

Ayla Cathrin Sand

# Recoveryorientert praksis med ROP- brukere

Recovery-oriented practice with individuals with  
co-occurring substance use and mental disorders

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Cecilie Ellefsen

Mai 2024



Ayla Cathrin Sand

# **Recoveryorientert praksis med ROP- brukere**

Recovery-oriented practice with individuals with co-occurring substance use and mental disorders

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid  
Veileder: Cecilie Ellefsen  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Recovery har vært fremtredende og “i vinden” innen rus- og psykiatri i Norge de siste årene. En recoveryorientert tilnærming forankret i brukerens iboende ressurser og ønsker, hvor brukermedvirkning og medbestemmelse spiller en sentral rolle ved å gi brukeren økt innflytelse og styring i prosessen. Flere brukere rapporterer om økt livskvalitet når fokuset rettes mot deres involvering og medvirkning i hjelpeprosessen. På en annen side kritiseres denne tilnærmingen for å legge ansvaret over på brukeren. ROP-brukere er en svært sårbar og marginalisert gruppe som ofte trenger langvarig oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale oppfølgingstjenester. Det reises spørsmål om hvilken grad en recoveryorientert praksis kan medføre en ansvarsfraskrivelse fra hjelpesystemet. I tillegg drøftes utfordringer knyttet til økende antall brukere og begrensede ressurser, samt hvordan disse faktorene kan påvirke denne tilnærmingen. Denne oppgaven utforsker ulike tilnærminger til recovery, og diskuterer hvilke utfordringer som kan oppstå i en recoveryorientert praksis med ROP-brukere.

## Abstract

Recovery has become a prevalent and widely discussed concept within the field of substance use and mental health in Norway in recent years. A recovery-oriented approach is rooted in the individual's inherent resources and desires. User involvement and empowerment are central, as users gain increased control in the process. Many users report an enhanced quality of life when their participation is emphasized in the process. However, critics argue that this approach places too much responsibility on the user, shifting the burden away from the support system. Individuals with co-occurring substance use and mental health disorders (referred to as ROP-users) constitute a highly vulnerable and marginalized group, often requiring prolonged support and services from both specialized healthcare and community follow-up services. There is an ongoing debate regarding the extent to which a recovery-oriented practice might result in a disavowal of responsibility by the support system. Furthermore, the challenges related to the growing number of users and constrained resources are examined, emphasizing the potential effects on implementing such an approach. This assignment explores various approaches to recovery and discusses the challenges that may arise in implementing a recovery-oriented practice with ROP-users.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>0</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>0</b>
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>3</b>
1.1 Innføring i tema.....	3
1.2 Relevans for sosialt arbeid.....	3
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Avgrensninger.....	4
1.5 Oppgavens oppbygning.....	5
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
2.1 Litterær oppgave.....	7
2.2 Søkeprosessen.....	7
2.3 Kildekritikk og relevans.....	8
<b>3.0 Teoretiske perspektiv</b> .....	<b>11</b>
3.1 Recovery.....	11
3.1.1 Personlig.....	12
3.1.2 Sosiale relasjoner.....	12
3.1.3 Sosial tilhørighet.....	13
3.1.4 Brukermedvirkning.....	14
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
4.1 Ulik grad av brukermidvirkning.....	17
4.2 Individtilpasset oppfølging.....	18
4.7 Standardisering.....	20
4.3 Ansvarsfraskrivelse.....	21
4.4 Ressursmangel.....	22
4.6 Holdninger til ROP som brukergruppe.....	24
<b>5.0 Avslutning</b> .....	<b>26</b>
<b>6.0 Referanseliste</b> .....	<b>28</b>



# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Innføring i tema

De siste årene har det vært et økt fokus på oppfølging og tjenester til personer med ROP-lidelser. ROP er en forkortelse for rus- og psykiatri, noe som betyr at personer med både en ruslidelse og en psykisk lidelse havner inn under denne kategorien. Begrepet blir koblet til personer med et alvorlig vedvarende misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse (Aakerholt, 2006). Brukere med dobbeltdiagnosen, altså ROP-lidelse, har ofte behov for langvarig oppfølging av både spesialisthelsetjenesten og kommunale oppfølgingstjenester. Selv om det har vært et økt fokus og mer kunnskap om ROP-lidelser, ser det fortsatt ut til at det er gjentatte utfordringer og mangler i hjelpetilbudet til brukergruppen (Fredwall, 2018).

