

Therese Bergsnev

## **Recoveryorientert praksis til mennesker med ROP-lidelser. Ansattes erfaringer.**

Kvalitativ studie innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Veileder: Toril Anne Elstad

Mai 2020



Therese Bergsnev

# **Recoveryorientert praksis til mennesker med ROP-lidelser. Ansattes erfaringer.**

Kvalitativ studie innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Masteroppgave i psykisk helsearbeid  
Veileder: Toril Anne Elstad  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Kommunene har fått et omfattende ansvar for å tilby helhetlig, fleksible og varige tjenestetilbud for mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser). ROP-lidelser er en stor folkehelseutfordring, hvor det anbefales en Recoveryorientert praksis som tilnærming i tjenestetilbudet. Det er behov for kritisk refleksjon for å sikre kvalitet i tjenestetilbudet og fagutvikling på området. Å undersøke hvilke erfaringer ansatte har kan bidra til å synliggjøre både positive og utfordrende sider i praksis.

**Formål:** Målet med studien var å øke bevissthet og kunnskap om dette temaet, og hvordan ansatte i kommunal psykisk helse- og rustjeneste kan bidra til å tilrettelegge for at mennesker med ROP-lidelser kan oppleve mestring, trygghet og livsglede i hverdagen.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie hvor oppgavens empiri er basert på seks individuelle intervju med fagutøvere innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Studien har en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med fokus på informantenes subjektive opplevelser. Systematisk tekstkondensering (STC) ble benyttet som analysemetode.

**Resultater:** Analysen førte til tre tema, med tre til seks subtema. Tema 1: Recovery som faglig plattform. Subtema; Økt fokus på brukeres behov, ressurser og myndiggjøring. Helheten i hverdagslivet. Relasjon som det viktigste verktøyet. Tema 2: Organisering av tjenestene. Subtema: Faglig ledelse, fleksibilitet og ressurser. Tjenestestedets betydning for Recoveryorientert praksis. Alene som psykisk helsearbeider i kommunen. Refleksjon og kollegaveiledning. Tema 3: utfordringer i Recoveryorienterte praksiser til mennesker med ROP-lidelser. Subtema: Samarbeid med NAV og spesialisthelsetjenesten. Holdninger fra fagutøvere i helsetjenester og lokalsamfunnet. Stigmatisering. Rus og utfordrende atferd. Motivasjon for endring og ambivalens. Balansen mellom tvang og selvbestemmelse.

**Konklusjon:** Fagutøvere i kommunale psykisk helse- og rustjenester erfarer stor glede av å arbeide Recoveryorientert. Å lykkes i å fremme Recoveryorienterte praksiser til mennesker med ROP-lidelse kan imidlertid være både utfordrende og tid- og ressurskrevende; spesielt i perioder hvor brukerne har høyt rusinntak og symptomtrykk. I praksisutøvelsen kan dette oppleves både faglig og personlig krevende for ansatte. Det å jobbe Recoveryorientert må utvikles kontinuerlig gjennom samarbeid, bevisstgjøring, kollegaveiledning og refleksjon.

## Abstract

**Background:** Community health-services have been given increased responsibility for providing comprehensive, flexible and durable services for people with co-occurring mental health- and substance use disorders. Co-occurring mental health- and substance use disorders are perceived as both a major public health challenge and as difficult to treat. Recovery-oriented practices are recommended; and there is a need for critical reflection to ensure quality in services and further professional development. Exploring professionals' experiences can help to make visible both positive and challenging aspects of practice.

**Aim:** Study aims were to raise awareness of- and knowledge about how professionals in community mental health- services can support people with co-occurring mental health- and substance use disorders towards coping, safety and enjoyment in their everyday life.

**Method:** This qualitative study is based on six individual interviews with professionals within community mental health services. The study has a phenomenological hermeneutic approach, focusing on professionals' subjective experiences. Systematic text condensation (STC) was used as the method of analysis.

**Result:** The analysis led to three themes, with three to six sub-themes. Theme 1: Recovery as a professional platform. Sub-theme; Increased focus on users' needs, resources, empowerment and everyday life. Relationship as the most important tool. Theme 2: Organization of the services. Sub-theme; Professional management, flexibility and resources. The importance of the service for providing Recovery-oriented practices. Alone as mental health worker in a community mental health service. Reflection and colleague supervision. Theme 3: Challenges in Recovery-oriented practices for people with co-occurring mental health- and substance use disorders. Sub-theme: Collaboration with NAV (social services) and the specialist health service. Attitudes of health care professionals and in the local community. Stigma. Substance use and challenging behavior. Motivation for change and ambivalence. The balance between coercion and self-determination.

**Conclusion:** Professionals in community health-services enjoy working Recovery-oriented. Success in working Recovery-oriented towards people with co-occurring mental health- and substance use disorders can, however, in practice be both challenging and time- and resource consuming. For professionals, supporting service-users during period of high experienced as demanding, both professionally and personally. Recovery-oriented practices must be continuously developed through collaboration, colleague supervision and reflection.

**«For syk til rusbehandling  
og  
for ruset til psykisk helsevern».**  
*(Informant)*

## Forord

Mastergraden i psykisk helsearbeid ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har vært en krevende, slitsom, spennende og en utrolig fin prosess. Jeg er takknemlig for at jeg i min masteroppgave fikk muligheten til å fordype meg innenfor en brukerorientert praksis. Det har til tider vært en isolert boble og jeg har fått kjent på hele følelesspekteret underveis i forskningsprosessen.

Jeg vil særlig takke alle informantene som deltok i undersøkelsen for sitt bidrag og sin åpenhet, og kontaktpersonene sin innsats for rekruttering av deltakere til denne studien. Dere har kommet med verdifull informasjon som kan brukes til å videreutvikle og forbedre de systemene som eksisterer i dag.

Jeg vil rette en stor takk for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger til min hovedveileder Toril Anne Elstad. Du har vært engasjert og tilgjengelig for meg gjennom hele prosessen min med denne oppgaven. Jeg er takknemlig for god støtte, veiledning og rosende ord på veien som har gitt meg ny giv og mer stødig kurs flere ganger underveis i prosessen. Jeg fikk også oppleve å få støtte som ga meg håp når behovet var som størst.

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer for uforbeholden støtte på alle måter, din kjærlige ro og tålmodighet med en partner som ofte måtte prioritere jobbing og skriving.

Sist men ikke minst, hjertelig takk til gode kolleger, familie og venner som har vist interesse, gitt meg oppmuntring gjennom prosessen og som aldri har mistet troen på meg.

Trondheim, 14.05.20

Therese Bergsnev



# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>IV</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1 SAMFUNNSPERSPEKTIV .....	1
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING .....	4
1.3 HENSIKT OG MÅL .....	6
1.4 PROBLEMSTILLING .....	6
1.5 LITTERATURSØK.....	6
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	7
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK OG TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>8</b>
2.1 SAMTIDIG RUS- OG PSYKISK LIDELSE .....	8
2.2 RECOVERY SOM BEGREP I RUS- OG PSYKISK HELSEARBEID.....	10
2.3 RECOVERYORIENTERTE PRAKSISER.....	12
2.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ RECOVERY OG ROP-LIDELSER .....	14
2.5 RECOVERY OG HVERDAGSAKTIVITETER .....	16
2.6 FAGPERSONER SOM HVERDAGSHJELPERE.....	17
4.7 OPPSUMMERING .....	19
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>20</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED .....	20
3.2 KVALITATIV METODE .....	21
3.3 UTVALG, INKLUSJON OG REKRUTTERING .....	21
3.5 DATAINNSAMLING .....	23
3.5.1 Semistrukturerte individuelle intervju .....	23
3.5.2 Transkribering .....	24
3.6 ANALYSE.....	24
3.6.1 Danne et helhetsinntrykk .....	25
3.6.2 Meningsbærende enheter .....	26
3.6.3 Kondensering .....	26
3.6.4 Sammenfatning.....	27
3.8 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER .....	29
3.9 FORSKERROLLEN.....	29

<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>31</b>
4.1 RECOVERY SOM FAGLIG PLATTFORM.....	31
4.1.1 Økt fokus på brukeres behov, ressurser og myndiggjøring .....	31
4.1.2 «Helheten i hverdagslivet».....	32
4.1.3 «Relasjon som det viktigste verktøyet» .....	33
4.2 ORGANISERING AV TJENESTENE .....	34
4.2.1 Faglig ledelse, fleksibilitet og ressurser.....	34
4.2.2 Tjenestestedets betydning for Recoveryorientert praksis .....	35
4.2.3 Alene som psykisk helsearbeider i kommunen.....	38
4.2.4 Behovet for refleksjon og kollegaveiledning .....	40
4.3 UTFORDRINGER I RECOVERYORIENTERTE PRAKSISER TIL MENNESKER MED ROP LIDELSER .....	41
4.3.1 Samarbeid med NAV og spesialisthelsetjenesten .....	41
4.3.2 Holdninger fra fagutøvere i helsetjenester og lokalsamfunnet.....	42
4.3.3 Stigmatisering .....	44
4.3.4 Rus og utfordrende atferd.....	45
4.3.5 Motivasjon for endring og ambivalens .....	46
4.3.6 Balansen mellom tvang og selvbestemmelse .....	47
4.3.7 Faglig og personlig utfordrende.....	48
4.4 OPPSUMMERING AV FUNN .....	50
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>51</b>
5.1 RECOVERY SOM FAGLIG PLATTFORM.....	51
5.2 ORGANISERING AV TJENESTENE .....	55
5.3 UTFORDRINGER I RECOVERYORIENTERTE PRAKSISER TIL MENNESKER MED ROP-LIDELSER .....	58
5.4 METODEDISKUSJON .....	62
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>65</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>71</b>
NSD SIN VURDERING .....	71
INFORMASJONSSKRIV OG FORESPØRSEL .....	74
SAMTYKKEERKLÆRING TIL DELTAKELSE.....	77
FORESPØRSEL OM TILLEGGSINFORMASJON .....	78
INTERVJUGUIDE .....	79

## 1.0 Introduksjon

Mitt ønske med denne kvalitative studien er å belyse hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med Recoveryorientert praksis til mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelser, i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dette kan bidra til mer kunnskap om hvordan Recoveryorientering fungerer i praksis, hvordan tjenestene kan videreutvikles og har betydning for behandlingstilbudet for personer med samtidig rus- og psykiske lidelser. Studien innledes med å beskrive psykisk helse og rus ut fra et samfunnsperspektiv. Videre beskrives bakgrunnen for valg av tema, problemstilling, en gjennomgang av hvilke ord som har blitt benyttet i litteratursøk og videre disposisjon av oppgaven. Begrepet Recovery oversettes til norsk med «bedringsprosesser». Siden det er vanlig å bruke «Recovery» i faglitteraturen, brukes det også i denne masteroppgaven.

### 1.1 Samfunnsperspektiv

Det har vært et betydelig retningsskifte i psykisk helsearbeid og tjenester til mennesker med samtidig psykiske lidelser og rusavhengighet. Forståelsen av psykisk helse og psykiske lidelser har gradvis gått bort fra en medisinsk forståelse til å forstås som en kontekstuell og personsentrert forståelsesramme. Dette innebærer fokus på helhetlig tenkning, og å rette hjelpen mot andre deler av personens liv, ikke nødvendigvis mot personens lidelse (Karlsson & Borg, 2017).

Det er ikke enkelt å finne en enkel definisjon på begrepet psykisk helse da det er et bredt begrep og tema. Psykiske plager, lidelser, og helse er begreper som kan tilskrives ulikt innhold. Psykisk helse omfatter alt fra god psykisk helse til psykiske plager og lidelser. Det blir ofte sagt «god» eller «dårlig» psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014). Hjort (1994) hevder at de som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav har god helse (Bøe & Thomassen, 2017).

Psykisk helse er noe alle har og kan defineres som kjennetegn på emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære (Langeland, 2014). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand hvor mennesker skal kunne håndtere normale stressituasjoner i livet, realisere muligheter og ha mulighet til å bidra overfor både samfunnet og andre. Plager brukes om symptomer, men er ikke like belastende som psykiske lidelser, som er betegnet som «ulike

tilstander og diagnoser». Skillet mellom begrepene er fastlagt av kriterier brukt i undersøkelser (Reneflot et al., 2018).

Reneflot et al. (2018) skriver i en rapport om psykisk helse i Norge at psykiske lidelser og ruslidelser er utbredt i den norske befolkningen. For at det skal foreligge en psykisk lidelse må et bestemt antall kriterier som er beskrevet i diagnosemanualene være oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2018). I løpet av ett år antas det at 10-30 % av den voksne befolkningen fyller kriteriene for minst en psykisk lidelse, og halvparten minst to lidelser. Norske og internasjonale studier viser at 30-50 % av den voksne befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2015). Ruslidelser angis som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av rusmiddel som blant annet alkohol, cannabis, opiater, benzodiazepiner, stimulanter som for eksempel amfetamin og kokain, samt hallusinogener (Gråwe, 2014). Med ruslidelse forstår vi både skadelig bruk og avhengighet av rusmidler, både legale og illegale (Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

Reneflot et al. (2018) skriver videre at det ikke finnes holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen, men derimot en bekymringsfull økning blant unge jenter. På verdensbasis er det estimert at forekomst av ruslidelser øker, men det foreligger ikke oppdaterte eller gjentatte målinger av forekomst av ruslidelser i Norge over tid, noe som gjør det vanskelig å fastslå utviklingen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018).

Ruslidelse samtidig med psykisk lidelse har blitt omtalt som dobbeltdiagnose, men det er i dag mer vanlig å omtale fagfeltet som rus- og psykisk lidelse, ROP-lidelse. ROP omfatter personer med samtidige eller komorbide ruslidelser og psykiske lidelser (Gråwe, 2014). ROP-lidelser er gjerne forbundet med flere negative konsekvenser i helse og hverdagslivet, og forventet levealder for mennesker med ROP-lidelse er 15-20 år kortere sammenlignet med befolkningen forøvrig (Reneflot et al., 2018). Det fremkommer utfordringer som frafall fra skole og arbeidsliv, marginalisering, sosial ekskludering og vansker med å følge opp behandlingstiltak. I tillegg påvirkes identitet, selvfølelse og relasjoner. Det er kjent at ROP-lidelser kan være vanskelig å behandle da det ofte innebærer både medisinske og psykosomatiske plager (Helsedirektoratet, 2012; Reneflot et al., 2018). I et samfunnsøkonomisk perspektiv er utfordringene svært kostnadskrevenende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012).

Det er kjent at personer som lider av depresjon, har økt risiko for å også utvikle angst, atferdsproblemer, spiseforstyrrelser eller rusmiddelmisbruk (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Merikangas, 2001). Personer med personlighetsforstyrrelser, ADHD, bipolare lidelser, schizofreni, posttraumatisk stresslidelse og depresjon er også målgrupper som har økt sannsynlighet for samtidig ruslidelse (Reneflot et al., 2018). Det er en rekke anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP lidelser. Å støtte frem personens egne ressurser under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres anses som viktig (Helsedirektoratet, 2012).

Fra begynnelsen av 1970-tallet fram til 2015 ble antallet sengeplasser i psykiatriske sykehus for voksne redusert med 86 prosent; dvs. fra ca. 70 plasser per 10 000 til ca. 10 plasser per 10 000 innbyggere (Helsedirektoratet, 2015; Pedersen & Kolstad, 2009). Dette har ført til et økt ansvar for lokalbaserte tjenestetilbud innen kommunalt psykisk helsearbeid, hvor personer med psykiske utfordringer i større grad skal ha hjelp fra egen kommune.

Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet psykiatriske sykehus, poliklinikker og tverrfaglig spesialisert behandling. De skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helsedirektoratet, 2014).

Kommunen har ansvar for kontaktetablering, utredning, diagnostisering og behandling av personer med rus- og psykiske problemer. Hvordan tjenestene organiseres er opp til kommunen selv å avgjøre. Psykisk helsearbeid i kommunene består også av deltakelse i oppfølgingstjenester, treffsteder, bofelleskap, arbeidstiltak og andre lavterskeltilbud (Evjen et al., 2018; Helsedirektoratet, 2014).

Kommunene har fått et omfattende ansvar for å tilby helhetlige, fleksible og varige tjenestetilbud for denne brukergruppen. Rogan (2014) skriver at det er en utfordring for fagmiljøene å finne fram til arbeidsmåter som bidrar til at tjenestene i størst mulig grad kan ytes lokalt. Han skriver også at det er i hjemkommuner folk skal leve sine liv. Kommunene må da legge til rette for at folk kan leve et mest mulig selvstendig liv. At budskapet lyder enkelt, betyr ikke at oppgaven er enkel (Almvik & Borge, 2014). Det kreves at kommunene innehar bred faglig kompetanse innen psykisk helsearbeid for å kunne gi gode tilbud til befolkningen (Ramsdal, 2013).

Innen psykisk helsearbeid har tjenestemottakere fått større grad av medvirkning og makt til å definere hva som er viktig og meningsfull hjelp. Recovery er et begrep som har bidratt til å

fremme ny forståelse av psykisk helsearbeid sammenlignet med måten psykisk helsetjenester tradisjonelt har blitt utøvet på (Karlsson & Borg, 2017). En skal ikke lenger se på individet kun som en pasient eller bruker av tjenester, da mennesker er grunnleggende forskjellige. En bør heller se på vedkommende som en person som anstrenger seg for å leve et best mulig liv (Slade, 2015). Recovery for personer med ROP-lidelser handler om krevende menneskelige utviklings- og livsprosjekter, med fokus på bruker sine ønsker, behov og mål (Borg & Topor, 2014).

Flere kommuner og tjenester vedtar nå å arbeide Recoveryorientert (Helsedirektoratet, 2014). Kommunalt psykisk helsearbeid skal i henhold til veilederen «sammen om mestring» ha fokus på at mennesker skal kunne mestre eget liv og oppleve verdighet (Helsedirektoratet, 2014). Veilederen hevder at psykisk helsearbeid er endringsarbeid. Et viktig poeng er at brukerne selv skal kunne fortelle om hva som er viktig for å få til endring. Brukeren skal være den viktigste samarbeidspartneren og være aktivt deltakende i behandlingen. Recovery blir omtalt som en dypt personlig prosess som innebærer endring av holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter. På tross av begrensningene de psykiske problemene representerer skal en leve et liv på en måte hvor det gis håp, trivsel og mulighet til å bidra (Karlsson & Borg, 2017).

Flere kommuner arbeider med en omfattende endring av grunnlagstenkning, samarbeidsformer og aktiviteter. Utvikling av Recoveryorienterte praksiser innebærer støtte og innsatser på personlig nivå og på organisasjons- og samfunnsnivå (Karlsson & Borg, 2017).

## 1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Psykiske helseproblemer er en stor samfunnsutfordring i Norge og i det internasjonale samfunnet. Behovet for polikliniske konsultasjoner og døgnbehandlinger i Norge har økt de siste årene og ofte oppstår rus- og psykiske lidelser samtidig (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er viktig å ha fokus på at ROP-lidelser er en stor folkehelseutfordring og at man kan forvente økt forekomst av disse i fremtiden (Biong & Ytrehus, 2012). Ingen mennesker skal defineres som for lidende til å leve et verdig og meningsfylt liv (Karlsson & Borg, 2017). Videre kom kommunereformen (Moderniseringsdepartementet, 2015) som gir mer makt og myndighet til kommunene. Dette innebærer også økt ansvar for psykisk helsearbeid i kommunen, og dersom kommunen selv kan yte tilstrekkelig forsvarlig helsehjelp, bør ikke brukere henvises til spesialisthelsetjenesten.

Recovery er anbefalt som en tilnærming i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). For mennesker med psykisk helse- og rusproblemer handler Recovery om å komme seg, å hente seg inn igjen, gjenvinne helse og livskvalitet (Evjen et al., 2018). Recovery forutsetter brukermedvirkning og handler om å jakte på personens ressurser i seg selv, sammen med andre som venner, familie, kollegaer eller fagpersoner (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Tilnærmingen til brukeren er helhetlig, hverdagsnær og skal bidra til økt håp, identitet, mening i livet og personlig ansvar hos brukerne (Evjen et al., 2018; Slade, 2015).

Recovery som tilnæringsmåte i psykisk helsearbeid tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess (Karlsson & Borg, 2017). Empowerment (myndiggjøring), og gjenvinning av kontroll over sitt eget liv er sentrale elementer i Recovery. Tilnærmingen har fokus på sosiale prosesser, levekår og samfunnsforhold. Å utvikle ulike måter å håndtere problemer og sosiale konsekvenser av problemene på kan videre bidra til å hjelpe tjenestebrukere til å få troen på seg selv igjen, samt å oppnå de målene de selv ønsker (Helsedirektoratet, 2014).

Fagfeltet rus- og psykiske lidelser er relativt ungt og umodent, og det er behov for mer forskning og kompetanse på ROP-behandling blant helsepersonell i kommunehelsetjenesten (Gråwe, 2014). Videre hevdes det at det er behov for innovative tilnærminger til praksisutvikling og forskning som adresserer Recoveryorientert praksis rettet mot mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse (Brekke, Lien, Nysveen & Biong, 2018). Brukere har ofte sammensatte diagnoser, både rusproblematikk, somatiske og psykiske lidelser. Veldig mange har behov for bistand til å mestre utfordringene. Noen har forbigående utfordringer og andre har vært syke store deler av sitt liv. Med bakgrunn i dette tar studien utgangspunkt i psykisk helsearbeideres erfaringer med å støtte opp om Recoveryprosesser for personer med ROP-lidelse i det praktiske arbeidet i kommunen. Studien er rettet mot individnivå og møte mellom hjelper og bruker. I yrkesfeltet er det behov for kritisk refleksjon til egen praksis for å sikre kvalitet i helsetjenestene og fagutvikling på området. Å undersøke hvordan ansatte bruker Recoveryorientert praksis i arbeid til mennesker med ROP-lidelser og hvilke erfaringer de har kan bidra til å synliggjøre både positive og utfordrende sider i praksis.

