også i forbindelse med hvordan det oppfattes av de man skal samarbeide med. I forskningslitteraturen finner vi flere eksempler på en tydeliggjøring av skillene mellom tradisjonell medisinsk forståelse og nye forståelser av recovery: recovery som *utfall* og recovery som *prosess* (Deegan, 2002), *klinisk* versus *personlig* recovery (Slade, 2009) og *recovery from* versus *recovery in* (Davidson & Roe, 2007). Bruken av videreutviklede og nye forståelser av recovery blir kritisert. Oyebo (2004) er en av dem som mener at meningen strekkes for langt når samme begrep benyttes om noe som har svært ulik betydning, mens Aston og Coffey (2012) fremhever at mangel på tydelig konseptualisering kan føre til at recoverybegrepet ikke blir omfavnet i tjenestene.

Ettersom språket er grunnlaget for kommunikasjon og samarbeid med offentlige tjenester og brukermiljøer, blir det sårbart når recoverybegrepet kommuniserer dårlig. Selv om flere i vår studie konsekvent benytter recovery i sin kliniske hverdag, er det mange som velger andre begrep. Kanskje viser dette et forsøk på å unngå misforståelser, slippe å gå inn i diskusjoner eller forenkle det komplekse. Våre funn viser imidlertid at det er vanskelig å frigjøre norske etablerte begrep, slik som tilfriskning og gjenvinning, ettersom de allerede har andre forståelser og assosiasjoner og benyttes i andre sammenhenger. At de ansatte kombinerer flere norske begrep for å klare å romme betydningen av det engelske recoverybegrepet, er interessant og bør undersøkes nærmere i fremtidige studier. Kanskje bør det arbeides for å utvikle et nytt norsk begrep som kan gi nærhet til lokale forhold eller til det «særnorske»? For selv om det er en fordel at recovery har tett tilknytning til internasjonal litteratur og samfunn, kan det være en styrke å arbeide videre med å utvikle recovery i en norsk språkdrakt. Recovery er et mangfoldig begrep. Å hente kunnskap på tvers av land og tjenester (Bank et al., 2020) kan bidra til konseptuelle tydeliggjøringer av begrepet, nasjonalt så vel som internasjonalt. På den andre siden kan funnene våre tolkes dithen at selv om det benyttes ulike begrep, har de ansatte en nyansert forståelse av recovery når det gjelder sin egen praksisutøvelse, og begrepet er mindre diffust enn man først kan få inntrykk av.

Det som blir viktig i den videre utviklingen av recovery, er å kjenne til begrepets historiske røtter, noe som kan bidra til å sikre utviklingen av mer humane og sosiale praksiser og

tjenester (Bank et al., 2020; Davidson, 2006). Det eksisterer en bekymring rundt hva som vil skje med praksisene dersom recoverybegrepets historiske forankring forsvinner (Davidson, 2006). Hvis koblingen til kampen om grunnleggende menneskerettigheter og likeverdig samfunnsdeltakelse tilsløres, øker faren for at ansatte og ledere i spesialisthelsetjenesten koloniserer begrepet og presser det inn i en New Public Management-logikk (Karlsson & Borg, 2017). Behovet for å håndtere konkurrerende organisatoriske og økonomiske imperativer kan dermed forme forståelsen av recovery (Le Boutillier et al., 2014). I fremtidige studier vil det være interessant å undersøke hvorvidt koblingen til recoverybegrepets røtter er til stede når tjenestene skal utvikle recoveryorienterte praksiser, samt hvilke utfordringer ansatte opplever når recovery skal være et sentralt perspektiv i psykisk helsetjenestene.

Avsluttende kommentar

De ansatte som deltok i denne studien, opplever selve recoverybegrepet som lite håndfast. Dermed er det uklart hva som er verdien i å beholde begrepet. Likevel har de overraskende like beskrivelser når det gjelder selve innholdet i klinisk praksis. De fremhever viktigheten av å ha tro på at mennesker med alvorlige psykiske problemer kan leve gode liv, behovet for å fokusere på individets styrker og ressurser samt nødvendigheten av et subjekt-ontologisk utgangspunkt. Studien viser et behov for å bruke mer tid og ressurser på å forstå recoverybegrepet og synliggjøre de ulike forståelsene som eksisterer i spesialisthelsetjenesten. Å formidle de ulike forståelsene på en enkel og forståelig måte i møte med pasienter, pårørende, klinikere, forskere og beslutningstakere må være et mål.