I 2012 ble det utarbeidet nasjonale retningslinjer for oppfølging av personer med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Bakgrunnen til utarbeidingen av retningslinjene var et uttalt behov fra både ansatte og brukergruppen om økt kunnskap og forbedringer i tjenestetilbudet rettet mot ROP-brukere. Selv om retningslinjene ikke eksplisitt bruker begrepet “recovery”, gjenspeiler de flere av prinsippene og verdiene som ligger til grunn for en recoveryorientert tilnærming. Recovery har fått økt fokus innen rus- og psykiatrifeltene de siste årene (Biong & Soggiu, 2015). Likhetene mellom retningslinjene og recovery inkluderer fokus på brukerens iboende ressurser, autonomi, og muligheten til personlig vekst og mestring i eget liv. Retningslinjene støtter denne tilnærmingen ved å fremme individuell tilpasning, styrking av brukermedvirkning og selvbestemmelse, samt å fremme en praksis som tar hensyn til brukernes individuelle behov, ønsker og mål (Helsedirektoratet, 2012, s. 64).

## 1.2 Relevans for sosialt arbeid

Som sosialarbeider skal man jobbe for å bedre levekår og livskvalitet hos utsatte grupper. Arbeidet skal være rettet mot brukerens egne verdier, interesser og ressurser, og sosialarbeideren skal aktivt bidra til å myndiggjøre brukeren i prosessen (FO-yrkesetisk dokument, 2019, s. 3). ROP er en brukergruppe som ofte har lav livskvalitet, økonomiske problemer og utfordringer knyttet til å delta og å klare seg på egen hånd i samfunnet. Mange



innen denne brukergruppen er bostedsløse, har behov for langsiktig og omfattende oppfølging, har hyppigere akuttinnleggelses, avvikende atferd og høyere risiko for selvmord (Evjen et al., 2012, s. 24).

ROP-brukere mottar et dårligere hjelpetilbud, da hjelpeapparatet er adskilt mellom rus og psykiatri (Polden, 2017). Et helhetlig hjelpetilbud, med fokus og kunnskap om både de psykiske problemene og rusavhengigheten, vil være sentralt i recoveryprosessen. Dette er fordi utfordringene er såpass sammensatte. De psykiske utfordringene kan bli lettere å håndtere dersom en har god ruskontroll, samtidig som at behandling av de psykiske utfordringene kan gjøre arbeidet med rusavhengigheten lettere (Helsedirektoratet, 2022). Hjelpetilbudet skal ha søkelys på brukernes selvbestemmelse, og det skal ha fokus på myndiggjøring og medvirkning i prosessen (Helsedirektoratet, 2012, s. 41).

### 1.3 Problemstilling

Interessen for brukere med ROP-lidelse ble vekket etter en praksisperiode i et ambulerende team på ROP-boliger. Innblikket i flere ROP-brukeres hverdag ga meg innsikt i hvor sårbare gruppen er i møte med hjelpesystemet, der mange opplevde at deres behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt. ROP representerer en av de mest marginaliserte og sårbare gruppene i samfunnet på grunn av deres komplekse og sammensatte utfordringer (Semb et al., 2016). Med bakgrunnen for min interesse i dette feltet, kombinert med det økte fokuset på brukergruppen og deres tjenestetilbud ønsker jeg å grave dypere i dette temaet. Oppgaven tar utgangspunkt i en recoveryorientert tilnærming, ettersom det er økt fokus på recovery innen rus- og psykiatri. Derfor vil jeg i denne oppgaven undersøke problemstillingen: *Hvilke utfordringer kan oppstå i en recoveryorientert praksis med ROP-brukere?*