### 1.3 Hensikt og mål

Hensikten med studien var å utforske ansatte i kommunal psykisk helse og rustjeneste sine erfaringer ved å arbeide Recoveryorientert sammen med personer med ROP-lidelse. Oppgaven vektlegger hvordan fagutøverne i kommunalt rus- og psykisk helsetjenester opplever å arbeide Recoveryorientert, samt hva som kan fremme og utfordre Recoveryorientert praksis til brukergruppen. Målet med studien er å øke bevissthet og kunnskap rundt hvordan fagutøvere i kommunale rus- og psykisk helsetjenester kan bidra til å tilrettelegge for at brukergruppen oppnår en hverdag preget av mestring, trygghet og livsglede.

### 1.4 Problemstilling

*Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid med Recoveryorientert praksis for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse?*

### 1.5 Litteratursøk

Litteratursøk er gjort med formål om å innhente eksisterende forskning om temaet. Det ble gjort søk i internasjonale databaser som Oria, PsycINFO, MEDLINE, Pubmed, Svemed og Cocrane med søkeordene *Co-occurring mental health, substance use disorders, staff perspective, community mental health services, recovery-oriented practice, recovery based practice, mental health, understanding recovery, meaning of recovery, professional practice* i ulike kombinasjoner på norsk og engelsk. Google Scholar ble også benyttet for å hente opp fagartikler funnet i referanselister. Søkeprosessen har blitt gjentatt flere ganger for å sikre oppdatert forskningslitteratur. Det er gjennomgått forskningslitteratur som både er direkte undersøkende og som er sammendrag av annen forskning. Ved første litteratursøk bisto bibliotekar ved NTNU bibliotek for medisin og helse. Begrepet kommunalt psykisk helsearbeid var utfordrende å bruke som søkeord da, det ble definert ulikt i ulike studier fra ulike land. Store mengder litteratur er lest og noe av utfordringen og lærdommen har vært å skille mellom relevant og irrelevant litteratur. Gjennom prosessen med å lese faglitteratur underveis i studien, fant jeg et bredere omfang av relevant litteratur.



## 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. Første kapittel består av en introduksjon og bakgrunn for oppgaven, samt en beskrivelse av hva jeg ville undersøke i studien. I kapittel to presenteres det teoretiske rammeverket, nasjonale føringer og tidligere forskning. Tredje kapitlet beskriver metodevalg og hvordan jeg har gjennomført studien, samt forskningsetiske vurderinger gjennom prosessen. I fjerde kapittel presenteres funnene i studien ut fra de ulike tema som ble arbeidet frem av den fenomenologiske og hermeneutiske dataanalysen. I femte kapittel diskuteres og drøftes de ulike funnene opp mot aktuell teori og forskning, og avsluttes med å diskutere metoden opp mot kriterier om gyldighet og overførbarhet. I kapittel seks beskrives konklusjonen av studien, inkludert implikasjoner for praksis og behovet for videre forskning.

## 2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

I dette kapitlet viser jeg til det teoretiske rammeverket som er blitt benyttet i oppgaven og tidligere forskning som er gjort på feltet. Teorien bistår med å forstå de empiriske funnene i større sammenheng. Den teoretiske referanserammen omfatter modeller, teorier, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner for å forstå meningen og strukturere egne tolkninger (Malterud, 2017). Teorien jeg presenterer er forankret i faget psykisk helsearbeid og er relevant for å forstå studiens funn.

Jeg vil først redegjøre for ROP-lidelser på generell basis. Videre vil jeg se på nærmere på Recovery i psykisk helsearbeid og hverdagsaktivitet som bidrar til at mennesker klarer seg på tross av utfordringer. Jeg vil avslutte kapitlet med å se nærmere på fagpersoners rolle som hverdagshjelpere i kommunalt psykiske helse- og rusarbeid.

### 2.1 Samtidig rus- og psykisk lidelse

Samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP) angår personer med alle kombinasjoner av alvorlige og mindre alvorlige psykiske lidelser og samtidig alvorlig og mindre alvorlig rusmiddellidelse (Almvik & Borge, 2014). Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet med tilrettelegging gjennom koordinerte utrednings- og behandlingsopplegg for begge lidelsene. Det finnes ulike forklaringsmodeller til at sammenhengen mellom rusmiddellidelser og psykiske lidelser er høy. Noen av de er blant annet; felles sårbarhetsfaktorer som øker risikoen for begge lidelsene, at psykisk lidelse er hovedårsaken til rusmiddellidelse og omvendt, samt at det kan være interaksjon mellom rusmiddellidelser og psykiske lidelser (Gråwe, 2014). Det er flere mennesker som aldri har blitt fanget opp i helsevesenet fordi den ene lidelsen har vært skjult bak den andre (Helsedirektoratet, 2012). Personer med ROP-lidelse hadde verken pasientrettigheter eller tilbud om helhetlig behandling kort tid tilbake i historien (Gråwe, 2016). Enten ble man behandlet innen rusfeltet eller innenfor psykisk helsevern, og de hadde gjerne en tendens til å skyve brukergruppen fra seg inntil den andre diagnosen var ferdig behandlet eller stabilisert (Almvik & Borge, 2014). Mange av personene blir avvist fra ønsket behandling og flere blir overlatt til seg selv uten tilbud som fungerer (Evjen et al., 2018).

ROP-lidelser kan medføre alvorlige konsekvenser som kan være negative for personen selv og også være en belastning for familie og venner. Problemene kan medføre helseskader og

sykdommer som gradvis forverres. Årsakene kan blant annet være dårlige levevilkår, dårlig økonomi, et ensidig nettverk i rusmiljøet, mangel på utdanning og arbeid, og mangel på bolig (Biong & Ytrehus, 2012). Det foreligger økt risiko for økonomiske vansker, ustabil bo- og arbeidssituasjon, sykehusinnleggelse, overdose og selvmord, samt økt risiko for forhold knyttet til aggresjon, vold og kriminalitet (Gråwe, 2014). Atferden som fremkommer av helseutfordringene kan være vanskelig å tåle eller forstå av fagpersoner. Kunnskap om dette vil kunne gjøre det lettere å anerkjenne mennesker med ROP-lidelse (Helsedirektoratet, 2012). De helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvensene er betydelige for de som rammes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011). Personer med ruslidelser opplever gjerne større utenforskap da det er mindre akseptert ut fra hva som verdsettes i samfunnet enn psykiske plager (Semb, Borg & Ness, 2016). Mennesker med ROP-lidelser blir gjerne fremstilt i media som «skitne med knekk i knærne eller sløret blikk» (Lossius, 2012, s. 28). Stigmatisering og mangel på støttende forhold har negativ effekt på vår psykiske helse. Stigmatisering fra andre og frykt for å bli stigmatisert kan føre til ekskludering og vanskeligheter med å etablere sosiale relasjoner. Videre kan dette føre til økt isolasjon, mangel på håp og mening, lav selvtillit, mangel på motivasjon og begrensede muligheter til å utvikle og opprettholde sosiale ferdigheter (Elstad & Johannsen, 2017).

Ved Recoveryorientert tilnærming skal mennesker aktivt medvirke i sin egen prosess og utforming av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2012). Fokus på ressurser, sosial støtte og brukervedvirkning sammen med stabil bolig, kan gi økt livskvalitet og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2012; 2014). Dette fordrer at fagpersoner møter personene med holdninger som fremmer en slik prosess, og tilrettelegger for samarbeid hvor personen er den viktigste aktøren og ekspert på eget liv (Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong & Karlsson, 2019).

Salzmann (2013) mener at det er tre viktige elementer for at mennesker med ROP-lidelse skal kunne oppleve bedring; en indre prosess, bidrag fra omgivelsene og deltagelse. Det å etablere en tro på at forandring er mulig, at det finnes andre alternativer for personen og å akseptere seg selv og den situasjonen man er i (Salzmann, 2013). «Det vanlige, normale livet» er gjerne det personer med ROP-lidelser ønsker seg, med vanlige omgivelser og gjøremål (Sælør, Ness & Semb, 2015). Det er gjerne vår egen oppfattelse av vår helse som har størst sammenheng med hvordan vi takler negative følelser knyttet til de symptomene som oppleves (Eide, Sibbern & Johannessen, 2011). Fremfor å fokusere på å bli kvitt alle symptomer vil denne oppfatningen av helse gi grunnlag for å bistå personer med psykiske helse og rusutfordringer

til å finne innhold til et meningsfylt liv (Borg & Karlsson, 2013). Det vises til at personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres (Helsedirektoratet, 2012). Støtte emosjonelt, terapeutisk, i forhold til opplæring og praktisk problemløsning blir opplevd som god oppfølging av personer med ROP-lidelse (Gonzalez & Andvig, 2015). Videre handler det om å være sammen med personene på en slik måte at det både styrker likeverd og er gjensidighet i relasjonene (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

## 2.2 Recovery som begrep i rus- og psykisk helsearbeid

Recovery er et vidt begrep som beskrives blant annet som en tilnærming, en modell, en filosofi, en visjon og en bevegelse. Innen bruker- og fagmiljøer har det vært økende interesse for recovery som kunnskapsområde (Borg et al., 2013). Studier om Recovery i psykisk helsearbeid, er et relativt nytt forskningsområde, og har sin opprinnelse i brukermiljøer. Recovery ble drevet frem av kritiske stemmer som argumenterte for at personer med alvorlige psykiske lidelser har rett til et liv som vanlige borgere og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient» (Evjen et al., 2018). Tidligere undersøkelser har vist at mange «kommer seg» til og med uten profesjonell hjelp. Det ble da økt nysgjerrighet på hvordan pasientene klarte å oppnå rusfrihet, og hva som kunne være vendepunkter i retning av bedringsprosesser på veien ut av sykdom (Evjen et al., 2018).

Begrepsforståelsen av Recovery har gjennomgått en utvikling. Ifølge Borg et al. (2013) er det tre ulike teoretiske definisjoner for Recovery som begrep; personlig prosess, sosial prosess og klinisk resultat. Personlig Recovery ble introdusert av personer med egne lidelsererfaringer (Hummelvoll, 2014), og bygger på egen kunnskap om hva som hjelper og bidrar til bedring (Karlsson & Borg, 2017). Det omhandler å utvikle en positiv identitet, en mer verdsatt sosial rolle og styrke evnen til å ta ansvar for eget liv (Davidson, Andres-Hyman, Tondora, Fry & Kirk, 2008). Ved personlig Recovery handler det nødvendigvis ikke om å bli frisk eller bli kvitt alle symptomer, men å skape et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik personen selv definerer det, på tross av symptomer eller begrensninger man kan ha (Borg & Karlsson, 2013). Mennesker med ROP-lidelser vektlegger at fokus på personlige behov og hjelp i tilpasset tempo for at behandlingen skal bli vellykket (De Ruyscher, Vandevælde, Vanderplasschen, De Maeyer & Vanheule, 2017). Det er da viktig å lytte til individet om hva de synes er viktig og hvilket liv de ønsker å leve.

Den sosiale prosessen handler om å bygge et bedre liv sammen med andre som venner, familie og/eller fagpersoner, og foregår i individets hverdagsliv og lokalmiljø (Borg & Davidson, 2008). I de ulike samarbeidsrelasjonene vektlegges personens ressurser for å styrke personens livskvalitet. Støttende og inkluderende miljøer er eksempler på elementer som fremmer Recovery i en sosial prosess (Ness et al., 2013).

Klinisk recovery har sine røtter fra fagfolk innen psykiatri og innebærer å bli kvitt symptomer, gjenvinne den sosiale funksjonen man hadde før sykdom og på andre måter «komme tilbake til det normale» (Slade, 2015). Det kan omtales som et resultat og/eller en tilstand som er observerbar og vurdert av en fagperson. Det er en tilstand som ikke varierer fra person til person (Borg & Topor, 2014). Klinisk recovery står i en tradisjonell forståelse av recovery gjennom medisiner og risikohåndtering (Le Boutillier et al., 2015). Det er fokus på symptomer og funksjonssvikt knyttet til lidelsen (Hummelvoll, 2014). Klinisk recovery måles gjennom symptomremisjon, økt sykdomsinnsikt, fravær av tilbakefall og mestring av daglige aktiviteter. Den profesjonelle har rollen som ekspert og former recoveryorientert praksis (Le Boutillier et al., 2015). En medisinsk forståelse av psykiske problemer er forankret i naturvitenskapelig og biomedisinsk paradigme. Denne forståelsen har hatt en dominerende posisjon innen psykiske helsetjenester over lang tid (Bøe & Thomassen, 2017). Recovery-forskning kan ses på som kritikk av individualisert problemforståelse og behandlingsregime som i liten grad tar hensyn til personens livssituasjon og kontekstuelle forhold som påvirker psykisk uhelse (Karlsson & Borg, 2017).

Recovery som faglig perspektiv i psykisk helsearbeid tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess (Helsedirektoratet, 2014). Recovery handler om å lete og finne sine egne ressurser, bygge håp om et bedre liv og styrke psykisk helse med troen på et meningsfullt liv. Dette handler ikke bare om personens reise, men inkluderer mennesker rundt som fagpersoner, kollegaer og familie. De sosiale betingelsene i Recoveryprosessen anses derfor som viktige (Borg et al., 2013). Norske psykisk helse- og rustjenester tar ofte utgangspunkt i et rammeverk hvor «CHIME» legges til grunn ved Recoveryorienterte tjenester. CHIME består av fem elementer som fremkommer med bakgrunn i studier av personers erfaringer om hva som var viktig i deres Recoveryprosess. «Connectedness (tilhørighet), Hope (håp), Identity (identitet), Meaning (mening) og Empowerment (egenkontroll/myndighet)» (Karlsson & Borg, 2017, s.101).

Kontekstuelle forhold i personens hverdagsliv, lokalmiljøet, levekår, samt offentlige tjenesters menneskelige og formelle omgivelser er sentrale for Recovery. Det er kjent at personer med psykiske helse- og rusproblemer er utsatt for stigmatisering og marginalisering i arbeidslivet, sosiale kontekster og i tjenestene (Biong & Borg, 2016). For å kunne støtte personen i sin Recoveryprosess og det å kunne leve et godt liv, er det viktig å rette fokus på de sammenhenger personen er en del av og hans eller hennes livssituasjon (Biong & Borg, 2016). Dette er forhold i hverdagen, på ulike arenaer, som et trygt sted å bo, meningsfulle aktiviteter og et godt sosialt nettverk. Recovery kan handle om å utvikle forskjellige måter å håndtere de ulike problemene en kan ha, i tillegg til de sosiale konsekvensene disse problemene kan medføre (Borg & Topor, 2014). Det kan også handle om å overkomme konsekvensene det kan ha å være, eller å ha vært, en «psykiatrisk pasient» eller «bruker», ekskludering fra ulike arenaer og miljøer, arbeidsledighet, dårlige boforhold og tap av sosiale roller (Davidson et al., 2005).

### 2.3 Recoveryorienterte praksiser

Slade (2015) beskriver at Recoveryprosesser er avhengig av støtte fra personer i omgivelsene, og at støtte kan komme fra alle betydningsfulle *andre* i brukerens nettverk og omgivelser. Han skriver videre at Recoveryorientert praksis er støtte fra fagpersoner. Som fagperson blir man en som følger brukerens Recovery-reise. I ryggsekken kan fagpersoner ha nyttige metoder og verktøy, men refleksjon over egne verdier, holdning og praksis anses som det viktigste, samt fagpersoners refleksjon over eget syn på brukerrollen og hjelperrollen. Holdninger er et bredt begrep og handler i denne sammenheng om arbeidet med rus- og psykiske lidelser hos fagutøvere i helsetjenesten. Når fagpersonene skal se brukerens ressurser og støtte dem på en slik måte at livskvaliteten bedres, medfører dette krav til at de møter brukergruppen med endrende holdninger og arbeidsmetoder (Andresen & Ness, 2015). Recoveryorientert praksis kan handle om å skape trygge «Recovery-rom» for brukeren til å utvikle seg i (Slade, 2015).

Karlsson og Borg (2017) skriver om to grunnleggende og ulike strategier for Recoveryorientering i psykisk helse- og rus tjenester. Det ene er miljøer som innfører mer avgrensede Recoverytilnærminger som tilbys sammen med andre behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Da er ikke endring av kunnskapsgrunnlaget, samarbeidsformer og tjenester nødvendigvis tema. Et tilbud som kan etableres er for eksempel Illness Management

and Recovery (IMR). Samtidig er det miljøer som ser nødvendigheten av et såkalt paradigmeskifte for å kunne snakke om Recoveryorienterte praksiser. Da jobber man mer med en omfattende endring av grunnlagstenkning, samarbeidsformer og aktiviteter. Dette innebærer støtte og innsatser på personlig nivå og på organisasjons- og samfunnsnivå (Karlsson & Borg, 2017). Å snu opp ned på enkelte tradisjonelle antakelser er kjernen i Recoverytilnærminger. I Recoveryorienterte praksiser blir fagpersoner og mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer likeverdige partnere med personens mål i sentrum (Slade, 2015).

I Recoveryorientert praksis blir fagpersonen mer som en personlig coach (veileder) for brukeren. Fagpersonens verdier, kompetanse og personlige veilederferdigheter blir derfor viktige for brukerne. Brukere anser at gode relasjoner baseres på respekt, åpenhet, tillit og ærlighet (Pettersen et al., 2019), og ser viktigheten i at fagutøvere genuint bryr seg om dem og evner å ha en nær relasjon (Borg & Topor, 2014; Lauveng, 2006). Målet med Recoveryorientert praksis er at brukerne er tilstrekkelig informert, og har ferdigheter, nettverk og støtte slik at de så langt de lar seg gjøre kan ta ansvar for eget liv (Slade, 2015).

Fagpersoner skal støtte opp om brukerens autonomi og valgmuligheter (Vibeto et al., 2019). Brukeren skal ha frihet til å ta valg som angår eget liv og fagutøvere skal i sin praksis gi rom for dette, og vise respekt for selvbestemmelse og mulighet til at brukerne tar kontroll over egen prosess. Når fagpersoner skaper rammer hvor brukeren kan velge, bli hørt og valgene blir tatt på alvor, bidrar det til å gi økt egenmakt og styrker brukerens rolle i eget liv. Dette krever midlertidig at fagpersonene må gi brukere mer helsefremmende kunnskap, som vil kunne gjøre dem i bedre stand til å redusere kjente risikofaktorer for sykdom og skade (Mæland, 2016). Det er også viktig at individet er motivert for endring samtidig som det skal det ligge til grunn at det er realistisk å forvente endring. Brukeren skal betraktes som eksperten, og fagutøverne må derfor lytte til brukernes opplevelser og mening. En må tenke muligheter fremfor begrensninger eller problemer (Askheim, 2015).

Det handler videre om å forsterke positive faktorer og samarbeide med dem du skal hjelpe. Å bygge opp under kraften i dem, bidra til håp, eller til at sosiale roller og identitet endres i positiv retning. Personens egen forståelse av livskvalitet og håpefulle faktorer er en viktigere basis enn den behandlingsmetode eller «kur» eventuelle behandlere måtte velge (Brekke, Lien & Biong, 2018). Tilsetting av ansatte med bruker- eller pårørendeerfaring er et anbefalt tiltak for å fremme en Recoveryorientert praksis som også styrker brukerperspektivet

(Helsedirektoratet, 2014). Videre er kulturendringer, Recovery-utdanninger og brukerstyrte tjenester, samt andre typer kartleggingsverktøy trukket frem som sentrale elementer for å gjøre tjenestene mer Recoveryorientert. Selv om det omtales som en personlig prosess, sosial prosess, og som et resultat eller klinisk recovery er det likevel gjennomgående felleskomponenter som å ha aksept for lidelsen, følelse av håp for fremtiden, og at man kan finne en ny identitet utenfor problemene (Borg et al., 2013). Recovery foregår i personens hverdagsliv og i lokalmiljøet. Målet er ikke nødvendigvis et liv uten psykisk lidelse, men å leve med den, med større grad av håp, egenkraftmobilisering, livskvalitet og velvære (Evjen et al., 2018).

## 2.4 Tidligere forskning på Recovery og ROP-lidelser

Ifølge Pedersen (2014) viser forskningen at på Recovery påvirker den profesjonelle yrkesrollen; fra ekspertrollen der man skal være den som vet best og gir råd fra egen kunnskap til en medvandrer som benytter fagkunnskap til å støtte opp den enkelte med å finne en vei mot et godt liv. Dette handler også om å likestille seg og vise ydmykhet for brukerens innsats og for alt vi som hjelpere ikke forstår. Fagpersonene trenger nødvendigvis ikke å ha svarene, men brukere verdsetter åpent undrende og positivt nysgjerrige hjelpere (Pedersen, 2014).

Egenskaper som å være engasjert og direkte, stille krav og ha forventninger, iverksette tiltak for å løse praktiske problemer, samt å ha tro på erfaringskompetansen til hver enkelt anses som sentralt (Brekke, Lien & Biong, 2018). Brukergruppen setter også pris på at fagpersoner er ressursfokuserende, samarbeidsvillige, fleksible og aksepterende (Biong & Soggiu, 2015), og relasjonsfaktorer som tillit er understreket for å oppnå recovery (Miller & Moyers, 2015). Det er behov for mer forskning på hvordan hjelpere og tjenester støtter eller hindrer Recovery for personer med ROP-lidelser og tjenestene bør organiseres slik at de tillater mer fleksibilitet og kontinuitet for å nå ut til brukergruppen (Brekke, Lien, Nysveen, et al., 2018).

Mennesker med ROP-lidelser står overfor stereotypier som setter dem i fare for å bli diskriminert (Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset & Westby, 2014). I psykiatrien har det vært fremstilt som et problem at brukerne ikke gjør det behandlere ber om eller er motvillige ved at de ikke følger opp medisinsk behandling eller stiller til avtaler (Pedersen, 2014). De anses som vanskelig å nå fram til og beholde i behandling og de foretrekker å spørre bekjente om



råd i stedet for profesjonelle hjelpere, da de tror at fagfolk ikke forstår hvilken livssituasjon de er i (Ness, Borg & Davidson, 2014). Recovery-forskningen viser blant annet til at mennesker med ROP-lidelse ikke forstår hensikten med rådene, at de opplever plager eller bivirkninger av medikamenter, eller at de føler seg krenket av hjelpere. Gruppen er utsatt for hjemløshet, fattigdom og arbeidsledighet, noe som også kan forverre symptomene og hindre Recovery (Brekke, Lien & Biong, 2018). Brukerne skal lære å mestre eget liv, finne nye mål og ny mening. Dette kan ikke behandlere gjøre for dem. De kan heller være brukerens assistent i prosessen, ikke sjefen (Pedersen, 2014). Selv om ROP-lidelser er forbundet med flere livsvansker, er det håp om Recovery på sikt (Drake et al., 2006).