I den videre utviklingen av recovery blir det viktig å beholde koblingen til begrepets historie. Den nye forståelsen av recovery oppstod som en reaksjon på at mennesker med psykiske problemer ble behandlet som annenrangs borgere gjennom manglende tilgang til grunnleggende menneskerettigheter. For å bidra til kunnskapsutviklingen på feltet må vi fortsette å kommunisere og utveksle kunnskap og forståelser rundt recovery på tvers av fagmiljø og landegrensener. Vi argumenterer for nødvendigheten av å gi rom for ulike forståelser og definisjoner av recovery i ulike kontekster, særlig med tanke på at recoveryorienterte praksiser ikke er noe fast, men heller noe fleksibelt som utvikles i samarbeid og samhandling med de som er involvert. Hvis recovery handler om å ta individet på alvor og benytte tilgjengelige ressurser i individet og omgivelsene, vil ulike forståelser og definisjoner tas i bruk. For videre utvikling kan det være fruktbart at recoverybegrepet ikke blir for håndfast og stivt, så lenge røttene er synlige og grunnelementene står fast.

Finansiering

Studien er finansiert av Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Referanser

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aston, V. & Coffey, M. (2012). Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 19(3), 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01776.x>

- Bank, R.M., Karlsson, B. & Borg, M. (2020). Recovery. Røtter, perspektiver, praksiser og tjenester. I M.T. Gonzales (red.), *Psykiske lidelser- faglige forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 438–446). Gyldendal.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J.A. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 222–248). Sage.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M. & Hunt, G.E. (2013). Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 205–212. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x>
- Davidson, L. (2006). What happened to Civil Rights? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 11–14. <http://doi.org/10.2975/30.2006.11.14>
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davidson, L. & Schmutte, T. (2020). What is the meaning of recovery? I H.H. Goldman, R.G. Frank & J.P. Morrissey (red.), *The palgrave handbook of American mental health policy* (s. 71–100). Palgrave macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-11908-9_4
- Davidson, L., Strauss, J.S. & Rakfeldt, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. Wiley-Blackwell.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deegan, P. (2002). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3–4), 5–21. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_02
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>
- Glover, H. (2005). Guest editorial. Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 179–182. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.179>
- Hammon, W. (2010). *Principles of strength-based practice*. Recovery Initiatives. https://www.esd.ca/Programs/Resiliency/Documents/RSL_STRENGTH_BASED_PERSPECTIVE.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/sammen-om-mestring>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T. & Frahm Jensen, M.J. (2020). Easier to say 'recovery' than to do recovery: Employees' experiences of implementing a recovery-oriented practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1919–1930. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00285-1>
- 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. (2014). Competing priorities: Staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 429–438. <http://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x>
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning*, (3), 172–175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- Mead, S. & Copeland, M.E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315–328. <https://doi.org/10.1023/A:1001917516869>

- Meehan, T.J., King, R.J., Beavis, P.H. & Robinson, J.D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 177–182. <https://doi.org/10.1080/00048670701827234>
- Oyebode, F. (2004). Invited commentary on: The rediscovery of recovery. *Advances in Psychiatric Treatment: the Royal College of Psychiatrists' journal of continuing professional development*, 10(1)1, 48-49. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.48>
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage.
- Savin-Baden, M. & Major, C.H. (2013). *Qualitative research: The essential guide to theory and practice*. Routledge.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2020). Recovery: Stressing the social basis of the process. *Man in America*. <https://www.madinamerica.com/2020/06/recovery-social-basis/>
- Topor, A., Denhov, P., Bülow, P. & Andersson, G. (2018) The many dimensions of recovery: Definitions, problems, and possibilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 141–166. <https://muse.jhu.edu/article/759950>
- United Nations Human Rights Council. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the rights of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Thirty-fifth session, 6-23 June, Agenda item 3*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/G1707604.pdf>
- Waldemar, A.K., Arnfred, S.M., Petersen, L. & Korsbek, L. (2016). Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67, 596–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>
- World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health actionplan 2013–2020*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
- Ørjasæter, K.B. (2019). *Performing recovery. Music and theatre workshop as an arena for recovery processes*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2614521>
- Ørjasæter, K., Davidson, L., Hedlund, M., Bjerkeset, O. & Ness, O. (2018). «I now have a life!» Lived experiences of participation in music and theater in a mental health hospital. *PloS one*, 13(12), e0209242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209242>
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.