### 1.4 Avgrensninger

Sosialt arbeid knyttes til konteksten den utøves i (Vibeto et al., 2019). Det vil derfor være relevant også i denne sammenhengen med en avgrensning av kontekst. Ulike kontekster, for eksempel om brukerne befinner seg i sitt eget hjem eller er under tvangstiltak, påvirker hvordan tjenestene utformes og grad av brukermedvirkning. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til ROP-brukere med daglig oppfølging. Dette inkluderer brukere som bor på ROP-bolig, altså en bolig med base, og brukere med vanlige leieavtaler med enten privat eller kommunal bolig som får tett oppfølging av kommunale tjenester. Dette i motsetning til

brukere som er innlagt med tvang, som har begrenset valgfrihet. Samtidig velger jeg å trekke inn samarbeidet mellom kommunale oppfølgingstjenester og spesialisthelsetjenesten, hvor jeg trekker inn aspekter som kan føre til tvangstiltak, da disse kan regnes som sentrale aktører i mange ROP-brukeres hverdag.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Neste kapittel tar for seg metoden som er brukt for innhenting av relevant data for å svare på problemstillingen. Her belyses også styrker og svakheter ved kildene. Kapittel 3 redegjør for det teoretiske perspektivet recovery. Teorien danner grunnlaget for drøftingen som skjer i kapittel 4. Drøftingen inkluderer utfordringer som kan oppstå i en recoveryorientert praksis i møte mellom ROP-brukere og hjelpesystemet, spesielt rettet mot brukerens mulighet til medvirkning og myndiggjøring i prosessen. Til slutt oppsummeres hovedfunnene i oppgaven.



## 2.0 Metode

En metode kan ses på som et hjelpemiddel og en fremgangsmåte for å undersøke et problem (Dalland, 2020, s. 53). Metoden en velger vil med andre ord si hvordan en velger å gå frem for å få svar og finne data på det en ønsker å undersøke. I denne oppgaven brukes litterær oppgave som metode. Dette kapittelet går nærmere inn på hva metoden litterær oppgave innebærer, søkeprosessen for utvalg av data, og til slutt refleksjon over valgte kilder.

### 2.1 Litterær oppgave

I en litterær oppgave anvendes allerede eksisterende data og fagkunnskap (Dalland, 2020, s. 199). I denne oppgaven er det brukt ulike databaser med faglitteratur for å finne relevant fagkunnskap og forskning for å besvare problemstillingen. Det utføres dermed ingen egen forskning for å besvare problemstillingen, men de ulike sidene drøftes ved hjelp av tidligere forskning på feltet. På grunn av et bredt utvalg av allerede eksisterende data om recovery er metoden litterær oppgave godt egnet for å utforske dette temaet.

### 2.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen handler om hvilke databaser som er brukt for å innhente data og fagkunnskap for å besvare problemstillingen, og hvilke avgrensninger som er gjort i søkene. I begynnelsen av søkeprosessen var problemstillingen svært bred, noe som gjorde at jeg fant mye litteratur og data. Mengden data gjorde det avgjørende å skulle avgrense problemstillingen og videre søk. Jeg valgte å bruke Oria og Idunn som søkebasen. For å begrense datamengden så valgte jeg å avgrense tidsspennet for når litteraturen ble publisert til årstallene 2010 til 2023. På grunn av økt fokus og mer kunnskap om ROP-lidelser det siste tiåret, med blant annet Helsedirektoratets (2012) nye retningslinjer, så sikrer jeg dermed at litteraturen er dagsaktuell. Søkene er avgrenset til norske og engelske kilder. I tillegg har jeg avgrenset flere av søkene til fagfelleverderte tidsskrift, da jeg ønsket et høyere akademisk nivå på litteraturen og teorien jeg skulle bruke i oppgaven. Søkene uten avgrensning til fagfelleverderte tidsskrift bidro til å finne mye av faglitteraturen fra bøker som brukes i oppgaven. I tillegg benyttet jeg folkebiblioteket for å oppnå en omfattende tilgang til informasjon, hvor flere av de relevante bøkene til oppgaven ble funnet.

I begynnelsen av søkeprosessen brukte jeg innledende søk, da problemstillingen ikke var helt spisset enda. Jeg hadde et klart tema og overblikk over hva jeg ønsket å skrive om, men hadde ikke spisset problemstillingen helt enda. Søkeordene som gikk igjen ble “ROP” og “Recovery”, som begge ga mange treff. Disse ga meg en større forståelse for temaet, noe som bidro til å skulle spisse oppgaven og problemstillingen videre. Da jeg til slutt fikk spisset problemstillingen mer, brukte jeg søkeord som “brukermedvirkning”, “utfordringer” og “tvang”, i tillegg til de tidligere nevnte søkeordene. Søkeordene ble også brukt i ulike kombinasjoner med hverandre.