Som nevnt tidligere har personer med psykiske lidelser beskrevet hva de mener er vesentlig for Recovery. Dette er blant annet rom for individuelle variasjoner og målsetninger, helhetlig tenkning, likemannsperspektiv, gjensidighet i relasjoner, respekt, ansvarlighet og mestring (Evjen et al., 2018). Det er videre omdiskutert hvorvidt Recoverytilnærming er like relevant for de som strever med ruslidelser og ROP-lidelser. Det vil oppstå dilemma knyttet til samarbeid, blant annet på grunn av personens symptomer og andre psykososiale belastninger (Vibeto et al., 2019). Mennesker med ROP-lidelser anser andre faktorer som vesentlige enn personer med «rene» psykiske helse-problemer. Faktorer som å lære å kjenne hva som trigger symptomene, å vektlegge håp, å lære hvordan smertefulle hendelser i fortiden påvirker nåtiden, å vektlegge like sterkt fokus på rus og det større bildet, å ta en dag av gangen med fokus på nåtid, å ha rutiner og aktivitet som avleder fra rus (Hipolito, Carpenter-Song & Whitley, 2011). Evnen til å iverksette tiltak for å løse praktiske problemer mens man anerkjenner folks kompetanse og ansvar for å hjelpe seg selv blir fremhevet som en av de viktigste Recoverystøttende holdninger (Brekke, Lien & Biong, 2018). Håp og kjærlighet, engasjement og forpliktelse, direkte ærlighet og forventninger og handling og mot blir også beskrevet som Recoverystøttende atferd og egenskaper ved hjelpere som brukere selv fremhever (Evjen et al., 2018). Videre anses det essensielt at tjenestene organiseres slik at de tillater fleksibilitet, tilgjengelighet og kontinuitet (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund & Norvoll, 2011; Biong & Soggiu, 2015; Brekke, Lien & Biong, 2018) og veiledning blant fagutøvere bør legge vekt på viktigheten av å oppnå tillit (Evjen et al., 2018).

Det er tydelig at Recoveryorientert praksis vektlegger personlige egenskaper hos fagpersoner. Pedersen (2014) mener kunnskap og gode holdninger er det viktigste, men at god veiledning, tid og rom for refleksjon over egen praksis og systematisk dialog med brukerne er viktig. Om

Recoveryorientert praksis kan gjennomføres er også avhengig av organisert og god ledelse som benytter seg av fagutøveres kunnskap og holdninger (Pedersen, 2014). Utvikling av Recoveryorienterte tjenester i praksis innebærer forankring og planlegging på ledernivå, at ansatte og ledere får nødvendig opplæring og trening i Recoveryorientert tilnærming. Øvelser vil kunne gi kunnskap for å enes om en praksis, bidra med å redusere frustrasjoner gjennom økt grad av rolleklarhet og ansatte kan få økt forståelse av prinsipper, verdier og holdninger til å utvikle ferdighetene i praksis (Walsh, Meskell, Burke & Dowling, 2017).

For å støtte personer med ROP-lidelse til å kunne oppleve meningsfulle liv bør man ifølge Vibeto et al. (2019) ha tålmodighet og å gripe inn i de daglige situasjonene som fagperson er i sammen med brukere. Det kan handle om å skape muligheter for andre roller enn «problemroller» og for økt deltakelse i aktiviteter og sosiale felleskap. For mennesker med ROP-lidelser kan det handle om å oppleve trygghet og ro i bosituasjonen, og trygghet i relasjoner (Vibeto et al., 2019). Gjennom undervisning og veiledning i praksis vil slike holdninger og egenskaper kunne utvikles og styrkes (Pedersen, 2014).

## 2.5 Recovery og hverdagsaktiviteter

I personsentrerte tjenester er det anbefalt med aktivitetsbaserte og samarbeidsorienterte tjenester når en støtter Recovery (Davidson et al., 2017; Reed, Josephsson & Alsaker, 2020). For personer med ROP-lidelser er hverdagslivet og sosiale forhold vesentlige for å komme seg (Borg, 2007). Mange mener at den kanskje viktigste delen av Recovery foregår i hverdagen, gjennom den innsatsen personen gjør med å få til et meningsfullt liv – sammen med andre og alene (Karlsson & Borg, 2017). Utfordringene har innvirkning på hverdagslivet som videre kan påvirke både arbeid, økonomi og fritidsaktiviteter til personen det gjelder og familier (Borg et al., 2013). Recoveryperspektiv er relevant i den sammenheng da det har fokus på å trekke frem faktorer personer med ROP-lidelser selv erfarer og som bidrar til bedring, mening og et verdig liv. Deltakelse i hverdagslige aktiviteter kan flytte oppmerksomheten fra en krevende tilværelse til en positiv her- og- nå opplevelse.

Samvær og praktisk tilnærming på brukerens hverdagsaktiviteter beskrives som viktige bidrag i bedringsprosessen (Almvik et al., 2011). For mange kan det å håndtere hverdagen og hverdagsaktivitetene være utfordrende. Våre hverdagsliv lever vi individuelt, sammen med andre og i takt med samfunnet rundt oss (Gullestad, 1989). Hverdagslige aktiviteter kan for

mange oppleves som så vanlige at vi ikke anser dem som viktige og betydningsfulle. Samtidig gir de oss mening og er viktige for at hverdagen skal fungere (Tuntland, 2011). Fokus på hverdagslivet og hverdagsaktiviteter er viktig for å opprettholde og bedre vår subjektive opplevelse av mentalt, fysisk og sosialt velbefinnende. Betydningen av hverdagsaktiviteter blir synligere når det stopper opp og vi ikke lenger er i stand til å utføre disse på samme måte som tidligere (Tuntland, 2011). Fankl (1959) vektlegger mening i hverdagen og menneskets ansvarlighet i livet. Det er sentralt å finne hva som gir mening for den enkelte, og benytte dette som drivkraft og motivasjon til å ta ansvar for hverdagsliv med mening (Skaiå, 2003). Borg (2009) skriver at hverdagslivet gir oss erfaringen vi bringer med oss videre, hva som er viktig og gir mening for oss. Hvis man ser dette i forhold til personer med ROP-lidelser kan man tenke seg at det foreligger et stort spenn mellom hverdagen i et rusmiljø og den hverdagen man skal tilpasse seg som rusfri (Fekjær, 2016).

Vi har behov for å være en del av et felleskap og å bli verdsatt (Borg & Karlsson, 2013). Alt fra å stå opp, spise, dra ut til skole/jobb/utdanning/annen aktivitet, handle, møte andre eller ha sosiale relasjoner er hverdagslige aktiviteter. For mennesker som ikke mestrer dette på egenhånd trengs tilrettelegging for deltakelse. Betydningen av at brukere får hjelp til å delta aktivt i eget hverdagsliv støttes av empirien (Ulfseth, Josephsson & Alsaker, 2015). Brukerne beskriver at nettopp det å komme seg, handler om trivialiteter og selvfølgeligheter de opplever i deres hverdag (Borg, 2009). Det å føle seg normal er også et viktig aspekt (Ness et al., 2014).

## 2.6 Fagpersoner som hverdagshjelpere

Hvordan fagutøvere i tjenestene forstår Recoveryorientert praksis påvirkes av organisatoriske prioriteringer, som også påvirker hvordan de arbeider etter prinsippene og evaluerer arbeidet de gjør. En utfordring i kommunale rus- og psykiske helsetjenester er at de skal gjøre tjenestene mer personorientert, samtidig som de møter krav relatert til New Public Management. De blir med det trukket i retning av standardiserte retningslinjer som bygger på evidensbasert praksis med effektivitet og målstyring (Borg, 2009). De organisatoriske rammene for å gi en fleksibel tilnærming viser at deres praksis er rammet av strukturelle forhold, som hvilke tidspunkt de er tilgjengelige for apparatet rundt og hvilke tidspunkt fagpersonalet kan bistå brukere (Biong & Soggiu, 2015).

Det stilles krav og forventninger til fagutøverne i tjenestene for at Recovery skal kunne utvikles i praksis. De må strekke seg langt for å imøtekomme brukernes reelle behov i deres hverdagsliv og i enkelte tilfeller være nødt til å gå på tvers av de systemkravene som stilles (Karlsson & Borg, 2017). De kan derfor bli stilt overfor flere dilemma i forhold til hva som er deres ansvarsområder (Ramsdal, 2018). En kan stille spørsmål om hvordan de faktiske utfordringene systemet står ovenfor kommer frem ved en slik praksis. Ramsdal (2018) påpeker at fagutøvere oppfordres til å ta ansvar når systemene svikter, de skal levere tjenester som er best egnet til hver enkelt bruker, samtidig som de også noen ganger må stå i opposisjon til rammebetingelser. Davidson et al. (2008) skriver at mennesker med ROP-lidelser blir oppfattet som en brukergruppe som er umotiverte, utfordrende å hjelpe og at de tilpasser seg tjenestene i liten grad. Dette har også preget hvordan brukerne har blitt møtt (Davidson et al., 2008). Å arbeide med mennesker med ROP-lidelser kan innebære en krevende arbeidshverdag, da denne gruppen ofte beskrives som komplekse og tidskrevende å arbeide med. Arbeidshverdagen kan være preget av stor arbeidsbelastning, være psykisk utmattende, og med motstridende forventninger og krav (Ramsdal, 2018). I arbeid med brukergruppen presiseres behovet for stor og bred kunnskap, kompetanse, spesielle ferdigheter og stort engasjement hos fagpersoner (Helsedirektoratet, 2012). Det krever videre lydhørhet, fleksibilitet, tverrfaglig innsats mellom ulike tjenestenivåer, samt evne og vilje til å forstå menneskets levde erfaringer (Biong & Svensson, 2009).

I rus- og psykisk helsearbeid er fagpersonene sentrale som hverdagshjelpere. Å arbeide tett på brukere med ROP-lidelser kan føre til en arbeidshverdag som er psykisk utmattende og noen ganger demotiverende. Det vises videre til de sammensatte arbeidsoppgavene kan resultere i avmaktsfølelse og utbrenthet (Ramsdal, 2018). Ansatte i psykisk helsetjenester skårer høyere på utbrenthet i form av følelsesmessig utmattelse og depersonalisering enn gjennomsnittet blant yrkesaktive (O'Connor, Muller Neff & Pitman, 2018). En kan videre oppleve redusert mestringsfølelse og en følelse av håpløshet (Andresen & Ness, 2015). Fagutøvere som arbeider i kommunale psykisk helse- og rustjenester kan være mer utsatt enn de som arbeider i spesialisthelsetjenesten (O'Connor et al., 2018). Kollega-støtte og veiledning blir sett på som viktige faktorer for å forebygge utbrenthet (O'Connor et al., 2018). Mennesker med ROP-lidelser har beskrevet at de kan oppleve å bli møtt som en utfordring, og ikke et menneske som har lidelser som videre gir sammensatte utfordringer (Davidson et al., 2008). For fagpersoner kan det være demotiverende å bli møtt med slike holdninger fra mennesker med ROP-lidelser, men det kan også være hemmende i brukerens egen Recoveryprosess.

## 4.7 Oppsummering

Kort oppsummert beskrives Recovery som å leve et liv på en måte som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av de begrensningene som rus- og psykiske utfordringer representerer. Det handler om å finne ny mening og nye mål for livet og muligheter til å vokse og utvikle seg (Johnson & Wilhelmsen, 2018). Recoveryorientert arbeid handler om samarbeid om personens Recovery (Karlsson & Borg, 2018). Fagpersoner kan fremme Recovery, med å tilrettelegge for aktivitet og deltakelse, samt å fremme håp om mestring og bedring. Det vises til at fagpersoner må ha en helhetlig tilnærming hvor man opptrer anerkjennende, myndiggjørende og unngår holdninger som bidrar til objektivering av individet. Ingen skal defineres som for «syk» eller «ruset» til å kunne leve selvstendig, verdig og meningsfulle liv i samfunnet (Karlsson & Borg, 2018). Med bakgrunn i teorien som er beskrevet er det interessant å se hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere i kommunen har med fenomenet i møte med mennesker med ROP-lidelse.

### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de metodologiske valgene som er tatt underveis i forskningsprosessen. Jeg vil vise hvordan forskningsspørsmålet har dannet grunnlag for å velge kvalitativ tilnærming med inspirasjon fra fenomenologi og hermeneutikk. Videre vil jeg beskrive utvalg og rekruttering, samt redegjøre for valg av intervju som innsamlingsmetode før jeg går over til å beskrive gjennomføringen av datainnsamling og transkribering. Mot slutten av dette kapittelet vil jeg gjøre rede for mine forskningsetiske vurderinger.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Studien tar utgangspunkt i Recoveryorientert praksis som fenomen. Jeg har studert ulike aspekter og komponenter fenomenet har fra et førstepersonsperspektiv, og undersøkt informantenes opplevelser av hva dette innebærer i arbeid med mennesker med ROP-lidelse. Psykisk helsearbeid er forankret i en humanvitenskapelig kunnskapstradisjon med vekt på fenomenologi, hermeneutikk og eksistensialisme (Borg & Karlsson, 2013). Mennesket betraktes som et subjekt, en unik person, fritt ansvarlig for egne valg og handlinger. I psykisk helsearbeid er man ikke så opptatt av å forklare årsaker til menneskelige handlinger og opplevelser, men heller å forstå personens subjektive erfaringer (Hummelvoll, 2014).

Det humanistiske menneskesynet er forankret i den fenomenologiske hermeneutiske metode ved at mennesket betraktes som autonomt og i stand til å fortolke og reflektere rundt seg selv og sin kunnskap (Malterud, 2017). Fenomenologien har sin opprinnelse fra rundt 1800-tallet og skal ha blitt grunnlagt som filosofisk retning av Edmund Husserl (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale (1996) beskriver fenomenologi som et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener fra informantenes opplevelser og erfaringer, i lojalitet til deres historie (Malterud, 2017). Hermeneutikk kan beskrives som «læren om fortolkning av tekster» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73), og legger spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017).

Studien vil sette psykisk helsearbeidere sine subjektive erfaringer med hva det innebærer å arbeide Recoveryorientert overfor mennesker med ROP-lidelser i fokus. Dette innebærer å søke å forstå informantenes fortolkninger og beskrivelser av sine praktiske erfaringer med hva dette kan innebære i deres arbeidshverdag. Karlsson og Borg (2017) hevder at Recovery ikke bare er et observerbart fenomen da det representerer sosiale og personlige prosesser som

gjærne foregår over lang tid. Uten noen form for forkunnskap kan det være vanskelig å forstå og oppdage fenomener som en del av menneskets bedringsprosess. Resultatet av analyseprosessen vil være min fortolkning av informantenes kunnskap.

### 3.2 Kvalitativ metode

Studiens problemstilling er rettet mot hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med Recoveryorientert praksis for mennesker med ROP-lidelser. Da jeg spør etter psykiske helsearbeideres subjektive forståelse og erfaringer var kvalitativ metode nærliggende å velge. Målet med kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for informantene selv innenfor sin naturlige sammenheng. Metoden egner seg godt når jeg ønsker å vite mer om informantenes erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017). Ved kvalitative studier ønsker man ikke å generalisere, men få mye informasjon fra et lite antall enheter (Jacobsen, 2015). Bøe og Thomassen (2017) poengterer at det er viktig å forske på fagfeltet psykisk helsearbeid med kvalitative metoder for å skape ny kunnskap som forener forskningens systematikk med menneskers erfaringer og opplevelser. I denne studien har jeg samlet inn data så åpent som mulig og lagt minst mulig føringer på det studien undersøker. Dette er ifølge teorien en induktiv tilnærming (Malterud, 2017).

Hensikten med studien er å bidra med kunnskap som kan belyse noe av kompleksiteten med å arbeide Recoveryorientert for denne målgruppen, og at dette samtidig skal kunne være et bidrag i den videre kvalitetsforbedringen av hjelpetilbudet overfor mennesker med ROP-lidelser innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

### 3.3 Utvalg, inklusjon og rekruttering

Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2017). Med bakgrunn i ønsket om at informantene skulle ha erfaring med å arbeide Recoveryorientert med mennesker med ROP-lidelser var det mest aktuelt med et strategisk utvalg i denne studien. Dette innebærer at man først tenker gjennom hvilken målgruppe en ønsker for å samle inn nødvendig data og deretter velger ut personer fra målgruppen som kan delta i undersøkelsen (Malterud, 2017). For å sikre bredde i utvalget valgte jeg informanter fra ulike avdelinger i kommunale psykisk helse- og rustjenester, med ROP-lidelser og Recoveryorientert praksis som fellesnevner. Jeg

hadde satt ulike inklusjonskriterier som at de skulle ha minst 3 år med høyere helse- eller sosialfaglig utdanning. Dette kunne for eksempel være sykepleier, vernepleier, sosionom, ergoterapeut eller barnevernspedagog.

Jeg kontaktet ledere for avdelinger i psykisk helsetjeneste og rus i 11 ulike kommuner i Trøndelag og Møre og Romsdal. I en epost informerte jeg kort om innholdet og målet med studien og forespurte om de var villige til å støtte prosjektet. Flere av lederne ga meg tilbakemelding om at de har tenkt på å implementere Recovery. Flere skrev at de i utgangspunktet har lyst til å satse mer på dette og at de per i dag jobber etter lik tankegang og benytter seg av flere elementer i Recoveryorientert praksis. Det som også var felles for lederne fra disse kommunene var at de ikke følte de hadde implementert tankesettet «etter boka», eller rent systematisk. Noen var også usikre på om de kom til å gjøre det. Det var også noen som jobbet rent systematisk med Recovery knyttet til psykiske lidelser, men ikke til mennesker med ROP-lidelser.

Lederne i organisasjonen tok ansvar for å spørre ansatte om deltakelse og det var også de som videresendte informasjonsskriv (*vedlegg 2*) og samtykkeerklæringen (*vedlegg 3*) til sine ansatte for å ivareta det formelle etiske kravet om frivillig og informert deltakelse. I tillegg ba jeg informantene om å fylle ut tilleggsinformasjon på frivillig basis med opplysninger om profesjonsbakgrunn, antall år med arbeidserfaring og aldersgruppe (*vedlegg 4*). Dette var noe alle informantene gjorde.

Det endelige utvalget besto av seks fagutøvere. Tre kvinner og tre menn, i alderen mellom 25-50 år, som representerer fire ulike kommuner. Utvalget består av en tverrfaglig gruppe av informanter; vernepleiere, sykepleier, ergoterapeut og en helsefagarbeider. Fem av informantene hadde i tillegg videreutdanning på ulike områder relatert til helsefaglig arbeid og alle hadde mer enn fem år med arbeidserfaring i psykisk helse- og rusarbeid. Flere av informantene hadde opptil 20 år med erfaring. På tross av inklusjonskriteriene valgte jeg å inkludere informanten som var helsefagarbeider da informanten hadde mange år med arbeidserfaring fra psykisk helse- og rusarbeid, noe som jeg vurderte ville kunne berike studien. Det å benytte en tverrfaglig gruppe har gitt flere mulige perspektiver og mer variert mangfold i erfaringer og opplevelser.



## 3.5 Datainnsamling

### 3.5.1 Semistrukturerte individuelle intervju

Datainnsamling ble gjennomført ved bruk av semistrukturerte individuelle intervju med bakgrunn i en intervjuguide (*vedlegg 5*) som inneholdt sentrale tema og spørsmål knyttet til problemstillingen. Semistrukturerte intervju ligger nært opp til en samtale, men følger en intervjuguide slik at alle intervjuene gjennomgår samme temaene (Malterud, 2017). Intervjuguiden bidro med å holde meg til tema og påminne meg om hvilke spørsmål som kunne være aktuelle å stille, samt temaer som kunne være aktuelle for mer informasjon (Malterud, 2017). I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et pilotintervju med en tidligere kollega for å teste hvordan temaguiden fungerte i praksis. Dette intervjuet inngår ikke i datagrunnlaget. Jeg valgte likevel å redigere guiden etter de to første intervjuene, da noen av temaene ble for like, og informantene måtte gjenta seg. Alle informantene fikk de samme overordnede spørsmålene uavhengig av endringen i guiden. Intervjuene ble tatt opp på lydfil.

Jeg fikk avtalt og gjennomført intervju med seks informanter i perioden oktober-november 2019. Intervjuene hadde en varighet på 50-75 min, hvor jeg noterte stikkord og notater underveis. Jeg hadde i forkant av intervjuene formidlet at informantene kunne velge hvor de ville bli intervjuet, samt finne et tidspunkt som passet for dem. Alle informantene ønsket at jeg kom til deres avdeling, hvor de hadde satt av kontorer slik at vi kunne være uforstyrret. Under det ene intervjuet ble det flere forstyrrelser da andre ansatte kom inn jevnlig for å se om rommet var ledig. Jeg opplevde likevel at informanten mestret å holde fokuset i fortellingen sin uten at det var nødvendig å stille spørsmålet på nytt. Jeg var også bevisst på dette i forkant av intervjuene, da situasjonen eller rammen rundt et intervju har mye å si for hvordan intervjuet blir (Malterud, 2017). For å bidra til en mer avslappet og normalisert stemning ble det drukket kaffe under alle intervjuene. I etterkant av intervjuene skrev jeg logg om hvordan jeg opplevde intervjusituasjonen, samt aktuelle oppfølgingsspørsmål og ideer til neste intervju.

Retten før intervjuene startet jeg med en innføring i hva studien handlet om og hva vi skulle snakke om. Selve intervjuene startet med oppvarmingsspørsmål, som var enkle og korte spørsmål. Tjora (2012) skriver at dette kan bidra med å skape trygghet i intervjusituasjonen. Deretter benyttet jeg spørsmål fra intervjuguiden og oppfølgingsspørsmål underveis slik at informantene kunne gå i dybden av svarene sine. Avslutningsvis hadde jeg et

avrundingsspørsmål som skulle bistå til å normalisere situasjonen mellom meg og informantene. Her gjentok jeg informasjon om anonymisering og forklarte forskningsprosessen videre. Til slutt takket jeg for deltakelsen. Det ble også gitt ut en liten pose med sjokolade når intervjuene var ferdig, noe som ble positivt mottatt.