Jeg gjennomførte også supplerende søk ved å konsultere tidligere pensumlitteratur. Dette bidro til å styrke grunnlaget for oppgaven med å integrere etablerte teorier som er relevante. Videre har jeg vektlagt helsedirektoratet for å se på ulike retningslinjer knyttet til oppfølging av ROP-brukere. I tillegg utførte jeg søk på lovdata for å identifisere relevant lovgivning angående pasient- og brukerrettigheter. Dette var essensielt for å kunne integrere juridiske rammer og retningslinjer i oppgaven, og sikre at det var forankret i aktuell lovgivning på feltet.

## 2.3 Kildekritikk og relevans

Kildekritikk refererer til den kritiske vurderingen av data som brukes i oppgaven. Å utøve kildekritikk styrker påliteligheten og relevansen til kildene. Dette innebærer å evaluere kildenes relevans i forhold til problemstillingen og sikre at innsamlingsmetodene er fri for unøyaktigheter. (Dalland, 2020, s. 144).

I utvelgelsesprosessen av data leste jeg gjennom overskrifter, innholdsfortegnelser og sammendrag for å få et inntrykk av hvorvidt kildene var relevante for oppgaven. Jeg brukte Karlsson og Borg (2023) som grunnstein i utdypningen av recovery som teoretisk perspektiv. Da Bengt Karlsson og Marit Borg er anerkjente forfattere innen rus- og psykisk helsefeltet, i tillegg til at boken er oppdatert for å ta for seg nye aspekter ved recovery, ser jeg denne som en pålitelig kilde. Boken trekker også inn veilederen “Sammen om mestring” (Helsedirektoratet, 2014), som handler om psykisk helse- og rusarbeid. I tillegg bruker jeg Napha (Napha, 2024) for å utdype om recovery. Napha blir ofte brukt av andre kilder, som gjør at jeg ser den som en troverdig kilde.

Forskningsartiklene jeg bruker i oppgaven er i hovedsak norske, selv om jeg har vært åpen for engelske kilder. Da recovery er noe nyere i Norge resulterte i et større omfang av flere engelske kilder. Samtidig refererer flere av kildene som brukes i oppgaven til recovery's opprinnelse fra andre land og andre tilnæringer til det. Teorigrunnlaget blir derfor styrket av dette. Da jeg ønsket å rette fokus på hvordan ROP-brukere i Norge opplever utfordringer knyttet til brukermedvirkning i recoveryprosessen, var det naturlig å trekke inn norske forskningsartikler. Dette er med bakgrunn i at jeg tar utgangspunkt i tjenester og hjelpesystemet vi har her i Norge, og ikke har satt meg inn i hvordan tjenester og hjelpesystemet er utformet i andre land. Så selv om begrepet recovery er internasjonalt, og det var et stort omfang av funn fra andre land, var ikke disse knyttet til selve hjelpesystemet som vi har i Norge. Likevel kan kritikk knyttet til selve tilnærmingen av recovery i praksis overføres til recoveryorientert praksis i Norge. Jeg velger derfor å trekke inn artikkelen til Swords og Houston (2023), som har et internasjonalt perspektiv på recoveryorientert tilnærming. Grunnen til dette er at jeg opplever at funnene deres kan overføres til det norske hjelpesystemet, og at det dermed vil være relevant.

Ved å bruke fagfelleverderte artikler og faglitteratur, hvor fagfolk og forskere har gått god for innholdet før publisering, så gir det oppgaven en høyere gyldighet enn om jeg hadde brukt fagartikler. Dette styrkes ytterligere ved å bruke litteratur fra de siste tiårene. På tross av avgrensningene til tidsrommet 2010 til 2023 velger jeg å trekke inn en artikkel fra Amund Aakerholt fra 2006, da jeg opplever den som relevant til oppgaven.

Flere av forskningsartiklene som brukes i oppgaven tar utgangspunkt i ROP-brukeres egne erfaringer og opplevelser. Ettersom oppgaven fokuserer på hvilke utfordringer som kan oppstå i en recoveryorientert praksis med ROP-brukere, betrakter jeg deres erfaringer som særlig relevante for oppgaven. Samtidig har det vært viktig være kritisk med hensyn i at uttalelsene bare utgjør et utvalg, og at de ikke nødvendigvis kan generaliseres for alle innen denne brukergruppen. Jeg har derfor sett det sentralt å skulle inkludere flere forskningsartikler som presenterer ulike funn og stemmer, slik at oppgaven kan representere et bredere spekter av brukergruppen. På denne måten kan jeg oppnå større pålitelighet når jeg drøfter deres utfordringer.



## 3.0 Teoretiske perspektiv

Dette kapitlet presenterer teori knyttet til Recovery, og en recoveryorientert praksis. Det er hovedsakelig basert på Karlsson og Borgs (2023) beskrivelse av recovery, men tar også for seg andre tilnærminger til recovery. Kapitlet utforsker også for seg teori knyttet til brukermedvirkning, som er et sentralt perspektiv i en recoveryorientert praksis. Dette kapitlet danner grunnlaget for drøftingen i neste kapittel.

### 3.1 Recovery

Recovery handler om prosessen til bedring, som er en personlig prosess knyttet til identitet, tilhørighet og deltakelse på ulike sosiale samfunnsarenaer. Støtte fra omgivelsene og gode materielle forhold er også faktorer som påvirker recoveryprosessen (Lien & Lie, 2022, s. 321). Det er både en personlig, relasjonell og sosial prosess, som utvikler seg i interaksjon med andre mennesker. Recoveryprosessen går ut på å styrke individets muligheter ved hjelp av iboende ressurser og egen motivasjon (Ørjasæter & Almvik, 2022). I tillegg vektlegges myndiggjøring, og muligheten til å ta kontroll og beslutninger over eget liv. Viktige områder er blant annet hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer og sosiale nettverk (Karlsson & Borg, 2023, s. 13).

Recovery kan forstås på flere måter, spesielt når begrepet oversettes til norsk, da det oversettes til “bedring” eller “tilfriskning”. Begrepet kan på den ene siden rette fokus på veien fra syk til frisk, men recovery kan også handle om det å stabilisere situasjonen rundt sykdom og skape en verdig livssituasjon for individet (Landheim et al., 2016, s. 16). Helsedirektoratet (2014) sin veileder for helse- og rusarbeid, “Sammen om mestring”, tar utgangspunkt i at en skal kunne leve et meningsfullt liv selv med begrensningene som lidelsene inkluderer.

Begrepet recovery har sin opprinnelse fra brukerorganisasjoner, hvor medlemmer delte sine erfaringer knyttet til å bedre sitt forhold og utfordringer knyttet til psykiske lidelser. I erfaringene ble det vektlagt deres indre utvikling og prosessen hvor de selv deltok og hadde innflytelse på bedringsprosessen (Hansen, 2022, referert i Askheim og Andersen, 2023, s. 78).



### 3.1.1 Personlig

Personlig recovery handler om en indre prosess hos individet. Prosessen inkluderer egen motivasjon og håp om endring. Myndiggjøring og følelsen av gjenvinning av kontrollen av eget liv står sentralt (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Den første fasen i prosessen handler om å akseptere situasjonen og utfordringene, for så å skape et ønske om forandring og motivasjon til endring. Det andre stadiet innebærer å ta tilbake kontrollen for å mestre hverdagen, det er her endringene skjer. Det tredje stadiet inkluderer følelsen av tilfredshet, hvor en opplever en verdig livssituasjon. (Napha, 2024).

Personens egne erfaringer knyttet til håndtering av krevende livssituasjoner og til å se muligheter er sentrale i recoveryprosessen (Landheim et al., 2016, s. 23). En recoveryorientert tilnærming setter søkelys på hvordan individet opplever sin livssituasjon, og sin opplevelse av egne ressurser, håp og ønsker for bedring (Landheim et al., 2016, s. 142). Egeninnsats er grunnleggende i recoveryarbeidet, da en må finne ny mening og nye mål for å utvikle seg og for å bedre livssituasjonen. Egeninnsatsen skal muliggjøres gjennom rettigheter og valgmuligheter i recoveryprosessen, som gir individet muligheten til å få større kontroll over eget liv. Det er her systemet, tilrettelegging og tjenestene kommer inn (Landheim et al., 2016, s. 141).