### 3.5.2 Transkribering

Transkriberingen gjorde jeg selv, først og fremst for å bli godt kjent med datamaterialet. Jeg lyttet til lydopptakene før transkribering og transkriberte teksten ord for ord til bokmål. Dette var viktig for å anonymisere informantene, da dialekt kan bidra til identifikasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig kan det også ha ført til at noe av styrken i uttrykket til informantene ble redusert. Opptakene ble lyttet til flere ganger for å sikre nærhet, opprinnelig ordlyd og for å unngå feil i datamaterialet. For å ha muligheten til å korrigere eventuelle spørsmål, transkriberte jeg hvert enkelt intervju etter gjennomføringen. Dette gjorde meg mer bevisst rundt intervjusituasjonen.

Jeg valgte også å transkribere teksten til en mer skriftlig form, da det tydeliggjorde det som informantene formidlet i intervjuene (Malterud, 2017). Ved hjelp av lydopptakene fikk jeg med meg alt informantene fortalte. Lydopptakene vil slettes når selve studien er avsluttet og masteroppgaven er godkjent. Navn og steder som ble nevnt under intervjuene ble ikke tatt med i transkriberingen for å beholde anonymiteten. Transkribert tekst ble lagret på personlig passord beskyttet PC som ikke er tilkoblet internett, og en minnepinne for sikker lagring.

### 3.6 Analyse

I analysearbeidet benyttet jeg systematisk tekstkondensering (STC), som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017). Forfatteren henviser til Giorgi som beskriver at formålet med metoden er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Data i denne studien er identifisert ved å utvikle funnkategorier som er basert på datamaterialet, ikke min forforståelse eller teori. Jeg har som nevnt tidligere valgt å være tydelig på min forforståelse og utdanning, siden analysen kan påvirkes av mitt faglig ståsted (Malterud, 2017). Malterud (2017) hevder videre at det ikke er oppnåelig at vi klarer å legge vår egen forforståelse fullstendig bort og det er derfor viktig å ha åpenhet om forskningsprosessen. Ved valg av metode har jeg reflektert over interesseområder og grunnsyn slik at jeg skal kunne gjenfortelle

informantenes beskrivelser, noe som er avgjørende for at den vitenskapelige kunnskapen skal bli god (Malterud, 2017).

Metoden har en firetrinns modell for analyse som består av helhetsinntrykk, meningsbærende enheter (fra temaer til koder), kondensering (fra kode til mening) og sammenfatning (fra kondensering til beskrivelser). Fremgangsmåten er systematisk og har retningslinjer for beskrivelsene som skal utarbeides (Malterud, 2017). Jeg vil nå belyse prosessen gjennom de fire trinnene.

### 3.6.1 Danne et helhetsinntrykk

I første del av analysen er målet å få et helhetsinntrykk og bli godt kjent med datamaterialet gjennom å arbeide med materialet ut fra et fugleperspektiv (Malterud, 2017). Dette var også viktig for å sette min forforståelse og teoretisk forankring til side. Når jeg hadde lest hele datamaterialet oppsummerte jeg inntrykkene av dataene og utarbeidet foreløpige temaer som en kan skimte i teksten og som kan belyse problemstillingen. Jeg hadde allerede gjennomført alle intervjuene når jeg satte foreløpige temaer, til tross for at Malterud (2017) anbefaler å gjennomføre en foreløpig analyse når man har gjennomført halvparten av intervjuene. Dette ble utfordrende da intervjuene ble gjennomført tett på hverandre. Jeg leste derfor transkribert datamaterialet flere ganger for å få et godt overblikk. Dette var en utfordrende og tidskrevende prosess, og det var vanskelig å skille mellom overblikk og detaljert materialet.

I tråd med Malterud (2017) brukte jeg god tid på dette arbeidet, for å motstå fristelsen for å systematisere mens jeg leste gjennom datamaterialet. Forfatteren anbefaler videre å begrense antall temaer i dette trinnet til mellom 4-8. Jeg endte derimot med over 16 temaer. Etter å ha lest transkribert data ytterligere så jeg at mange av temaene gikk inn i hverandre, samt at flere av temaene omhandlet nok det samme, men ble uttrykt på forskjellige måter. Jeg endte med 8 foreløpige temaer jeg mente kunne belyse problemstillingen min;

*Recovery som faglig plattform, bruker i fokus, relasjonens betydning, organisering av tjenestene, refleksjon, samarbeid med andre aktører, holdninger og utfordringer.*

### 3.6.2 Meningsbærende enheter

I andre trinn skal meningsbærende enheter identifiseres (Malterud, 2017). I tråd med Malterud (2017) gikk jeg systematisk gjennom den transkriberte teksten, linje for linje, og identifiserte deler av teksten som er relevant for å belyse problemstillingen (dvs. de meningsbærende enhetene). Andre trinnet i analyseprosessen var en omfattende og en krevende prosess som bidro til en nyttig organisering av materialets ulike sider. Jeg startet med å sortere teksten slik at de meningsbærende enhetene stod i sammenheng med de foreløpige temaene.

Systematiseringen og merkingen av de meningsbærende enhetene kalles koding (Malterud, 2017). Videre kodet jeg enhetene med å gi de en «merkelapp», for å samle tekst som hengte sammen. Malterud (2017) kaller dette en dekontekstualisering og anbefaler at forskeren er svært fleksibel i kodingsprosessen. Dette gjorde jeg ved å kopiere de meningsbærende enhetene ut av teksten og plasserte de under tilhørende tema i et nytt dokument. Jeg markerte også de ulike meningsbærende enhetene med ulike farger slik at jeg lett skulle finne tilbake i transkriptene. Jeg beholdt fullstendig og uredigert versjon av transkriptene på eget dokument med tanke på senere rekontekstualisering. Det var også viktig at jeg hadde fokus på problemstillingen i prosessen med å dekontekstualisere. Ved en grundigere gjennomgang av datamaterialet fant jeg at flere av temaene hørte sammen. Temaene som dannet grunnlag for videre kodegrupper ble; *Recovery som faglig plattform, organisering av tjenestene, utfordringer*.

### 3.6.3 Kondensering

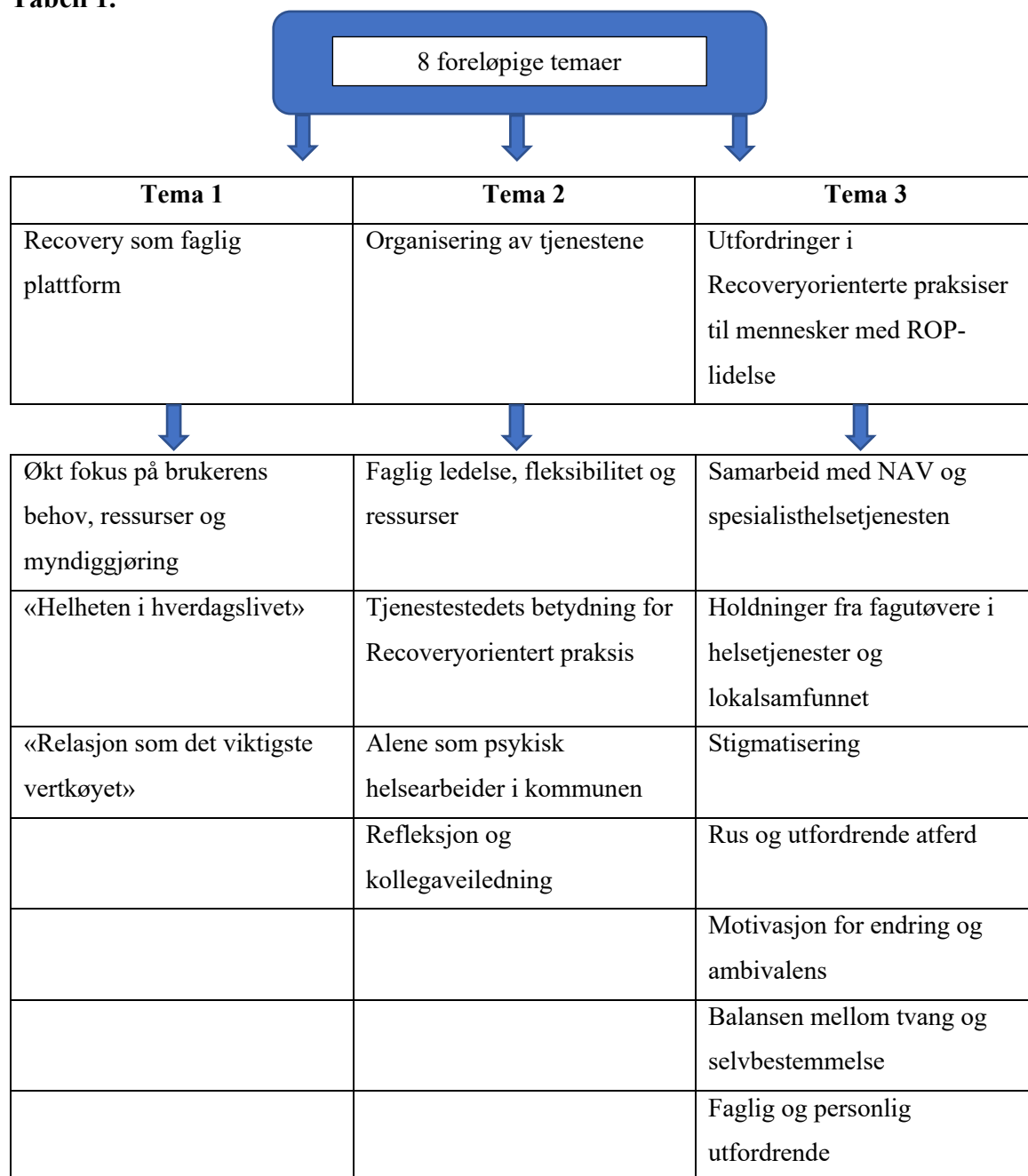
I analysens tredje trinn abstraheres kunnskap som har blitt etablert i andre trinn. Dette gjøres ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Data var nå redusert til et dekontekstualisert utvalg av de sorterte meningsbærende enhetene. Disse beskrev kunnskap om informantenes erfaringer. Jeg tok for meg en kodegruppe om gangen. Jeg leste datamaterialet på nytt og startet videre sortering til subgrupper. Her skal en ta stilling til hvilke hovedaspekter i kodegruppen data best mulig kan fortelle om (Malterud, 2017). Subgruppene ble videre analyseenheter og jeg startet med å lage kondensat; en tekst med meningsbærende enheter som fikk frem informantenes ulike stemmer. Jeg valgte sitater da jeg tenkte dette illustrerte innholdet i kondensatet godt. I tråd med Malterud (2017) tolket jeg teksten ut fra faglig perspektiv og ståsted i kondenseringsprosessen. For meg handlet dette om mitt faglige ståsted og erfaringer som vernepleier i jobbsammenheng og mine holdninger til mennesker med ROP-lidelser. Dette var en prosess med flere vurderinger frem og tilbake,

hvor det også ble enda tydeligere at flere koder kunne slås sammen. Noen av kodene fikk nye navn som representerte innholdet ytterligere.

#### 3.6.4 Sammenfatning

I fjerde analysetrinn skal man sette sammen bitene igjen, som Malterud (2017) kaller en rekonstekstualisering. Jeg sammenfattet det jeg hadde funnet i form av fortolkede synteser som er beskrevet i tredjepersonsform, for å gjenfortelle på vegne av informantene slik at det blir ny kunnskap som kan deles med andre (Malterud, 2017). Jeg valgte å skrive en analytisk tekst ut fra kondensatene, som jeg illustrer med et sitat. Videre ble det gjort en vurdering på hvorvidt resultatene fortsatt ga en gyldig beskrivelse av sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra. Til slutt ga jeg endelige navn til resultatkategoriene før jeg vurderte funnene mot empiri og teori. Malterud's firetrinnsanalyse fungerte som et godt verktøy for å bearbeide datamaterialet. De endelige temaene og subgruppene presenteres i «*tabell 1*» på neste side med figurer. Tabellen er laget av meg selv.

**Tabell 1.**



### 3.8 Forskningsetiske vurderinger

«Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker, og normer og verdier som viktige elementer av kunnskapen som utvikles» (Malterud, 2017, s. 211). Før studien ble igangsatt søkte jeg og fikk godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD (*vedlegg 1*)). Data i studien er blitt behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjene fra NSD og NTNU. Det innebærer blant annet at jeg som forsker har taushetsplikt på innsamlede opplysninger.

Informantene som ønsket å være med i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv og har underskrevet informert samtykke. I informasjonsskrivet inngikk informasjon om mulige fordeler, risiko, formål og hovedtrekk i studien, samt informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Informasjonen innebar også opplysninger om hvem som skulle ha tilgang til lydopptak, transkribert tekst og informasjon om hvordan dataene skulle anvendes og publiseres. Skjemaene ble gjennomgått og signert før intervjuene startet. Det har vært viktig at hver og en skal ha følt seg trygg på at personvern og anonymitet er ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse. Verken navn, alder, kjønn og sted er gjenkjennbart i beskrivelsene. For å sikre dette ble identifiserende opplysninger anonymisert ved transkribering og jeg har valgt å kalle hver enkelt fagutøver for «informant». Innholdet i sitatene skal ikke ha endret på meningsinnholdet i teksten. Thagaard (2013) hevder at hvis personer kan gjenkjennes ved bruk av dialekt eller uttrykk, vil ordrette sitat gå mot prinsippet om anonymitet. Da jeg har intervjuet informanter som representerer samme nettverk kan dette være en utfordring. For å unngå at informantene gjenkjenner hverandre har jeg også vært bevisst på hvordan sitatene fremstilles i studien, samt valgt å skrive sitatene på bokmål.

### 3.9 Forskerrollen

Dette er mitt første forskningsprosjekt, og jeg stiller meg ydmyk til å innta en rolle som forsker på eget fagområde. Et viktig aspekt ved min forskerrolle er min nærhet til praksisfeltet, da jeg arbeider i en lignende organisasjon som den jeg har studert. Dette var også med på å forme det jeg ville finne ut av i forskningen. Jeg har måttet jobbet med meg selv og være bevisst på egen forforståelse og forskerrolle gjennom hele prosessen.

Min rolle kan være en styrke og en ulempe. Det kan ha vært en styrke da jeg til daglig jobber i kommunal psykisk helse- og rustjeneste og har oppfølgingsansvar til mennesker med ROP-lidelser. Dette kan bidratt til en bredere forståelse av det informantene forteller om i intervjuene. Samtidig kan bakgrunnen ha blitt for lik, noe som kan føre til at det fremkommer lite nytt i intervjuet og mindre kritisk tenking. Jacobsen (2015) hevder at det kan være lett å innta en forutinntatt holdning til hvordan ting faktisk er og at en kan registrere det man forventer å se. Jeg kan dermed ha oversett noe av betydningen, fordi det fremstår som selvsagt, mens en mer utenforstående intervjuer kunne ha fanget dette opp.

Jeg har vært bevisst på at det foreligger en fare for at jeg inntar en rolle som part i saken da jeg gjerne har erfaringer og meninger om temaet selv. For å etterstrebe at min forforståelse ikke skal ha vært styrende i prosessen har jeg sett det nødvendig å «ta pauser» under studiet for å gjøre nødvendige refleksjoner. Dette kan ha ført til at jeg har vært bedre i stand til å lytte til informantenes erfaringer med åpent sinn. En annen ulempe jeg var forberedt på er at felles erfaring- og kunnskapsbakgrunn kunne medføre at jeg fikk problemer med å stille spørsmål som synes å være selvsagte innenfor kulturen i organisasjonen. Dette kan ha ført til at jeg har oversett nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer. På en annen side kan dette ha gjort det enklere for meg å forstå faguttrykk, systemet og rammene det arbeides under.

Under intervjuene har jeg vært opptatt av å etablere en god og tillitsfull atmosfære. I forhold til det Jacobsen (2015) skriver om at forskerens hovedoppgave er å lytte og ikke stadig stille spørsmål, ser jeg i etterkant at jeg kunne ha gitt informantene litt mer tid til å utdype fortellingene sine. Intervjuguiden hadde ferdig formulerte spørsmål og disse spørsmålene var styrende for samtalen selv om jeg var bevisst på å stille utdypende oppfølgingsspørsmål underveis. I de fleste intervjuene skrev jeg også stikkord underveis.



## 4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funnene som er fremskaffet av de individuelle intervjuene. Hensikten har vært å undersøke hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med Recoveryorientert praksis for mennesker med ROP-lidelse. Kategoriene som er valgt var gjennomgående i datamaterialet og jeg tolket at disse var viktige og betydningsfulle for informantene. Fremstillingen understøttes av sitater i kursivskrift.

### 4.1 Recovery som faglig plattform

Alle informantene ga uttrykk for å være godt kjent med betydningen av begrepet Recovery, enten fra videreutdanninger i psykisk helsearbeid eller deltakelse på fagdager arrangert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (NAPHA) om Recoveryorientering i psykisk helsearbeid. De ga uttrykk for at de kjente begrepet godt og jobber etter tankesettet i sin daglige praksis. De fleste av informantene fortalte at de har hatt fokus på Recoveryorientert tilnærming i inntil tre år. Som en av informantene sa det:

*«Det er veldig naturlig å tenke at vi jobber Recoveryorientert. Når du spør om hvordan det er i hverdagen, så er det nesten så innbakt i arbeidshverdagen vår at vi nesten ikke tenker over det».*

Felles for informantene var at de trakk frem at Recoveryorientering gjenspeiler seg i et positivt syn på brukerne og at brukerne kjenner seg selv best. Videre la informantene vekt på sine positive erfaringer med myndiggjøring som en viktig del av Recovery. Dette innebar å være mer på sidelinjen, tilrettelegge for mestring, ansvarliggjøring av valgene brukerne tar og det å tørre å gi mer slipp. Informantene mente samtidig at det i noen tilfeller er en lang vei fra teori til praksis, når det gjelder brukere med samtidig rus- og psykisk lidelse.

#### 4.1.1 Økt fokus på brukeres behov, ressurser og myndiggjøring

Alle informantene ga uttrykk for å være genuint interessert og opptatt av å finne frem brukerens behov og ressurser. De formidlet at de var opptatt av å spørre etter hva som var viktig for brukerne og hva brukerne ønsker å ha fokus på i og underveis i oppfølgingen.

*Det er vel «hva er viktig for deg?» som ligger i marginen. Det har hjulpet meg mye å spørre «hva vil du at vi skal gjøre fremover? Jeg spør aldri «hva vil du ha hjelp til?», men heller «hva vil du få til?»*

De ga uttrykk for at alle mennesker har ressurser til å komme seg og beskrev dette først og fremst som at ressursene bor i alle mennesker, og at det er en indre drivkraft. Det ble ansett som viktig å fokusere på det brukeren selv ønsker og mestrer, i motsetning til hva man tidligere har hatt fokus på i helsevesenet, hvor de viser til at det var større fokus på symptomer og «det syke».

Flere av informantene påpekte at Recovery til mennesker med ROP-lidelser gjerne handler om det som fra informantenes perspektiv fremsto som små ting i hverdagen, men som var større og viktigere fra brukernes perspektiv. Flere av informantene hadde erfaring med at brukerne ofte ikke så sine egne ressurser da de har møtt en del nederlag tidligere i livet. Å finne frem til ressursene var noe som kunne ta tid. Informantene hadde positive erfaringer med å arbeide etter Recoveryorientert tilnærming med økt fokus på brukerstemmen og det å være «sammen med» i stedet for å legge føringer for oppfølgingen. Flere beskrev også positive erfaringer knyttet til det å validere personer gjennom å gi positive tilbakemeldinger og ros i oppfølgingen for å kunne fremme håp og mestringsfølelse.

#### 4.1.2 «Helheten i hverdagslivet»

Alle informantene var opptatt av aktivitet og deltakelse i hverdagen. Det handlet ikke nødvendigvis om deltakelse som er behandlingsorientert, men heller deltakelse i lokalmiljøet og aktiviteter brukerne selv har glede av.

*«Hvis en ikke har noe å tilby folk som sitter hjemme og stirrer i veggen, så nytter det ikke. Og jeg kan jo ikke springe inn og ut av alle leilighetene for å følge med på at folk ikke kjeder seg eller sitter og er deprimert. Da er det jo bedre at de kan komme en plass og være inkludert og få bidra, og bli behandlet på lik linje med andre folk.»*

Det ble ansett som viktig å ha kunnskap om hvilke tilbud kommunen har og det å faktisk ha noe å tilby. Flere av informantene hadde derimot erfaring med at det kunne være utfordrende å finne tilpassede tilbud som interesserer den enkelte. En av informantene beskrev også at rus

ofte blir tema og at de fleste tilbudene kommunen har å tilby er rusfrie tilbud. Andre beskrev at rusfrie tilbud kan bidra til «en pause» fra rusmiljøet, samtidig som flere erfarte at tilbudene ikke nødvendigvis er tilstrekkelig som erstatning for rusmidler.

#### 4.1.3 «Relasjon som det viktigste verktøyet»

Alle informantene beskrev relasjon som det viktigste verktøyet i deres arbeid med Recoveryorientering. I utformingen av Recoveryorienterte praksiser til personer med ROP-lidelser mente de at det var essensielt å oppnå gode relasjoner til brukerne.

*«Jeg tror ikke det er vits i at hjelpere snakker om Recovery til mennesker med ROP-lidelser om de ikke har god relasjon til vedkommende. Da må man finne en annen hjelper som har en relasjon.»*

Alle informantene sa at det kan ta lang tid å oppnå gode relasjoner spesielt til personer med ROP-lidelse; noe som krever at fagpersoner er tett på og fleksible i kontakten med respekt som grunnleggende holdning. For å opprettholde og styrke en etablert relasjon anså de viktigheten av å se personen «bak symptomene» eller «bak atferden», for at de skulle evne å være sammen med brukerne i både oppturer og nedturer.