### 3.1.2 Sosiale relasjoner

Et relasjonelt perspektiv på recovery bygger på at vi mennesker ikke kan sees helt alene, men i den konteksten, sosiale forholdene og relasjonene en er del av (Vibeto et al., 2019). Relasjonene spiller en avgjørende rolle i recoveryprosessen ved å tilby støtte, muligheter for sosial tilknytning og identitetsutvikling. Samtidig er det viktig å anerkjenne at disse relasjonene er forankret i en bredere sosial kontekst, som kan ha innvirkning på individets muligheter og valg (Karlsson & Borg, 2023, s.100). Mennesket er født inn i relasjoner og dialoger. Med andre ord er vi knyttet til andre mennesker fra start til slutt. Mennesker er sosiale vesen, hvor våre responser og gjensidighet er tilstede fra vi er født (Karlsson & Borg, 2023, s.129).

Ærlige og trygge relasjoner er sentrale i recoveryarbeidet. Gjensidig respekt og anerkjennelse mellom bruker og sosialarbeider, og deres nettverk er sentralt. Det viktigste

samarbeidsredskapet er samtalen mellom de som inngår i samarbeidet. Hjelpen som gis til bruker må tilpasses den enkelte, slik at det som gis er noe som er ønsket (Karlsson & Borg, 2023, s. 146). De relasjonene de inngår i kan være både recoveryfremmende og recoveryhemmende. Dersom ens sosiale nettverk bare er preget av personer i rusmiljøet, kan det være hemmende i den forstand at det kan være vanskeligere å holde seg unna bruken av rusmidler. Utdrende og traumatiske livshendelser kan skape vanskeligheter med å bygge og danne nye og trygge relasjoner (Lien & Lie, 2022, s. 328).

Konteksten og relasjonene en er en del av må knyttes sammen med brukerens individuelle ønsker og behov (Karlsson & Borg, 2023, s. 126). Dette belyses i at det er individet som har ansvaret for selve endringsprosessen. Det relasjonelle perspektivet understreker viktigheten av å forstå hvordan omgivelsene og de sosiale nettverkene påvirker og støtter brukerens evne til å følge sine mål og oppnå bedring. Brukermedvirkning har en avgjørende betydning, da det er viktig å la brukeren styre denne prosessen. Sosialarbeideren må opptre tålmodig og støttende uten å være ledende, og heller fungere som veileder gjennom brukerens vei mot bedring. Sosialarbeideren skal engasjere seg i en felles og gjensidig prosess sammen med bruker, der samarbeid og respekt for brukerens perspektiver og behov er sentrale elementer.. Som fagperson tar en et skritt tilbake, og gjør det motsatte av det en har lært om det å skulle styre, hjelpe og ha kontrollen selv (Karlsson & Borg, 2023, s. 148).

### 3.1.3 Sosial tilhørighet

Recovery kan sees på som en prosess med å skape muligheter for individuelle valg, deltakelse i lokalsamfunnet eller viktige sosiale arenaer, samt å oppleve tilhørighet og fellesskap. Dette arbeidet utføres til tross for ulike problemer og utfordringer som møter individet. Arbeidet krever en helhetlig tilnærming for å forstå sammenhenger mellom ulike kontekster og aspekter av livet som påvirker individet. Arbeidet kan omfatte innsats for å påvirke rammebetingelsene i tjenestene som tilbys, politisk påvirkning eller nettverksarbeid for å oppnå en tilfredsstillende livssituasjon preget av deltakelse og følelse av tilhørighet (Karlsson & Borg, 2023, s. 106).