Noen informanter beskrev betydningen av hverdagslige aktiviteter og bistand til praktiske gjøremål for at relasjonen skulle oppleves mer likeverdig og preget av personlig kontakt. Mange brukere hadde behov for å «*lære seg å bo*», slik en informant uttrykte det. Dette innebar mange praktiske aktiviteter i løpet av en hverdag. Andre informanter fremhevet betydningen av å sette grenser og være ærlig og tydelig i kontakten. De anså at dette bidro til økt tillit mellom partene. Videre viste flere av informantene til at relasjonen til mennesker med ROP-lidelser kan bli utfordret når brukere tar beslutninger om egen helse og sikkerhet som ikke oppleves å være hensiktsmessig.

*«Relasjonen utfordres stadig ... noen er veldig syke og kanskje ikke i stand til å ta egne beslutninger eller motta nødvendig informasjon. Det kan da være vanskelig å gjennomføre tiltak for å fremme Recoveryorientering».*

Alle informantene erfarte at de måtte gi av seg selv i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser, slik at de også kunne være litt personlige i relasjonen. Dette nyanseres med at det har gått for langt dersom fagutøvere overfører egne problemer over til brukerne. Informantene syntes å ha noe ulik mening om hvor denne grensen går og hvor god venn man skal være. De påpekte likevel at de måtte være bevisst på å balansere maktforholdet mellom partene. Videre anså flere av informantene det som viktig at fagutøvere må erkjenne utfordringene om de ikke oppnår gode relasjoner, samt at fagutøvere selv må ta ansvar for å formidle behovet for veiledning eller bytte av kontaktpersoner om det ikke fungerer hensiktsmessig.

## 4.2 Organisering av tjenestene

### 4.2.1 Faglig ledelse, fleksibilitet og ressurser

Et tema som samtlige informanter berørte og som de mente kan fremme en Recoveryorientert praksis i tjenestene, er at den faglige ledelsen er aktive og engasjerte. Dette ble beskrevet som sentralt for å sikre lik praksis i retning av Recoveryorientert praksis; noe som ble poengtert flere ganger i intervjuene. Flere informanter la også vekt på at ledelsen ikke bare må ha et Recoveryorientert fokus som overordnet mål, men også påminne de ansatte om dette jevnlig.

*«Recovery er noe en trenger å påminnes om. Jeg tror at veldig mange tenker sånn, vi har kunnskap og utdanning ... og mange er enige i det. Men jeg trenger på en måte at noen minner oss på det, sånn at vi i større grad er bevisst på at det vi gjør er Recoveryorientert.»*

Videre mente alle informantene at arbeidsbetingelser som gir fleksibilitet gjør en Recoveryorientert praksis mulig med tanke på oppfølging av mennesker med ROP-lidelse. De fortalte at de hadde frihet til å kunne gjøre mange vurderinger selv og forklarte at de kunne tilpasse måten og graden av oppfølging de ga til brukerne etter behov. Det ble ansett som positivt at fagutøvere ikke har begrensede rammer på hva en kan gjøre sammen med personene og at innholdet i hjelpen også kunne bestå av trening, kafebesøk eller andre ting. En annen fordel med å styre dagene selv var at de hadde mulighet til å reagere kjapt på akutte behov. De færreste dagene ble slik de hadde planlagt hevdet de.

Flere av informantene så viktigheten av å kunne ha tettere kontakt med brukerne i perioder og trekke seg mer tilbake når det gikk bedre. De fremhevet også at de kommuniserte hyppigere

på telefon og SMS med personer med ROP-lidelse. Likevel var det vanskelig å være fleksibel nok. Flere informanter var avhengig av avtaler for å få organisert arbeidshverdagen sin. Samtidig ville personer med ROP-lidelser gjerne ha hjelpen øyeblikkelig når de trengte den. Dette kunne by på utfordringer da alle informantene hadde arbeidstid kun på hverdager og dagtid.

*«Vi jobber bare dagtid. Og mange mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse sover jo gjerne på dagtid. Så det kan også være en utfordring.»*

Det var gjennomgående fra alle informantene at lite tid og ressurser i tjenestene var vanlige utfordringer i arbeidshverdagen. Noen av informantene hevdet at dette er til hinder for Recoveryorienterte praksiser, da det kreves mye ressurser og tid fra fagutøvere.

*«Man må ha muligheten til ... En kan ikke ha en jobb hvor en føler at en må ... En må kunne ta seg tid og ikke minst bli godt kjent.»*

De beskrev at Recoveryorientert praksis kan være tidskrevende i en startfase, men hadde tanker om at det kan være tidssparende på sikt. En av informantene beskrev at en ikke nødvendigvis bruker masse tid i løpet av en uke, men over et lengre tidsperspektiv. Personer med ROP-lidelse blir av alle informantene beskrevet som en brukergruppe som har store behov og trenger mye ressurser.

*«At man ikke kan sette inn ressurser når det trengs så blir det jo feil. Det må være riktige premisser for hvorfor man ønsker Recovery som tilnæringsmetode. Jeg har følt at det har vært litt politikk i det ... Jeg har mistenkt noen ganger at formålet er hvordan få ned utgiftene fremfor faglig argument for hvorfor man gjør ting.»*

#### 4.2.2 Tjenestestedets betydning for Recoveryorientert praksis

Alle informantene var opptatt av at grunnholdningen til de mellommenneskelige faktorene i behandlingsrelasjonen bør være det samme uansett hvor behandlingen eller oppfølgingen finner sted. Videre beskrev de at forutsetningene for Recovery og innholdet i oppfølgingen blir forskjellig ut fra konteksten og hvor oppfølgingen skjer. Hverdagen til informantene var organisert noe ulikt. Noen var organisert med hovedsakelig ambulant tilnærming og at

brukerne selv kunne velge hvor oppfølgingen skulle finne sted. Andre hadde erfaring med å jobbe Recoveryorientert i botiltak eller «bolig med base», og en av informantene var stasjonert på et kontor og hadde hovedsakelig oppfølgingen der.

Informantene som arbeidet med ambulant oppfølging opplevde at det tillater en fleksibilitet som gir rom for individuelle tilnæringer, som igjen står i forhold til den enkeltes behov. En av disse informantene forklarte fleksibiliteten med færre prosedyrer og rutiner enn det er i botiltak eller institusjon. Dette innebar muligheten til å møtes på ulike steder, tilpasse tidsbruk og tilgjengelighet og involvere ulike personer og hjelpeinstanser. Dette kunne tilpasses på forskjellige måter i hver enkelt intervensjon. Flere informanter erfarte at fleksibiliteten hadde påvirkning på relasjonen og sa det var lettere å komme i posisjon til å oppnå gode relasjoner, hvor trygghet og tillit er tilstede.

*«Det blir mer fokus på å finne på andre ting enn det vanlige. Samarbeide så godt som mulig med ulike tiltak, om det er treffsted eller om det er ulike ... Brukeren er kanskje i større grad delaktig i det man prøver på. Jeg føler at ved å jobbe sånn så blir man flinkere til å lete etter ressurser.»*

Flere av informantene hadde tro på at ambulant tilnærming er en fin måte å møte personer med ROP-lidelser på, da brukerne får mer kontroll over egen hverdag fremfor å få hjelpen tredd over hodet. De opplevde at det var enklere å få med brukeren på å utforme planen sin selv for å oppnå bedring i et lengre perspektiv.

Informanten som var tilgjengelig fra kontoret hadde gjennomgått store endringer på arbeidsplassen. Før omorganiseringen dro en i større grad hjem til mennesker med ROP-lidelser og gjorde mer for dem, mens det nå var mer opp til brukerne selv. Tjenestestedet hvor informanten arbeidet var i større grad opptatt av at personer med ROP-lidelser skulle ta kontakt ved behov, eller ta kontakt for å gjøre en avtale. Informanten fortalte at de tilpasset dette individuelt da ikke alle var i stand til å si fra om sitt behov, men at de hadde økt bevissthet på å unngå å gjøre brukerne mer hjelpeavhengig enn nødvendig. Informanten sa også at utfordringen var størst i de periodene hvor brukerne ikke var i stand til å møte opp ved tjenestestedet. Informanten hadde flere arbeidsoppgaver som koordinering, møter, samtaler på telefon, urinprøvetaking, medisintilbringelse, de små viktige samtalene underveis eller akutte

ting. De hadde økt fokus på- og god erfaring med å fylle hverdagen med positive aktiviteter og annet positivt innhold fremfor å ha samtaler om negative og vanskelige ting.

*«Her er det mye ad hoc. Selvfølgelig sitter jeg i samtaler og i møter og sånn, men når jeg er ledig så er jeg ledig. Kommer det noen og ringer på døren når jeg er ledig, så får de komme inn å ta den praten de har behov for.»*

Alle informantene i studien mente at plassering og botilbud er av betydning for å kunne arbeide Recoveryorientert og dermed bidra til brukerens Recoveryprosess. Av flere informanter ble det beskrevet større utfordringer med å jobbe Recoveryorientert til personer med ROP-lidelse i botiltak som; større utfordringer knyttet til rammebetingelser, ressurser, tid og kultur innad i personalgruppen. De beskrev også at fagutøvere i økt grad kunne bidra til å gjøre brukerne mer hjelpeavhengig og at maktforholdet ville være annerledes enn ved ambulant tilnærming. Dette kunne også omhandle hvordan fagutøverne hadde fokus på ansvarliggjøring, men også hvilket funksjonsnivå brukerne har og hvordan de håndterer utfordringer.

En av informantene beskrev at selv om botiltak ikke er en institusjon så blir det på en måte institusjonalisert med at det er tilgjengelige fagpersoner der hele døgnet.

*«De har vært på sykehus i mange år og er vant til en viss type tjenester og måten og motta tjenester på da ... der det kanskje blir litt sånn pasientrolle, enn at man selv er en person med ressurser og kan mestre masse ting. Hvis en har jobbet i mange år og prøvd å tilrettelegge for at de skal mestre mer og mer selv uten at det har vært særlig utvikling, så kommer det til et punkt at en må ta et valg på hva man skal fokusere på.»*

Informantene som hadde erfaring fra botiltak beskrev at arbeidshverdagen i større grad var preget av arbeidslister og oppgaver som skulle gjøres til enhver tid, og at det var lite rom og muligheter til å være kreativ og få brukerne med på det de selv ønsket seg på grunn av ressurser og tidspress.

*«Så får man beskjed om at man kan gjøre mye utenom det, og at en kan gjøre det og det, men så blir kulturen og begrensningen av ressursene slik at man gjør ikke veldig masse utenom det.»*

En av informantene la vekt på at det kan oppstå en indre kultur som kan være hemmende for Recoveryorientering både fra ledelse eller fagutøvere. Dette kunne gjøre det vanskeligere for fagutøvere å skille seg ut og gjøre ting på en annen måte enn det som var bestemt.

*«Psykiske lidelser og rus ... det jo ikke konstante ting liksom. Det skjer jo noe hele tiden ... men i institusjon eller i en bolig så skjer det ikke så veldig mye med det rundt ... det blir på en måte litt sånn som det har vært bestandig ... så det i seg selv vil jeg si er hemmende i forhold til Recovery.»*

Informantene beskrev også utfordringer knyttet til turnusarbeid i botiltak og at det er lettere «å la ting skure» da det var andre som skulle overta etter endt vakt. Disse informantene beskrev at det gjerne er brukere med store behov som får tildelt bolig med base, og at både pårørende og hjelpeapparatet ofte kan tenke at det ikke foreligger annen mulighet på grunn av brukerens fungering i hverdagen. Flere av informantene ønsket å formidle at det ofte ikke er tilfelle.

*«Da kan vi jo ofte finne ut at det ikke er tilfelle da, og at det kanskje kan være hemsko og føre til dårligere utvikling enn bedre utvikling. Plasseringen har betydning.»*

I motsetning til alle utfordringene informantene erfarte i forhold til Recoveryorientert praksis i botiltak beskrev de også at holdningsendringen er nødvendig for å rette fokuset mot brukeres behov, ressurser, ønsker, og likeså bistand til å finne ønsket aktivitet i større grad. De formidlet at en fordel med at personer med ROP-lidelser får tildelt bolig i et tiltak er at de kan være tilgjengelig for oppfølging i større grad. Det ble også beskrevet at det kunne være lettere å jobbe mot langsiktige mål knyttet til aktivitet og deltakelse annet enn i rusmiljøet.

#### 4.2.3 Alene som psykisk helsearbeider i kommunen

Informantene beskrev at å arbeide Recoveryorientert er en lang prosess også for ansatte. De beskrev mye alenearbeid i feltet og flere har av den grunn prioritert å sette av tid til refleksjon, drøfting og veiledning. En informant hadde erfaring med å arbeide alene som psykisk helsearbeider i kommunen; noe som kunne oppleves belastende av flere grunner. En av utfordringene kunne være savnet etter tilbakemelding på jobben som gjøres og innspill på hva



som kunne blitt gjort annerledes for å sikre bedre oppfølging, men også for egen faglig utvikling.

*«En ting er det som er vanskelig ... det å få en annen stemme eller at andre kan si hva de tenker om det som er gjort og sagt, også er det jo å forstå ... å prøve å sette seg inn i brukernes situasjon. Det krever veldig mye. En går seg gjerne litt blind på sin egen vei. Hvis en ikke kan drøfte ting med andre og ha fokus på det man gjør, og evaluere det man gjør ... det er jo et hinder hvis en ikke gjør det.»*

På tross av dette opplevde informanten et godt samarbeid med førstelinjetjenesten og beskrev de lokale forholdene som en fordel, med støtte fra leger og NAV.

*«Jeg har jo hatt disse legene hvor jeg kunne fått ut litt. De har vært til god støtte. Jeg føler iallfall at det er veldig stor aksept for den jobben jeg har gjort fra legene, så på den måten har jobben min blitt anerkjent. På førstelinjenivå så har det vært bra, men kanskje ikke forståelse lenger oppe i systemet.»*

Informanten beskrev også mye ansvar og at det har vært flere kamper gjennom årene; hvor det hadde vært utfordrende å være alene om å tale saken til de som var dårligst. Et eksempel som ble beskrevet var vansker med å få etablert aktivitetstilbud bare gjennom «sin stemme». Informanten hadde fått opprettet et lavterskeltilbud som var arbeidsrelatert og hadde positivitet erfaringer med at brukerne har mulighet til å bidra i samfunnet på lik linje med andre.

*«Det er ikke bra å være alene i en jobb sånn som jeg har vært i mange år. Sliten blir jeg jo i perioder, det hender jo at jeg må ha et par dager eller tre dager på å bare sove. Og hvile meg. Selvfølgelig har det vært mange ting. Når man har jobbet så mange år så glemmer man litt de kampene en har tatt.»*

Informanten så viktigheten i å fordele ansvarsområder slik at en person ikke må arbeide med alt og at riktig kompetanse settes inn på riktig sted.

#### 4.2.4 Behovet for refleksjon og kollegaveiledning

Veiledning og refleksjon ble av alle informantene ansett som viktig i Recoveryorienterte praksiser. De fleste informantene formidlet at forståelsen av Recovery kommer via drøftinger med kollegaer både innad i tjenestene og samarbeid på tvers av tjenester. Siden alle informantene berørte temaet i en eller annen form fremstod temaet som viktig.

*«Det å ha tålmodighet og å holde ut, det krever ganske mye og det krever også at vi snakker sammen og har arenaer hvor vi får utløp for det vi synes er vanskelig.»*

Informantene erfarte at mennesker med ROP-lidelser har massive, utfordrende og sammensatte behov slik at det å kunne dele erfaringer, faglighet og personlig syn om brukerne både formelt og uformelt opplevdes som en styrke som også hadde med seg praktiske fordeler. De påpekte at dette er spesielt viktig for å unngå at fagutøvere får en opplevelse av maktesløshet, rådløshet og blir utbrente.

*«Det å stå i relasjoner over lang tid. Det kan jo være at en ikke evner å tenke nytt fordi at en er så preget av ting som har ... altså ... at det går sin jevne gang. Så da er det jo viktig å få innspill av andre, veiledning.»*

Informantene hevdet at kulturen og aksepten for å ha faglig gjennomgang bør være tilstede og at det bidrar til at fagutøvere blir bedre rustet til å møte lignende situasjoner. De viste også til at det å ha faglig gjennomgang og refleksjon med andre kollegaer kan føre til oppklaring av elementer som er uklare. Samtidig formidlet de behovet for å videreutvikle egen kunnskap og ferdigheter for å kunne reflektere over hva en kan gjøre bedre eller annerledes.

*«Jeg har bare positive erfaringer med kollegaveiledning og refleksjon. At noen stiller spørsmål til jobben jeg gjør, at man kanskje tenker litt nytt eller går inn på en annen måte neste gang.»*

Under alle intervjuene kom det frem at kolleger og godt arbeidsmiljø har stor betydning i denne sammenheng. Å sette faglig gjennomgang og refleksjon på dagsorden vil ut fra informantene føre til en faglig kompetanse som både trykker og styrker det faglige perspektivet og som videre kommer brukerne til gode.

## 4.3 utfordringer i Recoveryorienterte praksiser til mennesker med ROP lidelser

### 4.3.1 Samarbeid med NAV og spesialisthelsetjenesten

Samarbeid med NAV ble trukket frem som en viktig del av oppfølgingen til personer med ROP-lidelse; blant annet at samarbeidet kan utfordre Recoveryorienteringen når NAV legger føringer på brukernes økonomi. En av informantene fortalte at NAV stilte krav om at brukere fikk motta arbeidsavklaringspenger imot at de mottok oppfølging/behandling fra fagutøvere i kommunen. Informanten formidlet at det da ble stilt krav til brukerne om å følge opp, noe som ikke er forenlig med en Recoverytilnærming da det skulle være et ønske fra brukeren selv å motta bistand.

*«Hvis brukere ikke ser noen nytte i oss så er det ingen vits. Der er vi litt i strid, for da får ikke personene velge selv lenger, og da er det ikke mye Recovery. Da er det mest tvang.»*

Utfordringene viste seg også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Alle informantene var inne på dette temaet på en eller annen måte. De mente at dette samarbeidet har vært og fortsatt kan være vanskelig til mennesker med ROP-lidelser, selv om de også hadde positive erfaringer med samarbeidet. De fortalte imidlertid flere konkrete historier hvor både brukere og informantene selv har møtt motstand og fordommer mot personer med ROP-lidelse.

*«Det ble en sånn moralpreken. Så visste jeg jo at det var det siste han trengte ... for brukeren var motivert for å komme dit og å få hjelp ... da var jo på en måte diagnosen de hadde i forhold til rusmidler det ble fokus på følte jeg.»*

Videre opplevde informantene ofte å få avslag på henvisninger til spesialisthelsetjenesten på tross av deres vurderinger om hvor sterkt de så behovet for behandling i psykisk helsevern eller rusbehandling. Som en informant sa det «for syk til rusbehandling og for ruset til psykisk helsevern». En av informantene trakk frem et eksempel på en bruker som har forsøkt en rekke rusbehandlinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSP) uten å lykkes og at brukeren bare fikk et kort avslag fra psykisk helsevern.

*«Det viste det seg at de har egentlig litt fordommer kjente jeg ... i forhold til å ta imot vedkommende på grunn av diagnoser og sånn. Og så kjente jeg ... at her må jeg bare*

*prøve å snakke henne inn og få en ny vurdering da jeg ikke følte det var riktig. Noen må ta ansvar. Om avdelinger ikke er rustet til å ta imot de må det bygges noe som kan gjøre det.»*

Informantene stilte seg også undrende til at spesialisthelsetjenesten søker for pasientene sine. Som en av informantene sa det; «*De kommer med en bestilling på det ene og det andre*». Alle informantene beskrev erfaringer med at brukerne ikke har vært delaktig med å definere hva som er viktig og hvilke behov de har hatt i henvisningene.

*«Det er utfordrende at spesialisthelsetjenesten har tanker og føringer på hva de mener vedkommende skal ha av tjenester, også kommer det en bestilling på en måte. Så har vi en samtale med dem og kartlegger nærmere, så viser det seg at det ikke er noe av det vi har fått bestilling på.»*

Informanter som arbeider i små kommuner beskrev at de kan ha en utfordring med å tilpasse seg hvordan ACT-teamet arbeider, da kommunen gjerne ikke har de samme midlene fra helseforetaket og at de derfor ofte er alene i møtet med brukerne. De fleste informantene erfarte at det er utfordrende for kommunen å møte de forventningene spesialisthelsetjenesten har og tilpasse seg dette.

*«De kan på forhånd ha bestemt og kanskje lovet pasienten, at det og det skal vi hjelpe brukerne med ... så viser det seg at kanskje ikke vi kan hjelpe med det i det hele tatt, for eksempel fordi at vi jobber kun på dagtid, og ikke på helg. Det kan være utfordrende og ganske frustrerende for oss som skal hjelpe, at det allerede har blitt lovet noe vi ikke har vært med på å vurdere i det hele tatt.»*

#### 4.3.2 Holdninger fra fagutøvere i helsetjenester og lokalsamfunnet

Informantene har erfart at Recoveryorienterte praksiser fører til at brukerne føler seg hørt i større grad og at Recovery bidrar til å styrke selvbilde, mestringsfølelse og muliggjør økt livskvalitet hos brukerne. Alle informantene la vekt på gode holdninger til fagutøvere som en av de første betingelsene som er avgjørende for Recoveryorienterte praksiser. Å møte brukerne som et helt menneske og samhandle på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse. Det ble lagt vekt på at det må tilrettelegges for at brukerne

kan ta egne valg og bestemme hva som er viktig i livene deres, samt at brukerne får oppleve at de er en viktig person og blir respektert på tross av hvilke valg de tar. Informantene hadde samtidig erfaring med at dette kunne komme i konflikt med personens lidelse, ønsker og behov ved at personer med ROP-lidelse ofte er ruspåvirket.

«Å forplikte seg som ansatt» ble av en informant beskrevet som at fagutøverne virkelig må ha et ønske om å jobbe med denne brukergruppen og ha et sterkt ønske om å hjelpe. Informanten formidlet at eget menneskesyn er en arbeidsbetingelse for å jobbe Recoveryorientert.

*«Det siste de trenger er dårlige holdninger fra ansatte og hjelpeapparatet. Om en viser eller har negative holdninger så bør man finne seg noe annet å jobbe med.»*

De formidlet at brukergruppen står i stor fare for å bli møtt med negative holdninger og ofte erfarte informantene at andre fagpersoner eller mennesker i samfunnet for øvrig har liten tro på brukerens ressurser. De sa også at negative holdninger kan hindre bidraget i Recoveryprosessen for brukeren, men også hjelperen. Det ble beskrevet historier om at mange er redd i møtet med brukerne og beskriver at dette utfordrer Recoveryprosessen til brukeren. Dette ble gjerne sett i sammenheng med uvitenhet og mangel på kompetanse.

*«For det ser jeg jo veldig i forhold til andre avdelinger her. Når personer med rus og psykiske vansker bor i sentrum, og det blir litt støy, det blir litt vandring og ja ... psykotisk kanskje. Det skremmer folk. Og det at folk kanskje ikke skjønner ... men så har en liksom de her holdningene ... nei, hvorfor skal de bor her? Det her skremmer jo de andre ... en må jo flytte de eller få de en annen plass. Dette er iallfall et hinder.»*

Samtidig erfarte de at personer med ROP-lidelser på mange steder blir mottatt som den de er, og at flere arenaer i kommunen åpner dørene for at de også skal ha mulighet til å delta på forskjellige aktiviteter og tilbud i regi av kommunen. Det fremkom at det fortsatt er lite eller ingen etablerte tilbud til personer med ROP lidelser, særlig i mindre kommuner.

### 4.3.3 Stigmatisering

Alle informantene fremhevet at både fagutøvere i helse- og omsorgstjenestene og samfunnet forøvrig har en lang vei å gå når det gjelder å møte mennesker med ROP-lidelse med et positivt menneskesyn.

*«Det er nok mye stigma enda. Og så er det en lang kamp for å få kanskje systemet, kommunen, andre innbyggere til å godta ... det er jo en holdningsendring ... å godta at andre kan slite med ting. At det er personer bak de her problemene folk har og lidelsene. Det tror jeg tar lang tid ... om vi noensinne kommer dit er ikke godt å si.»*

Flere av informantene har erfart at stigmatisering hemmer Recoveryprosessen for brukeren og utfordrer Recoveryorienterte praksiser da informantene arbeider både med å motivere brukeren til å overvinne stigma, men også med å motarbeide stigma i møtet med samfunnet eller samarbeidspartnere. En av informantene formidlet også opplevelser om at brukergruppen blir nedprioritert i forhold til andre helsetjenester.

*«Noen personer ... noen innbyggere ... det kan se ut som noen er mer verd enn andre. Noen helsetjenester er liksom mer verdsatt ... så det ... det er ikke bra at det er sånn».*

Flere av informantene opplevde stigmatisering som en merbelastning i arbeidet. De fortalte om utfordrende opplevelser av å nå frem hos enkelte instanser for å samarbeide rundt brukerne, og utfordringer knyttet til at brukere ikke ønsker å motta de tjenestene de blir tilbudt i kommunen i fare for stigmatisering i lokalsamfunnet.

*«Dagsenteret ble nettopp flyttet nærmere sentrum. Dette har ført til at flere ikke benytter seg av tilbudet da de er redd for hva andre sier om at de deltar på det.»*

Flere informanter sa også til at stigmatiseringen gjør det utfordrende at det å få en god og trygg bolig er vanskelig for brukergruppen.

*«Det er minimalt med kommunale boliger og de med store utfordringer får seg gjerne ikke privat bolig. Spesielt når de enser rus i bildet. Kanskje er det ikke hensiktsmessig at de bor med andre i et bofelleskap som også har utfordringer til rus heller».*

En informant erfarte også at personer med ROP-lidelser får tildelt boliger med lavere standard enn andre med kommunale tjenester.

*«Hvis vi ser hvordan enkelte bor ... hvilken bolig de bor i ... det er jo ikke greit da. Det blir jo nesten slik at noen bor i slummen og noen bor i ... så akkurat det føler jeg. Jeg ser at det blir et samfunn der det er vanskeligere å få gehør for at noen får det like bra som enkelte andre igjen.»*

#### 4.3.4 Rus og utfordrende atferd

Alle informantene i studien hevdet at å arbeide Recoveryorientert er mulig selv om brukerne benytter seg av rusmidler eller ikke. Likevel ble det beskrevet som utfordrende å komme noen vei hvis brukerne er i aktiv rus over lengre perioder. De erfarte at brukerne gjerne ønsker endring, men at mange har lite motstand til å mestre å holde seg unna rusmiljøet de er kjent med. Noen informanter så også utfordringer med at brukerne har friheten med å velge, da rusen kan overstyre og farge valgene i hverdagen til brukerne på mange måter. En av informantene formidlet god erfaring med å også ha tettere kontakt med brukerne når de er i aktiv rus og har erfaringer med at behovene kan være mye av de samme. En annen informant trakk frem utfordringer med å være i kontakt med brukere som er sterkt ruset, da det lettere kan oppstå uønskede hendelser hvor informanten kan sette seg selv i fare. Informantene formidlet at de ofte må vurdere om det er hensiktsmessig i forhold til egen sikkerhet å gå i kontakt med brukerne og at de må ta vurderinger på hvor treffpunktet skal holde sted.

*«Jeg synes den uforutsigbarheten er litt utfordrende. Man vet aldri hvilken tilstand personen er i. Om det er lenge siden personen har ruset seg eller om det er nå nylig eller ... og da.»*

Informanten opplevde det utfordrende å vite hvordan man skal gå frem når brukerne er overstadig ruspåvirket over lengre tid. Alle informantene hadde erfaring med at atferden til brukerne i aktiv rus ofte hindrer godt samspill. De tok opp erfaringer knyttet til aggressivitet fra brukerne, som kommer til uttrykk med både kjefting, roping, stygge meldinger og lignende. De erfarte da at det vanskeliggjør å arbeide Recoveryorientert når det oppstår slike situasjoner. Det var vanskelig å finne rom for å spørre om behovene til brukerne, eller det å

etterspørre tilbakemelding på tjenestene når de nylig hadde blitt utsatt for mye aggressiv atferd. De fleste informantene hadde flere erfaringer med at de blir stående som mellomledd i forhold til øvrige system og at brukerens atferd ikke nødvendigvis har bakgrunn i oppfølgingen fra den enkelte fagutøveren. De opplevde mye frustrasjon fra brukerne i hverdagen, spesielt i forhold til bestemmelser rundt medisinerings.

*«Og vi skal alltid være på lag så langt det lar seg gjøre med bruker også blir vi stående litt imellom. Det kan være en kilde til konflikt som ikke alltid er like bra.»*

Alle informantene var opptatt av å gjøre individuelle avtaler etter brukerens behov. Videre ble det beskrevet at personer med ROP-lidelser ofte er vanskelig å nå og at det er utfordrende å opprettholde en regelmessig kontakt om brukerne ikke ønsker eller mestrer å holde seg til avtaler. De beskrev at det er tidskrevende og ressurskrevende. Om de ikke får svar, etterstreber de kontakt med å sende meldinger, ringe og å dra på oppsøkende hjemmebesøk. Informantene opplevde at de er nødt å jobbe i et «her og nå» fokus til personer med ROP-lidelse, da det ofte er akutte ting brukerne har behov for og at de har vanskeligheter med å legge fremtidsplaner. En av informantene formidlet «*jeg får liksom ikke til å være fleksibel nok*».

#### 4.3.5 Motivasjon for endring og ambivalens

Alle informantene fremhevet at de i sitt arbeid med å gi helsetjenester til personer med ROP-lidelser møter ressurssterke mennesker og at mange mestrer å bo og utfører dagliglivets gjøremål med støtte og veiledning. Samtidig erfarte informantene at det nødvendigvis ikke er enkelt å drive aktiv Recoveryorientering til denne brukergruppen. De beskrev brukere som har varierende grad av motivasjon og utfordringer knyttet til funksjonssvikt. Mye av arbeidet gikk med til å motivere brukerne for endring.

*«Så er det når folk kommer i dårlige perioder igjen, og det som tidligere har funket ikke funker i det hele tatt. Så må en starte på nytt.»*

*«Etter gjentatte nederlag ... så skal du komme inn på en måte og motivere de for at den her gangen skal det liksom gå bra. Det er jo utfordrende.»*



Alle informantene vektla at de må bli godt kjent med brukerne og kartlegge ferdigheter godt, slik at de på denne måten kan bistå med å tilrettelegge hjelpen etter brukerens behov.

Brukergruppen ble beskrevet som utfordrende og at mange av brukerne har en hverdag preget av høyt symptomtrykk og ruspåvirkning. Samtidig formildet noen av informantene at det ikke nødvendigvis var et hinder for å få til noe sammen. En av informantene syntes også det var utfordrende å vite hva man skal gjøre når brukeren selv ikke vet hvilke behov eller mål de har.

Alle informantene var opptatt av at hjelpen skal gi mening for den enkelte, og beskrev at det i noen tilfeller er riktig å avslutte tjenestene når brukerne ikke er motivert for hjelp. Dette ble beskrevet som en del av ansvarliggjøring, at de viste respekt med at de ikke ønsket hjelp på daværende tidspunkt, men var åpen for å fortsette samarbeidet om brukerne skulle endre mening. En av informantene opplevde det også utfordrende å arbeide Recoveryorientert til personer som var eldre og personer som har vært i helseapparatet i mange år. Det var da utfordrende å få brukerne til å tenke nytt; noe som krevde mye av både brukeren og informanten, og som kunne ta lang tid. Informanten forsøkte da å komme med nye ideer og møte mennesket med nye øyner, men at dette også avhenger av symptomtrykk og hvor mye lidelsene er med på å styre hverdagen til brukerne.

#### 4.3.6 Balansen mellom tvang og selvbestemmelse

En av informantene i studien tematiserte Recoveryorientering samtidig som en skal forvalte tvangsinnleggelsler, og opplevde at dette er en utfordrende balansegang.

*«Også det å stå i vanskelige ting, sant ... når en tenker det her er et menneske som står i fare for å dø, skal vi tenkte tvang? Sant? Det blir jo litt sånn. Skal vi tenke Recovery og holde på med tvangsinnleggelsler mange ganger i året? Det henger ikke helt sammen da. Men en må på en måte bare skyve det litt til side. Her handler det da om et liv, og da kan en ikke ha sånne ting hengene over seg, at det ikke er Recoveryorientert»*

Informanten formidlet at de jobber forebyggende med å unngå akkurat tvangsinnleggelsler, og at dette ikke oppstår så ofte. Informanten viste videre til et eksempel hvor naboer eller pårørende kunne ha en formening om at brukeren begikk selvmord om de ikke ble tilsett av helsepersonell. Informanten opplevde da dilemmaer om vurderingene tilsa at det ikke var

hensiktsmessig med en ny tvangsinnleggelse. Informanten stilte spørsmål om hvem av partene som skal tilfredsstilles i slike tilfeller, om det er kommunen, nabolaget, pårørende eller fastlege. Informanten beskrev at noen mennesker med ROP-lidelse har vært dårlig i mange år og at de lever i en daglig risiko, men samtidig kan leve i mange år til på samme måte. Informanten påpekte også at en tvangsinnleggelse kan påvirke relasjonen mellom partene og at det derfor er nødvendig å tenke langsiktig og reflektere over denne grensen; noe som er vanskelig.

#### 4.3.7 Faglig og personlig utfordrende

Alle informantene la vekt på personlige egenskaper som sentralt i psykisk helsearbeid og nevnte spesielt betydningen av hver enkelt hjelper sine holdninger og verdier. Informantene trakk frem at psykisk helsearbeidere har stort ansvar når det gjelder oppfølging, og at perspektivet den enkelte hjelperen har med seg har stor betydning på samarbeidet med brukerne.

*«Det krever at man må ha en forståelse for at det er prosesser, og at det ikke er noe fasitsvar. Det å vite det er jo også noe som er viktig når en jobber med det. Hvis ikke så blir en totalt utbrent».*

Informantene tematiserte videre at de ble utfordret både personlig og faglig ved å jobbe Recoveryorientert til personer med ROP- lidelser. De beskrev opplevelsen av å møte ruspåvirkede personer og at dette kunne oppleves uforutsigbart. Det kunne ofte oppstå truende og aggressiv atferd.

*«Hvis det er mye kjefting og roping og stygge meldinger og sånne ting. Det opplever vi jo. Så kan det over tid bli såpass belastende at det ikke ... det gjør noe med en da. Det blir ikke så mye rom for «hva er ditt behov?» og «hva synes du om samtalen i dag?» når en har sittet og fått kjeft liksom.»*

Ifølge alle informantene var det viktig å forstå brukeres reaksjoner som sinne og aggressivitet ut ifra brukerens perspektiv. De mente det var viktig å anerkjenne reaksjonene hos brukeren, samtidig som det er viktig å skille mellom egne og brukernes reaksjoner. Alle informantene ga uttrykk for at de alltid prøvde å ha relasjonens betydning for samarbeid i fokus og at de

hadde en viss fleksibilitet med tanke på atferd hos personene. Dialog og grenser ble brukt bevisst i det forebyggende arbeidet, og de beskrev grensesetting overfor brukere som et virkemiddel som både kunne ha positive og negative effekter. Alle informantene ga uttrykk for at fagutøvere må være tålmodig i arbeidet og forstå at det er langvarige prosesser. Dette kunne være krevende.

*«Det er slitsomt å jobbe med folk når det kanskje ikke nås frem av ulike årsaker da. Det kan være mange ting. Så skifter de så ofte. De kan ha lyst til noe en dag, så har de ikke lyst til det samme dagen etter. Man må liksom være på tilbudssiden hele tiden. Gjøre avtaler, så dukker de ikke opp. Man får ikke kontakt. Plutselig så står de der igjen.»*

Alle informantene erfarte at å jobbe Recoveryorientert på mange måter stiller store krav til den enkelte ansatte både i forhold til strukturering, samarbeid og faglige vurderinger. Noen av de mange egenskaper som ble nevnt var; evne til å bygge en god og trygg relasjon, gode samarbeidsevner, oppnå tillit, være åpen og gi av seg selv, være ærlig og tydelig i kommunikasjon. Videre ble egenskaper som; å være trygg på seg selv, evne å stå i konflikter uten å ta det personlig, og evnen til å nullstille seg ansett viktig.

*«De som ikke er vant til å jobbe med ROP pasienter ... Det er så voldsomt, og så mye. En føler seg gjerne så maktesløs sammen med dem.»*

Maktesløshet ble i denne sammenheng sett på som at det gjerne foreligger store og sammensatte utfordringer som også krever mye koordineringsarbeid av fagutøvere, samtidig som helheten kunne oppleves uoversiktlig. En av informantene formidlet følelsen av maktesløshet spesielt i perioder hvor informantene måtte se på at brukeren tok valg som ga negative konsekvenser for dem. Det ble også fremhevet som viktig å ha fokus på små fremskritt.

*«Å se de små skrittene oppi all elendigheten, å tenke det at, vet du hva ... livet ditt er kaotisk og forferdelig, men det er litt bedre fordi at vi er der. Det å tenke det tror jeg er viktig med ROP pasienter altså.»*

Videre beskrev en informant en følelse av forventninger til å måtte prestere og å vise fremgang i oppfølgingen overfor ledelsen. Informanten formidlet at det kunne være forventet resultat og målinger, noe som kunne føre til et press til å være mer effektiv i arbeidet. Dette ville være uheldig i forhold til Recoveryorientering og behovet til brukerne. Alle informantene formidlet videre at Recoveryorientert praksis gir rom for å jobbe mer selvstendig og kreativt, noe som ble ansett som positivt med tanke på friheten i oppfølgingen.

#### 4.4 Oppsummering av funn

Felles for alle informantene var at de opplevde utfordringer med å gi tjenester til denne brukergruppen. De mente også at det kan være vanskelig å gi støtte i perioder hvor det er kaos i livet til brukeren og samtidig ivareta brukerens interesser og selvbestemmelsesrett. Likevel var alle informantene positive til Recoveryorienterte praksiser for mennesker med ROP-lidelser da det er økt fokus på ressurser, brukerens behov, samt aktivitet og deltakelse i hverdagen. I motsetning til at helse- og omsorgstjenester skal bli mer brukerorientert, preges helsetjenesten av krav om effektivisering og New Public Management. Informantene opplevde økning i antall søkere som har krav på tjenester, men at årsverkene i organisasjonen er det samme. Dette førte ofte til en krevende arbeidshverdag og at det å yte tjenester som knyttes til behov og ønsker til mennesker med ROP-lidelser blir en utfordring.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Recovery som faglig plattform

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med Recoveryorientert praksis til mennesker med ROP-lidelser i kommunen. Studiens funn er basert på pågående praksiser og kan på denne måten bidra til å øke bevissthet og kunnskap om hvordan tilnærmingen oppleves i praksis for psykisk helsearbeidere i kommunale psykisk helse- og rustjenester. Studiens funn drøftes hovedsakelig ut fra informantenes beskrivelser av sine erfaringer, relevant teori og tidligere forskning om Recovery og ROP-lidelser.

I Recoveryorienterte praksiser er den individuelle forståelsen av livskvalitet og håpefulle faktorer sett på som viktigere enn en bestemt behandlingsmetode (Evjen et al., 2018).

Recoveryorienterte praksiser er anbefalt som tilnærming i helsetjenestene til mennesker med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012) og tidligere forskning viser at mennesker får økt livskvalitet ved slik praksis (Biong & Soggiu, 2015). Dette samsvarer også med informantenes erfaringer og opplevelser etter å ha utviklet Recoveryorientert praksis i sin tjeneste. Funnene i studien viser at informantene har mange sammenfallende erfaringer, i tillegg var det gjennomgående tema at en slik tilnærming er en lang vei fra teori til praksis til mennesker med ROP-lidelser. Målgruppen er mennesker med kombinasjoner av psykiske lidelser og ruslidelser, og det å klare seg i samfunnet er gjerne problemfylt (Biong & Ytrehus, 2012).

Funnene i studien viser at fagutøverne hadde et bevisst forhold til Recovery som en måte å tenke på i arbeidshverdagen og de hadde positive erfaringer med tilnærmingen. Informantene vektla imøtekommenhet og oppmuntring i møte med brukerne; hvor de støttet og respekterte brukeres egne valg, mål og ambisjoner, i tillegg til at de så betydningen av personens interesse og det individet selv ønsker å gjøre i nærmiljøet. Recovery ble sett på som en personlig, sosial og individuell prosess som personen gjennomgår for å oppnå bedre livskvalitet, i tråd med Recovery som faglig perspektiv i psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014). Recoveryorientert praksis ble først og fremst sett på som en brukerorientert tilnærming som baserer seg på gode samarbeidsforhold til brukeren. Målet med Recovery ble beskrevet som å finne mening i hverdagen eller å ha det bra på tross av utfordringene den enkelte slet med, som også tilsvarer definisjoner av Recovery som er beskrevet i forskning og litteratur (Borg & Karlsson, 2013; Johnson & Wilhelmsen, 2018;

Skaiå, 2003). Ifølge informantene i studien er samtaler med personen av grunnleggende betydning for å bli kjent med både interesser, ønsker, mål, drømmer, hverdagsliv og sorger. Funnene viser også at fagutøverne har arbeidsmåter som vektlegger hverdagslivet og en Recoveryorientert faglighet, med fokus på brukernes ressurser. Dette er i tråd med Recoveryorientert psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2017).

Funn fra denne studien støtter at en god relasjon er avgjørende for å oppnå et godt grunnlag for behandlingssituasjoner; noe som er blitt belyst i mange studier (Borg & Topor, 2014; Brekke, Lien & Biong, 2018; Pettersen et al., 2019). I Recoveryorienterte praksiser bør relasjonen kjennetegnes ved at man samarbeider med brukeren mot felles mål og viser grunnleggende empati, varme og sympati (Evjen et al., 2018). Å vise respekt, tillit og ærlighet ble av informantene beskrevet som noen av fundamentene i relasjonen. Å bygge et tillitsforhold overfor en person som nylig har startet sin bedringsprosess, kan være første steg på veien for å skape en følelse av håp (Brekke, Lien & Biong, 2018). Dette er særlig viktig for mennesker med ROP-lidelser, som ofte har historier med brutte relasjoner og sosial ekskludering. Videre ble verdier som tro på individets rett til selvbestemmelse beskrevet som viktig i informantenes arbeidshverdag, noe som er ansett som forutsetninger for Recoveryorienterte tjenester (Biong & Soggiu, 2015; Helsedirektoratet, 2014). Tidligere forskning viser også til at mennesker med lidelseserfaring anser nevnte verdier som viktig i sine relasjoner til fagutøvere (Brekke, Lien & Biong, 2018; Pettersen et al., 2019). Relasjonsarbeid og gode relasjoner i seg selv bidrar til å kunne yte god hjelp til mennesker med ROP-lidelse. Samtidig viser denne studien at det kan være vanskelig for fagutøvere å etablere og opprettholde gode relasjoner til brukergruppen, fordi de blant annet kan være ambivalente til oppfølging, vanskelig å nå, og preget av ruspåvirkning og/eller høyt symptomtrykk. Dette krever en aktiv innsats fra fagutøverne (Vibeto et al., 2019), da ansvaret for at det utvikles en relasjon basert på nevnte verdier ligger hos fagpersonen, ikke hos brukeren (Brekke, Lien, Nysveen, et al., 2018).

Tidligere forskning har vist at det er viktig for brukere at fagutøvere genuint bryr seg om dem; blant annet har de beskrevet at vennskap og kjærlighet har vært avgjørende i deres Recoveryprosess (Borg & Topor, 2014; Lauveng, 2006). Informanter i denne studien hadde litt ulik oppfatning om hvor grensen burde gå mellom det å være for nær og å opprettholde en profesjonell avstand. Lauveng (2006) hevder at fagutøvere må evne å være nær, siden relasjoner mellom brukere og fagutøvere som ligner vennskap kan motivere begge parter til å

strekke seg lengre for hverandre. Videre hevder hun at gjennom å dele erfaringer kan kontakten bli mer ekte; noe som ifølge flere informanter i denne studien var en viktig del av den profesjonelle relasjonen. På en annen side kan gode relasjoner medføre en sårbar situasjon for fagutøvere, og balansen mellom nærhet og distanse blir en utfordring. Fagutøverne kan sette seg i en sårbar situasjon når de deler erfaringer både fra arbeidsliv eller tidligere levde erfaringer. Det kan også oppstå dilemma dersom fagutøveren blir kritisert for å være uprofesjonell i sin rolle som hjelper. Fagpersoner må reflektere over hvor nært en bør komme brukerne, og at det å by på seg selv ikke nødvendigvis handler om å være for personlig utleverende.

Tidligere forskning viser til at fagutøvere må støtte brukeren i prosessen hvor målet er å endre brukeren sine holdninger til å ha et håp om at et meningsfullt liv er mulig (Karlsson & Borg, 2018). Borg og Kristiansen (2004) hevder at gode hjelpere gjør små ting som regnes som på kanten av «profesjonell oppførsel». I tråd med dette viser funn fra denne studien at fagutøvere ofte må strekke seg lengre enn det som er forventet, og at de må gi mye av seg selv i møte med brukerne. Noen informanter fortalte at de enkelte ganger bisto med hjelp til brukere også utenfor ordinær arbeidstid. I veilederen «sammen om mestring» hevdes det at brukere skal ha et hverdagsliv og et miljø de kan trives i; med relasjoner til mennesker rundt seg som har tro på dem (Helsedirektoratet, 2014). Borg et al. (2013) viser til betydningen av hverdagslivet og at det er lett å ta de daglige ferdighetene for gitt. Funn i studien viser at Recoveryorientert praksis overfor personer med ROP-lidelse gjerne handler om «små ting» eller «små skritt» i hverdagslivet. «Små ting» ble av informantene omtalt som blant annet; å bistå med handling av matvarer, kaste søppel, kjøre brukere til offentlige instanser eller å tilrettelegge for sosial aktivitet. «Små skritt» ble beskrevet som; å ruse seg litt mindre, vask av klær og betale regninger selv. I tråd med tidligere forskning om at meningsfulle aktiviteter har stor betydning for å fremme Recovery (Borg et al., 2013), bekrefter også funnene i denne studien at aktivitet er en grunnleggende måte hvor mennesker med ROP-lidelser får brukt seg selv på og får oppleve mestring gjennom å ta i bruk egne ressurser.

Reed et al. (2020) viser i sin studie til hvordan aktiviteter, steder og personer er avgjørende som bidragsyttere i hver unik bedringsprosess. Informantene fra denne studien beskriver at aktivitet og deltakelse til mennesker med ROP-lidelser ikke nødvendigvis bør handle om aktiviteter som er behandlingsorienterte, men deltakelse i lokalmiljøet, arbeidsrettet aktivitet og aktiviteter brukere selv har glede av. Ness et al. (2013) hevder at daglige aktiviteter i et

Recoveryperspektiv må kunne fremme mestring og læring hos hver enkelt både gjennom utvikling og utfordringer. Dette viser at oppgaven til fagutøvere i denne sammenhengen blir å forstå og fange opp det enkle så vel som det komplekse i hverdagslivet til brukerne. I kontrast til tidligere forskning som legger vekt på meningsfulle aktiviteter i Recoveryorientert praksis (Borg et al., 2013; Helsedirektoratet, 2012; Karlsson & Borg, 2017), viser funnene i studien at det er utfordrende for fagutøvere å finne tilpassede tilbud som interesserer den enkelte. Reed et al. (2020) skriver i sin studie at det også kan skje at bidragsyttere ikke er tilgjengelige eller enige om hvilke muligheter brukerne kan prøve ut, noe som kan føre til at Recoveryprosessen til den enkelte stopper opp. Funn fra denne studien viser derimot at tilbudene er begrenset eller fraværende for mennesker med ROP-lidelser i mindre kommuner. Dette avviker fra Helsedirektoratet (2012) sine anbefalinger om tilbud til mennesker med ROP-lidelser hvor blant annet yrkesrettede tiltak og aktiviteter i hverdagen må prioriteres. Funnene i studien viser at det å støtte brukere til aktivitet eller å gjenoppta tidligere aktiviteter, som både brukeren mestrer og interesserer seg for, derfor blir vanskelig for fagutøvere.

Mayers (2016) understreker også at for å tilegne seg mulighetene som trengs for å komme seg, kan individer måtte gå utover profesjonaliserte arenaer for psykisk helse og til andre arenaer som trossamfunn, sysselsettings- eller utdanningsmiljøer eller familie- og jevnaldrende nettverk. De siste årene har også etablering av nye arenaer, som blant annet Recoveryverksted (Karlsson & Borg, 2017) og klubbhus (Chen, 2017), blitt positivt omtalt for å fremme Recoveryprosesser. Davidson et al. (2017) og Reed et al. (2020) understreker at personsentrerte tjenester bør tilføre aktivitetsbaserte og samarbeidsorienterte tjenester når de støtter Recovery. Informantene i denne studien viser til at det kan være en utfordring at det hovedsakelig finnes rusfrie aktivitetstilbud. En tolkning av funnene kan være at rusfrihet kanskje ikke er realistisk for alle, samt at kravene og forventningene om å prestere rusfrihet stenger tilgangen for enkelte aktiviteter. På en annen side får kanskje ikke mennesker med ROP-lidelser som ruser seg aktivt og har lavt rusmestringsnivå, tilbud om aktivitet eller arbeid som krever rusfrihet eller rene urinprøver. Dette til tross for at Helsedirektoratet (2012) fremhever viktigheten av å ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger. Kanskje inkludering i sosiale felleskap og aktiviteter som ikke krever rusfrihet kan gi et håp om- og øke muligheten for et liv der det er hyggelig å leve rusfritt i for mennesker med ROP-lidelser? På en annen side viser funnene i denne studien til at rusfrie tilbud kan bistå med «en pause» fra rusmiljøet, noe som er i tråd med tidligere forskning som vektlegger at tilgang på aktiviteter som avleder fra rus er viktig for mennesker med ROP-lidelse (Hipolito et al., 2011).



Aktiviteter i felleskap kan bidra til at brukere får distansert seg fra rusen, noe som kan føre til at de selv erfarer at de greier å redusere hyppigheten av inntak. Helsedirektoratet (2012) bekrefter at rusfrie aktivitetstilbud og fysiske aktiviteter kan bidra til å erstatte noe av tomhetsfølelsen etter bruk av rusmidler, samt at brukerne får muligheten til å etablere sosiale nettverk utenfor rusmiljøene de vanligvis omgås. I tråd med Reed et al. (2020) viser funnene i denne studien hvordan Recoveryprosesser er avhengige av aktivt engasjement fra flere bidragsyttere, og at tilretteleggingen krever spesifikk og kontekstuell kunnskap om de unike prosessene, i tillegg til kreativitet som informantene i denne studien påpeker.

## 5.2 Organisering av tjenestene

Kommunene i Norge velger selv hvordan de organiserer tjenestene sine så lenge de oppfyller kravene i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen har ansvar for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2014). I 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft; som skal sørge for at kommunene i større grad tar ansvar for å sikre helhetlige og effektive pasientforløp gjennom koordinerte tjenester, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). For personer med ROP-lidelse innebærer dette i mange tilfeller rehabilitering gjennom ambulante tjenester (Helsedirektoratet, 2014). Organisatoriske prioriteringer har innvirkning på om tjenesten vektlegges tilstrekkelig, eller om de økonomiske rammene skyver tjenestene i en retning som ikke støtter en Recoveryorientert tilnærming, som for eksempel kravet til New Public Management (Borg, 2009). Davidson (2018) advarer norske myndigheter om at politikere misbruker modellen, fordi de ser en mulighet til å spare penger ved å gi hele ansvaret til brukerne. I likhet med Davidson (2018) var en informant i denne studien bekymret over at formålet med å etablere Recoveryorienterte tjenester har hatt som formål å redusere de økonomiske utgiftene. Funn fra studien tyder derimot på at Recoveryorientering til mennesker med ROP-lidelser i praksis krever mer ressurser i tjenestene og større økonomiske krav enn det som foreligger i dag.

Funn i denne studien viser at det tar tid å utvikle Recoveryorienterte tjenester og som Karlsson og Borg (2017) hevder bør dette være en åpen prosess som må gis mulighet til å utvikles som nettopp det. En forutsetning for at en skal lykkes med Recoveryorienterte praksiser er blant annet at en arbeider i felleskap (Karlsson & Borg, 2018), hvor ledere og fagutøvere samarbeider seg imellom og sammen med brukere og pårørende (Borg et al.,

2013). Mennesker med ROP-lidelser er spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling mellom tjenestene (Evjen et al., 2018). Funnene i studien støtter Karlsson og Borg (2018) som mener at Recoveryorientert praksis betinger støtte fra ledere og tilrettelegging på strukturen i arbeidshverdagen. Funnene i studien viser i tillegg at engasjement fra leder kan være en medvirkende faktor for om fagutøvere greier å skape og opprettholde engasjementet for Recoveryorientering. Dette gjelder både om leder gir påminnelser om at en skal jobbe Recoveryorientert eller om det tilrettelegges for refleksjon og kollegaveiledning hvor Recovery også blir tematisert.

Andre viktige faktorer funnene viser er at oppfølging og behandling til mennesker med ROP-lidelser bør være preget av tilgjengelighet, kontinuitet og individuelt tilpassede tjenester. Dette er også godt dokumentert i tidligere forskning (Evjen et al., 2018; Helsedirektoratet, 2012; Karlsson & Borg, 2018). Tilgjengelighet tolkes i denne sammenheng som å oppnå bred kontakt mellom tjenestene og bruker, gjennom oppsøkende arbeid og å være tilgjengelig når brukeren har behov for bistand. Informantene i studien viser også til viktigheten av å kunne ha tettere kontakt med brukerne i perioder. Funnene støtter studien til Evjen et al. (2018) som også beskriver at intensitet i kontakten i Recoveryorienterte tjenester til mennesker med ROP-lidelser bør tilpasses etter situasjon og behov, samt kontinuitet gjennom langvarig oppfølging av samme behandlingsteam. Studien støtter videre Helsedirektoratets (2012) anbefalinger om at aktivt oppsøkende og pågående metoder og bruk av telefon og SMS i tjenestene er verdifullt for samhandling med mennesker med ROP-lidelser. Samtidig viser informantene til at dette nødvendigvis ikke er enkelt i praksis, blant annet på grunn av brukernes aktive rusperioder, utfordrende atferd og perioder hvor brukerne ikke er tilgjengelig for fagutøvere.

Denne studiens funn viser at de kommunale tjenestene påvirkes av de organisatoriske rammene og preges av nettopp for lite ressurser og lite tid til å følge opp mennesker med ROP-lidelser i den grad det kreves. Ramsdal (2018) peker på at rammebetingelsene påvirker handlingsrommet til den enkelte fagutøver. Borg og Karlsson (2013) hevder at det er nødvendig at fagutøvere har handlingsrommet til å både kunne tenke og handle fleksibelt når tjenestene gis. Ramsdal (2018) viser til at fleksible tjenester handler om at fagutøvere gis mulighet til å møte brukeren og tilpasse hjelpen når de har behov for det. Informantene i studien viser at fleksibilitet i praksis blir en utfordring når arbeidshverdagen er preget av lite tid, men også dersom ledere pålegger fagutøverne krav om å planlegge arbeidshverdagen slik at den preges av innhold til enhver tid. For lite tid og ressurser vil derimot gå mot

Recoveryorienterte prinsipper, og føre til at fagutøverne er mindre tilgjengelige for brukerne. Det vil også kunne medføre at mennesker med ROP-lidelser ikke blir møtt i den grad de trenger når de har akutte behov for hjelp. I tråd med Brekke, Lien og Biong (2018) viser informantene til at langvarige tillitsforhold i deg selv er en kilde til positive endringer hos brukerne. Dersom ledere i kommunen ikke ser viktigheten av tilgjengelige tjenester og at fagutøvere får nok tid til hver enkelt bruker kan dette føre til redusert tillit og at deres beslutninger gjør at det blir en utfordring å motta tjenester for mennesker med ROP-lidelser. Rammebetingelser preget av lite tid, lite ressurser, arbeidslistene og lite fleksibilitet i tjenestene står i kontrast til tidligere forskning og anbefalingene for Recoveryorienterte praksiser.

Informantene i studien beskrev at en vanlig utfordring for mennesker med ROP-lidelser er døgnrytme, noe som gjør at brukerne er mindre tilgjengelige på dagtid og at helgene blir en utfordring for veldig mange. Dersom tjenestene ikke er tilgjengelig i tid og rom, avviker dette fra anbefalingene om Recoveryorienterte praksiser og det Almvik et al. (2011) beskriver som nøkkelen til god og individuell tilpasset hjelp. Samtidig viser funn i denne studien at fleksibilitet i hjelpetilbudet til mennesker med ROP-lidelser krever både individuell innsats og stor utholdenhet fra fagutøverne. De Ruyscher et al. (2017) hevder at fagutøvere må evne å ta hensyn til brukerens opp og nedturer, samt at individuellbaserte behandlingstilbud er avgjørende for at brukere skal lykkes i Recoveryprosessen. Dette kan også utfordre fagutøvere i forhold til grenser som må settes når det gjelder tid. Personer med brukererfaring blir omtalt som nyttig for å utfordre eksisterende systemer og dermed også for fagpersonene (Evjen et al., 2018). Selv om temaet ikke blir omtalt i denne studien er det viktig å påpeke som Karlsson og Borg (2017) skriver, at ansettelser av personer med brukererfaring kan være nøkkelen til at tjenesten blir Recoveryorientert. Ansatte med brukererfaring kan blant annet bistå med sosiale aktiviteter i tjenestene, som videre bidrar med å frigjøre mer tid til andre oppgaver som krever formell helsefagligkompetanse.

I tråd med Pedersen (2014) viser funn i denne studien at det er behov for kontinuerlige refleksjoner over egne holdninger og handlinger i praksis. Fagutøvere må reflektere over om de står i veien for personen de skal støtte, eller om de selv representerer en barriere mot recovery ut fra handlinger, holdninger og hvordan virksomhetene representeres. Andresen og Ness (2015) beskriver at betingelser som; støtte fra kolleger og nærmeste leder, avklarte roller og forventninger, nærhet og opplevd tillit fra ledelse er faktorer som kan bidra til støttende arbeidsmiljø. Dette samsvarer med informantenes opplevelser om at støtte fra ledelse og

kollegastøtte er særlig viktig for fagutøvere i en utfordrende og uforutsigbar arbeidshverdag som det er med mennesker med ROP-lidelser. Slike arbeidsbetingelser kan derfor gi et godt grunnlag for å yte støtte til personer med ROP-lidelser i seg selv. Funn i studien viser at fagutøvere må evne å være utholdende og tålmodig for å kunne stå stødig i krevende situasjoner.

Andre studier viser at det foreligger økt risiko for utbrenthet og depresjon blant fagutøvere som har en sosial og følelsesmessig nærkontakt til andre mennesker (O'Connor et al., 2018). På bakgrunn av funn i denne studien kan overnevnte scenarier forebygges med kollegaveiledning. Men hvordan er det da for informanten i denne studien som har vært alene som psykisk helsearbeider i en mindre kommune, over mange år? Selv om informanten opplevde god støtte fra samarbeidspartnere i førstelinjetjenesten, var informanten ansvarlig for alle sider av oppfølgingstjenester og tilbud til mennesker med rus- og psykiske lidelser. Ansvar og selvstendighet kan være positivt, men sett i lys av hva som vektlegges i arbeid med ROP-lidelser og Recoveryorienterte praksiser viser funnene i studien at dette byr på flere utfordringer. Fagutøvernes arbeidsoppgaver er på mange måter de samme i alle psykiske helse- og rustjenester, uavhengig om det er mindre eller store kommuner. Likevel må fagutøvere i mindre kommuner ta langt flere avgjørelser uten å få rådført seg med kollegaer, blant annet på grunn av fraværende fagmiljø. Fagutøveren beskriver ulike krav og dilemmaer som kan ses i lys av det Ramsdal (2018) frykter kan føre til utbrenthet. Informanten i studien kommer med flere eksempler som vekker undring om hvordan dette kan ha vært. Det ligger imidlertid utenfor denne oppgavens problemstilling å gå inn på dette. Det er likevel nødvendig å nevne at både statlige og lokale myndigheter må være oppmerksomme på utfordringene som kan fremkomme i de små kommunene, slik at det kan legges til rette for en bedre arbeidssituasjon.

### 5.3 Utfordringer i Recoveryorienterte praksiser til mennesker med ROP-lidelser

Det er av flere grunner, som studien viser, en utfordrende oppgave for fagutøvere i kommunale psykisk helse- og rustjenester å støtte mennesker med ROP-lidelse. Studien viser at selv erfarne fagutøvere kan føle seg maktesløse i møte med utfordrende brukere. ROP-lidelser er en stor helseutfordring (Biong & Ytrehus, 2012) som krever bred kompetanse, høyt kunnskapsnivå, spesielle ferdigheter, samt samarbeid på tvers av nivåer og sektorer samtidig

(Helsedirektoratet, 2012). Brukergruppen bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og havner ofte utenfor behandlingstiltakene av flere årsaker (Helsedirektoratet, 2012).

Et kjennetegn på fagutøvere som arbeider Recoveryorientert, er de som har mot til å håndtere de ulike og komplekse endringsprosessene brukerne har (Karlsson & Borg, 2017). Funn i denne studien viser at selv når brukere tar avgjørelser informantene ikke synes er like gode, forblir fagutøverne støttende. I tråd med Ramsdal (2018), viser også funn i denne studien at fagutøvere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid står ovenfor krevende arbeidshverdager over tid. Informantene i studien mener at en indre trygghet i seg selv, samt å evne å ha håp i vanskelige perioder er essensielt for fagutøvere som arbeider med brukergruppen.

Bearbeiding av forventninger og følelser, samt anerkjennelse og forståelse fra kolleger, kan bidra til at man får et mer avklart forhold til seg selv og blir bedre rustet til å møte utfordrende oppgaver. I denne studien var det viktig for informantene å se hele mennesket, gjennom kunnskap, og å fokusere på styrker til brukerne og muligheter for mestring for å holde ut i arbeidet.

Borg og Karlsson (2013) beskriver at fagutøvere må ha en arbeidsform som er preget av pragmatisk tilnærming til riktige tiltak, og som går utenfor den tradisjonelle fagrollen. Ramsdal (2018) skriver at det krever mye av ansatte når de ikke lenger er støttet av institusjonelle rammer og i større grad må arbeide fleksibelt. Ifølge denne studiens informanter er fagutøvere innen tjenester for mennesker med ROP-lidelser ofte alene i kontakten med brukere. Dette fordrer at fagutøvere har en grunnleggende trygghet og en faglig tygde i en langt mer uforutsigbar arbeidshverdag. Samtidig kan trusler og aggressivitet fra brukere medføre store belastninger for fagutøveren, men også en rekke uheldige konsekvenser for brukerens egen Recoveryprosess.

Å bygge en likeverdig relasjon, gjennom dialog og gjensidighet, kan være forebyggende i seg selv. Recoveryorientert praksis skal ta hensyn til brukeren (Borg et al., 2013), men tillater at begge partene setter ord på sine erfaringer og opplevelser. Funn i denne studien viser at relasjonen mellom fagutøvere og brukere blir utfordret når brukerne er «for syke» til å ta egne beslutninger eller motta nødvendig informasjon. Recoveryorienterte prinsipper som tillit, frivillighet og samarbeid er ikke nødvendigvis tilstede under tvangsinnleggelse, noe som fører til at fagutøvere står ovenfor store etiske dilemmaer. En av informantene i denne studien påpeker at denne balansegangen er vanskelig. For brukere kan en belastet bakgrunn og

tidligere innleggelseserfaringer ha medført at mange har mistet tilliten til- og troen på andre mennesker. Med bakgrunn i at brukere anser tilliten til sine hjelpere som en forutsetning for hjelpsom hjelp (Pettersen et al., 2019), blir relasjonen mellom partene utfordret på godt og vondt når fagutøvere på en side må være på tilbudssiden, samtidig som de må presse brukere til å ta imot medisinsk behandling eller forvalte tvangsinnleggelse.

Det er viktig å opprettholde en humanistisk praksis i alle tjenester, hvor personer med rus- og psykiske utfordringer ses i sammenheng med hver enkelt persons liv og erfaringer. Å utvikle slike holdninger er essensielt for å utvikle helsefremmede tjenester (Biong, 2015). Funnene i denne studien viser at stigmatisering utfordrer både brukere og fagutøvere i kommunale psykisk helse- og rustjenester. Funnene viser i tråd med Biong (2015) at det er utfordrende for mennesker med ROP-lidelser å opprettholde sosialt nettverk i mindre kommuner hvor mange kjenner hverandre. Dette gjelder ikke bare i møte med samfunnet, men også holdninger i offentlige tjenester. Funn i denne studien viser at informantene må motivere brukere til å overvinne stigma i samfunnet, i tillegg til at fagutøvere må arbeide for å motarbeide stigma i møte sentrale samarbeidspartnere, som blant annet NAV og spesialisthelsetjenesten. Funnene viser også at negative holdninger mot brukerne fremkommer. Ifølge Evjen et al. (2018) kan dette også påvirke fagutøveres holdninger til å yte gode tjenester på tross av at de ikke har et ønske om det. Fagutøvere kan også oppleve negative emosjonelle reaksjoner i samhandling med brukergruppen, noe som er godt dokumentert i tidligere forskning (Evjen et al., 2018). Dette fører til at brukerne føler de møter mer motstand enn andre brukergrupper. Funn i denne studien viser også til at mennesker med ROP-lidelser kan vise aggressiv oppførsel og være avvisende til fagutøvere, noe som ifølge Evjen et al. (2018) kan føre til hjelpeløshet hos personalet. Som det fremgår i denne studien er det viktig at fagpersoner tenker over hvilke faglige og moralske standpunkter de har overfor mennesker med ROP-lidelser, og hvordan holdningene uttrykkes i samhandling med personene, i tråd med at holdninger og følelser hos fagutøvere er viktig for effekten av behandlingen.

Kommunehelsetjenesten ses på som katalysatorer i behandlingen. En har brukermedvirkning hvor personen selv bestemmer hvilke prioriteringer som skal gjøres underveis, og hvilke hensyn som skal tas i aktiviteter og arbeid (Biong, 2015). Dette avhenger også av hvor motivert brukeren er selv til å gjennomføre endringer underveis. Funnene i denne studien viser at mennesker med ROP-lidelser er preget av ambivalens til endring, noe som er tråd med beskrivelser av Evjen et al. (2018). Informantene viser til erfaringer om at brukerne gjerne har

et ønske om å komme seg ut av rusbruken sin, men kan ha lavt rusmestringsnivå som preger motivasjonen. Evjen et al. (2018) hevder at det er viktig å ta de verbale uttrykte ønskene alvorlig, selv om de konkrete valgene som tas ikke umiddelbart er i tråd med dem. Karlsson og Borg (2017) påpeker at Empowerment styrker pasientens håp om at det er mulig med forandring.

En metode som blir brukt i Recoveryorienterte praksiser er motiverende intervju. Metoden fokuserer på endring, motivasjon og mestring gjennom konstruktive samtaler om tanker, følelser og behov. Gjennom samtalene kan brukerne selv se mulighetene og bestemme seg for at endring kan forekomme (Evjen et al., 2018). Denne studiens funn viser at utholdenheten kan være vanskelig å holde fast på når brukere er lite motivert og preget av ambivalens. Likevel beskriver informantene at det er nødvendig med tålmodighet og forståelse for at endringsarbeid for mennesker med ROP-lidelser er en langvarig prosess og krever mye tid til nettopp motivasjonsarbeid. Sælør og Bjerknes (2018) hevder at ambivalensen og motstand vil være naturlig da det gjerne er snakk om både skifte av livsstil, situasjon, holdninger og væremåte hvor også enkelte kvitter seg både med rusmidler, ruskultur, personlighetstrekk og problemene dette medfører. Det er derfor viktig at brukere selv opplever og erfarer at de også har positive ressurser og sterke sider som kan benyttes i endringsprosessen.

Funnene i studien beskriver betydningen av å kunne vise sensitivitet i relasjonen til mennesker med ROP-lidelser, da informantene har erfaringer med at motivering til endring på feil tidspunkt kunne være uheldig. Biong (2015) hevder at om fagutøvere har ambisjoner om å oppnå konkrete resultater, og dersom brukere opplever dette som press, så kan maktforholdet mellom partene bli utfordret. Funnene i denne studien er i tråd med studien til Biong og Soggiu (2014) som viser at samtaler med fokus på hverdagslivet, brukernes ressurser og egne synspunkter på innhold kan være en god inngang i Recoveryorienterte tilnærminger. Endringsprosesser burde starte med- og opprettholdes av brukernes endringsmotivasjon gjennom ønsker, vilje og drivkraft. Man kan spørre seg om spenningen mellom effektivitet og forsvarlig faglighet kan forebygges og oppveies av de positive og meningsfulle erfaringer informantene har i arbeidet med Recoveryorientert praksis til mennesker med ROP-lidelser.

## 5.4 Metodediskusjon

Studien har en kvalitativ tilnærming som ble vurdert som godt egnet til å belyse problemstillingen: *Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid med Recoveryorientert praksis for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse?*

Studiens målsetning har ikke vært å generalisere, slik som i kvantitative studier. Hensikten har vært å utforske Recoveryorientert praksis slik fagutøvere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for mennesker med ROP-lidelser har erfart det. Funn fra denne studien kan dermed ha relevans for praksis og videre forskning på fagområdet.

Forskerens tilstedeværelse og bakgrunn vil ha innflytelse på intervju situasjonen og dermed indirekte på studiens funn (Malterud, 2017). Som beskrevet nærmere i kapittel 3.9 (s.29) er det viktig å være bevisst på- og åpen om dette.

Gjennom mine litteratursøk fant jeg få kvalitative studier basert på fagansattes erfaringer fra psykisk helsearbeid overfor mennesker med en kombinasjon av rus- og psykiske lidelser. Praksisnære kvalitative studier som denne, hvor ansattes erfaringer utforskes i dybden, kan dermed bidra med kunnskap som kan være til nytte på fagområdet psykisk helsearbeid. En styrke med studien er at alle informantene hadde lang erfaring med å støtte mennesker med ROP-lidelser i kommunal psykisk helse- og rustjeneste. De hadde stort aldersspenn og begge kjønn er representert i studien. Informantene hadde derfor godt grunnlag for å svare på spørsmålene og bidra med selvstendige refleksjoner. Selv om studien er basert på et lite utvalg, håper jeg at studiens nærhet til praksisfeltet; med innblikk i fagutøvers erfaringer og opplevelser, gjør at den har relevans for- og overførbarhet til tilsvarende tjenestetilbud. Dette kan for eksempel være botiltak og oppsøkende tjenester innen kommunale psykisk helse- og rustjenester. Studien vektlegger ikke forståelsen av begrepet Recovery eller lidelsenes alvorlighetsgrad, noe som må tas med når en vurderer overførbarheten til lignende studier.



## 6.0 Konklusjon

Studiens funn viser at fagutøvere har glede av å arbeide Recoveryorientert overfor mennesker med ROP-lidelser, til tross for utfordringer og dilemmaer de møter i arbeidet. Videre belyser studiens funn flere interessante sider ved Recoveryorientert praksis som fenomen når det gjelder psykisk helsearbeid rettet mot denne brukergruppen. Fagutøveres beskrivelser av sine erfaringer er verd å ta i betraktning for å forstå hvordan psykisk helsearbeid kan utøves i praksis, men kan også ses i et samfunns- og individperspektiv. Utviklingen av Recoveryorienterte praksiser synes å bidra til utvikling og vekst blant fagutøvere gjennom bevisstgjøring, opplæring og refleksjon.

Fagutøvere vektlegger imøtekommenhet, motivasjonsarbeid, støtte, og respekt for brukerens egne valg, samt fokus på brukerens interesser og det personen selv ønsker å gjøre. Funnene viser at Recoveryorientering utfordrer tradisjonelle holdninger og kulturer i helse- og omsorgstjenester, og i forhold til mennesker med ROP-lidelser er en slik praksis både faglig og personlig krevende for fagutøvere. Å gi støtte til personene med ROP-lidelser i perioder hvor det er høyt rusinntak og høye symptomtrykk viser seg å være utfordrende. Videre viser studien at tjenestene bør organiseres slik at det legges til rette for blant annet tid til refleksjon, kollegaveiledning, fleksibilitet og tilgjengelighet. Effektiviteten i tjenestene påvirkes av kravet om New Public Management, noe som utfordrer fagutøveres arbeidshverdag.

Det er viktig at kommunale psykisk helse- og rustjenester fortsetter å arbeide videre i retning av faglige føringer som har fokus på samarbeid og likeverdige relasjoner til brukere, i tillegg til samarbeidsforhold til samarbeidspartnere i andre hjelpeinstanser. Funnene fra denne studien tyder på at det er behov for en tydeliggjøring av arbeidsoppgaver og ansvarsområder mellom de ulike instansene som yter tjenester til mennesker med ROP-lidelser. Dette kan bidra til kunnskapsdeling om Recoveryorientert praksis overfor brukergruppen og hvordan både organisasjoner og fagutøvere kan legge til rette for en praksis som kommer brukerne gode. Uttrykket fra informanten; «*For syk til rusbehandling og for ruset til psykisk helsevern*», tyder på at politikere, helsemyndigheter og helsepersonell må arbeide med rammebetingelser og hvem som besitter kunnskap om å fatte beslutninger som skal ligge til grunn for behandlingen som tilbys til mennesker med ROP-lidelser. Om ikke vil kommunen i stor grad bli stående alene med de aller sykeste brukerne.

Det er behov for flere innovative tilnærminger til praksisutvikling og forskning som adresserer utfordringene i Recoveryorientert praksis rettet mot mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse. Metoder som fokusgruppeintervju eller deltakerobservasjon kunne gi forskjellige beskrivelser, og en case-study-tilnærming ville ha gjort en utforskning av prosessen med å utvikle Recoveryorienterte praksiser i denne konteksten. Studien gir en indikasjon på områder en kan se nærmere på, samtidig som flere av funnene understøtter tidligere forskning på feltet. Jeg har i denne studien hatt fokus på fagutøveres erfaringer, og det ville vært interessant å intervju brukere av disse tjenestene om jeg skulle gjennomført en senere studie. Det kunne også vært interessant å se på hvordan fagutøvere støtter mennesker med ROP-lidelser i de ulike prosessene som beskrives i «CHIME»; av Karlsson og Borg (2017. s. 101). Det er også behov for mer forskning på hvordan fagutøvere opplever å arbeide på en måte der man bruker seg selv og sine egne erfaringer, om det i så fall fremkommer negative konsekvenser av det.

## Referanseliste

- Almvik, A. & Borge, L. (2014). *Å sette farger på livet*. 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*, 8(2), 154-162. Hentet fra <http://www.idunn.no/tph/2011/02/art08>
- Andresen, M. & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 110-118. Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2015/02/arbeidsglede\\_hos\\_fagpersoner\\_som\\_moeter\\_unge\\_voksne\\_med\\_samm](http://www.idunn.no/tph/2015/02/arbeidsglede_hos_fagpersoner_som_moeter_unge_voksne_med_samm)
- Askheim, O. P. (2015). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. & Merikangas, K. R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01142-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01142-8)
- Biong, S. (2015). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker - En forskningsbasert evaluering av Brogger LAR/ROP i notodden* (Forskningsrapport nr 15/5015). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2436663>
- Biong, S. & Borg, M. (2016). *Hva handler recovery om?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biong, S. & Soggiu, A. S. (2014). *Psykisk helse og rusteamet i bydel gamle Oslo. En forskningsbasert evaluering om recovery*. (Forskningsrapport nr 10/2014). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4732/BGO2014Final.pdf>
- 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*, 12(1), 50-60. Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2015/01/her\\_tar\\_de\\_tingene\\_i\\_henda\\_og\\_gjoer\\_noe\\_med\\_de\\_t\\_om\\_recov](http://www.idunn.no/tph/2015/01/her_tar_de_tingene_i_henda_og_gjoer_noe_med_de_t_om_recov)
- Biong, S. & Svensson, T. (2009). Bridging the gaps: Experiencing and preventing fethreatening heroin overfoses in men in Oslo. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 94-105.
- Biong, S. & Ytrefhus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives and individuals recovering from severe mental health problems*. (Doktorgradsavhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena - muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 105-113. Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2013/02/hjemmet\\_som\\_samarbeidsarena\\_-\\_muligheter\\_og\\_begrensninger\\_i](http://www.idunn.no/tph/2013/02/hjemmet_som_samarbeidsarena_-_muligheter_og_begrensninger_i)

- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA rapport 4). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virkosomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2018). Experience of professional helping relations by person with co-occurring mental health and substance use disorders. *Int J Ment Health Addict, 16*(1). <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study and staff experiences in Norway. *Int J Ment Health Syst, 12*(30). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Bye, H. H., Herrebrøden, H., Hjetland, G. J., Røyset, G. Ø. & Westby, L. L. (2014). Stereotypes of Norwegian social groups. *Scandinavian Journal of Psychology., 55*(5), 469-476. <https://doi.org/10.1111/sjop.12141>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chen, F.-P. (2017). Å bygge et arbeidsfelleskap: Ansatte over i et klubbhus for mennesker med alvorlig psykisk sykdom. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 651-663. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0757-y>
- Davidson, L. (2018, 07.07.18). *Recovery misbrukes til å la være å hjelpe*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/22564/-Recovery-misbrukes-til-a-la-vare-a-hjelpe>
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Tondora, J., Fry, J. & Kirk, T. (2008). From “Double Trouble” to “Dual Recovery”: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis, 4*(3), 273-290. <https://doi.org/10.1080/15504260802072396>
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8*(3), 177-201. <https://doi.org/10.1080/15487760500339360>
- Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A.J. & Sanhope, V. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental Health Review Journal, 22*(3), 179-190. <https://doi.org/DOI:10.1108/MHRJ-01-2017-0007>
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Person with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis, 13*(4), 264-279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J. & Helmsetter, B. (2006). Ten year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin, 32*(3), 464-473. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj064>
- Eide, H., Sibbern, T. & Johannessen, T. (2011). Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgia patients' expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67*(6), 1242-1253. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05579.x>
- Elstad, T. A. & Johannsen, G. S. (2017). *Mental health, participation and social identity. I Participation in Health and Welfare Services*. New York: Routledge.

- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* (FHI notat 10.08.18). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- Gonzalez, M. T. & Andvig, E. (2015). Experiences of Tenants with Serious Mental Illness Regarding Housing Support and Contextual Issues: A Meta-Synthesis. . *Issues in Mental Health Nursing*, 36(12), 971-988. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1067262>
- Gråwe, R. W. (2014). *Forståelse og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gråwe, R. W. (2016). *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Stortingsmelding nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* (Stortingsmelding nr. 16). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* (Stortingsmelding nr. 30). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. (Helsedirektoratet. 2012. IS-1948). Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalfagligretningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Helsedirektoratet. 2012. IS-2076). Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestringVeileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Oslo.
- Hipolito, M. S., Carpenter-Song, E. & Whitley, B. (2011). Meaning of Recovery from the perspective of people with dual diagnosis., 3(3), 141-149. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.592392>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt-ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johnson, T. A. & Wilhelmsen, K. H. (2018). En annerledes arena for psykisk helse- og rusarbeid? - Recoveryverksted som arena for samarbeid og dialog. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery - Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling.* . Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salatugenese og psykiske helseproblemer- kunnskapsoppsummering.* (NAPHA rapport nr 1/2014). Høgskolen i Bergen.
- Lauveng, A. (2006). *Unyttning som en rose.* Oslo: Cappelen Damm.
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V., Macpherson, R., Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. . *Implementation Science, 10*(87), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mayers, N. A. L. (2016). Recovery stories: An anthropological exploration of moral agency in stories of mental health recovery. *Transcultural Psychiatry, 53*(4), 427-444. <https://doi.org/10.1177/1363461516663124>
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction, 110*(3), 401-413. <https://doi.org/10.1111/add.12693>
- Moderniseringsdepartementet, K. o. (2015). *Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner.* (St.meld. nr. 40 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-2014-2015/id2401505/?ch=1>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis.* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first- person perspectives. . *Advances in Dual Diagnosis, 7*(3), 107-117. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10*(3), 219-228 Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2013/03/aa\\_delta\\_med\\_det\\_du\\_kan\\_betydningen\\_av\\_meningfulle\\_akti](http://www.idunn.no/tph/2013/03/aa_delta_med_det_du_kan_betydningen_av_meningfulle_akti)
- O'Connor, K., Muller Neff, D. & Pitman, S. (2018). "Burnout in mental health professionals: A systematic review and metaanalysis of prevalence and determinants". *Eur Psychiatry, 53*, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Pedersen, A. (2014). *Recovery som fagperspektiv og praksisfelt.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, P. B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation – changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems, 3*(28). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J. & Davidson, L. (2019). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *SAGE Journal, 13*(1). <https://doi.org/10.1177/1178221819833379>
- Ramsdal, H. (2013). Statlige reformer og lokal iverksetting- hva betyr det for psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10*(4), 328-337. Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2013/04/statlige\\_reformer\\_og\\_lokal\\_iverksetting\\_-\\_hva\\_betyr\\_det\\_fo](http://www.idunn.no/tph/2013/04/statlige_reformer_og_lokal_iverksetting_-_hva_betyr_det_fo)

- Ramsdal, H. (2018). Fagpersoners recovery - mellom ansvarsfraskrivelse og ansvarsoversvømmelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 374-377. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-11>
- Reed, N. P., Josephsson, S. & Alsaker, S. (2020). A narrative study of mental health recovery: exploring unique, openended and collective processes. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 15(1), 1747252. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1747252>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Kjennerud, T. R., Thams, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge* (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2018). Oslo. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Rogan, T. (2014). *Fra Opptappingsplan til samhandlingsreform*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Salzmann, E. M. (2013). An integrative review of what contributes to personal recovery in a psychiatric disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(3), 185-191. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.737892>
- Semb, R., Borg, M. & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhøringsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 204-220. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>
- Skaiå, A. (2003). Betydningen av mening. *Tidsskrift for norsk legeforening nr. 13-14*, 123. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2003/06/kronikk/betydningen-av-mening>
- Slade, M. (2015). *100 Råd som fremmer recovery; en veiledning for psykisk helsepersonell* (NAPHA - rapport nr. 01/15). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- 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*, 10(1), 36-45 Hentet fra [http://www.idunn.no/tph/2013/01/medvandrer\\_og\\_hverdagshjelper\\_-\\_fagpersoners\\_erfaringer\\_med](http://www.idunn.no/tph/2013/01/medvandrer_og_hverdagshjelper_-_fagpersoners_erfaringer_med)
- Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 141-158). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sælør, K. T., Ness, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences Of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Ulfseth, L. S., Josephsson, S. & Alsaker, S. (2015). Social relations in everyday activities among patients with persistent mental illness at a psychiatric centre. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/15017419.2013.781959>
- Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. & Karlsson, B. (2019). Relasjonell recovery – utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90-100. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04>

Walsh, F. P., Meskell, P., Burke, E. & Dowling, M. (2017). Recovery-based training in mental health: Effects on staff knowledge and attitudes to recovery. . *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 886-896. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1346014>



## Vedlegg

Vedlegg 1

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har ansatte i kommunal tjeneste med recovery for personer med samtidig rus og psykisk lidelse?

#### Referansenummer

530287

#### Registrert

17.11.2018 av Therese Bergsnev - [therb@stud.ntnu.no](mailto:therb@stud.ntnu.no)

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for psykisk helse

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Toril Anne Elstad, [toril.a.elstad@ntnu.no](mailto:toril.a.elstad@ntnu.no), tlf: 73412281

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Therese Bergsnev, [theresebergsnev@hotmail.com](mailto:theresebergsnev@hotmail.com), tlf: 93226511

#### Prosjektperiode

01.01.2019 - 31.12.2020

#### Status

30.09.2019 - Vurdert

#### Vurdering (2)

##### 30.09.2019 – Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 24.9.2019.

Vi har nå registrert at 31.12.2020 er ny sluttdato for prosjektet (opprinnelig 31.12.2019).

Vi gjør oppmerksom på at dersom det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, må det påregnes at utvalget informeres om forlengelsen.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa  
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **09.01.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 9.1.2019. Behandlingen kan starte.

### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til dato.

### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

### **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Informasjonsskriv og forespørsel

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid med Recoveryorientert praksis for personer med samtidig rus og psykisk lidelse»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske ansatte i kommunal psykisk helse og rustjeneste sine erfaringer ved å arbeide Recoveryorientert med personer med ROP-lidelse.

Jeg – Therese Bergsnev – er mastergradsstudent i psykisk helsearbeid ved NTNU og skal i forbindelse med mastergraden utføre dette prosjektet. Målet med prosjektet er å få kunnskap om hva ansatte i kommunal tjeneste legger i begrepet Recovery og hvilke erfaringer ansatte praktiserer ut fra sin forståelse av det.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer å delta i et individuelt intervju om tema Recovery. Du som ansatt spørres med dette om du vil delta i et individuelt intervju og dele dine tanker og erfaringer om temaet.

For å få belyst erfaringene dine ønsker jeg å gjennomføre et intervju i tidsrommet oktober 2019. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut på papir og analyseres slik at det kan presenteres i en masteroppgave og en eventuell vitenskapelig artikkel. Intervjuet vil anslagsvis vare mellom en og halvannen time og krever ingen forberedelser. For å få et bilde av eksisterende meninger og erfaringer er det viktig å komme slik man er. All relevant erfaring ansees som verdifull.

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

Om du ønsker å delta i et individuelt intervju vil jeg i forkant spørre deg om noen enkle opplysninger. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at masterstudenten og vedkommende veileder vil ha taushetsplikt for alle personopplysninger som samles inn, og der er kun disse som har tilgang til informasjonen fra deg. Datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, senest 31.12.20.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du skulle ønske å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte mastergradsstudent Therese Bergsnev på telefon 93 22 65 11 eller på epost: [theresebergsnev@hotmail.com](mailto:theresebergsnev@hotmail.com)

### **Personvern**

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor i forhold til hensikten med prosjektet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene presenteres. Studien er meldt til Personombudet for forskning NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektleder Toril Anne Elstad har ansvar for faglig gjennomføring av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

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

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

### **Informasjon om utfallet av studien**

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

**Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å skrive under på samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten.**

***Trondheim, 16.11.18***

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Toril Anne Elstad

Mastergradsstudent  
Therese Bergsnev

## Samtykkeerklæring til deltakelse

Jeg er villig til å delta i studien om hvilke erfaringer ansatte i kommunal tjeneste har med recovery for personer med samtidig rus og psykisk lidelse, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju og at lydbånd vil bli benyttet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Forespørsel om tilleggsinformasjon

### Forespørsel:

**Til deg som studiedeltaker i studien: Hvilke erfaringer har ansatte i kommunal tjeneste med recovery for personer med samtidig rus og psykisk lidelse?»**

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

Vær så vennlig og skriv ned:

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

Tusen takk!

Med vennlig hilsen

Therese Bergsnev, mastergradsstudent i psykisk helsearbeid

Tlf. 93 22 65 11

E-post: theresebergsnev@hotmail.com



## Intervjuguide

1. Hvordan jobber du i dag for å støtte mennesker med ROP-lidelser?
2. Når du tenker på Recovery i psykisk helsearbeid, hva betyr det for deg?
3. Hva betyr Recoveryorientert praksis for deg ut fra din erfaring?
4. Hvordan jobber du på en Recoveryorientert måte for å støtte mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser? Konkrete eksempler?
5. Hva kan fremme/hemme Recoveryorientert praksis til mennesker med ROP-lidelser slik du ser det?
6. Hvilke betingelser må være på plass for å kunne jobbe Recoveryorientert? Har du møtt utfordringer knyttet til betingelsene?
7. Er det noe som gjør det vanskelig eller krevende å jobbe Recoveryorientert til personer med ROP-lidelser?
8. Avslutningsvis, er det noe som ikke har blitt sagt, som du ønsker å si?

Oppfølgingsspørsmål:

Gjerne fortell mer om det!

Det vil jeg høre mer om!

Hvordan jobber du med det?

Hva gjør du for å oppnå det?

Hvilke erfaringer har du med det?

Hvordan føltes dette for deg?

På hvile måter har det vært nyttig/ikke nyttig?