Sosiale tilhørighet spiller en betydelig rolle i individets dagligliv. Recovery fokuserer på prosesser som styrker individets ressurser og kapasiteter. Det vil derfor være avgjørende å støtte personen i å skape en meningsfull hverdag, hvor en opplever tilhørighet. Sentrale

faktorer som påvirker mulighetene til deltakelse og følelsen av tilhørighet inkluderer økonomiske utfordringer, ensomhet og utilgjengelige tjenester. En recoveryorientert tilnærming bygger på prinsippene i menneskerettighetene, som understreker individets behov for tilhørighet og fellesskap (Karlsson & Borg, 2023, s. 107). Sosial tilhørighet er knyttet til individets opplevelse av å bli møtt og anerkjent av andre. CHIME representerer en grunnleggende tanke i recoveryarbeidet. CHIME er en engelsk forkortelse som står for tilhørighet, håp, identitet, mening og egen myndighet. Det er godt dokumentert at aktivitet, sosial tilhørighet og engasjement i meningsfulle aktiviteter bidrar til å forbedre livskvaliteten og den mentale helsen. Derfor er det viktig i en recoveryorientert tilnærming å identifisere hva som fremmer individets følelse av tilhørighet og deltakelse, samt å ta hensyn til den enkeltes interesser og ønsker (Karlsson & Borg, 2023, s. 109).

Betydningen av stabile, tilgjengelige og inkluderende fellesskap vektlegges tungt i den nye folkehelsemeldingen (Meld.St.15 (2022-2023)). Fellesskap kan omhandle mye forskjellig, for eksempel felles interesser eller felles livserfaringer (Karlsson & Borg, 2023, s. 117). Fellesskapet i en rus- og psykisk helse kontekst kan bidra til å styrke troen på at endring er mulig, da man står i en lignende situasjon og kan være sammen om det. Brukerorganisasjoner og brukerstyrte arenaer ses på som viktige arenaer for opplevelsen av egen utvikling og opplevelse av fellesskap (Karlsson & Borg, 2023, s. 119).

Arbeid er en viktig sosial arena, og en sentral mulighet for deltakelse og fellesskap. Arbeid kobles ofte til økt kontroll av eget liv og økonomi, styrke identitet og forpliktelser i hverdagen. Norsk politikk retter fokus på å få flest mulig ut i arbeid, hvor det vil være sentralt med en inkluderende arbeidspolitikk hvor man har mulighet til å delta også med sine utfordringer (Karlsson & Borg, 2023, s. 113). I FN sin menneskerettighetserklæring er det skrevet ned at enhver har rett til arbeid og beskyttelse mot arbeidsløshet (Fellesorganisasjonen, u.å.). Arbeid vises å være recoveryfremmende, da det kan gi en følelse av mestring og fellesskap (Karlsson & Borg, 2023, s. 114).

### 3.1.4 Brukermedvirkning

Recovery og brukermidvirkning er tett forbundet da begge vektlegger brukerens autonomi og rett til å styre sin egen bedringsprosess. Med andre ord er brukermidvirkning avgjørende for å oppnå en recoveryorientert tilnærming. Denne tilnærmingen sikrer at brukerens

perspektiver og ønsker blir lyttet til og vektlagt, til tross for eventuelle individuelle variasjoner (Bjaarstad et al., 2014). Brukermedvirkning er en rett alle mennesker har i behandling og oppfølging av helse- og sosialtjenester i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Det innebærer at brukeren har rett til å medvirke i hjelpeprosessen, og i beslutningene som skal tas. Hansen og Ramsdal (2015) forteller om graden av brukermedvirkning gjennom fire ulike nivåer. Først brukerperspektivet, hvor brukerens interesser blir ivaretatt uten at en selv deltar i beslutningene. Så brukerdeltakelse, hvor en får delta i beslutningsprosessene, men ikke har innflytelse over hva som iverksettes. Deretter brukerinnflytelse, hvor brukeren både har mulighet til å delta i beslutningsprosessen og har innflytelse på det som skal iverksettes. Og til slutt brukerstyring, hvor brukeren deltar i beslutningsprosessene, og har avgjørende stemme i de avgjørende beslutningene (Hansen & Ramsdal, 2015). For at brukeren skal kjenne på å gjenoppta kontrollen over eget liv vil brukermedvirkning være sentralt, slik at individet myndiggjøres i prosessen. Følelsen av mestring, gjennom opplevelsen av å gjenoppta kontroll over viktige aspekter i eget liv står sentralt i arbeidet (Askheim, 2012, s. 67).

Brukermedvirkning kan betraktes både på individ- og samfunnsnivå. På individnivå fokuseres brukermedvirkning på enkeltpersoners evne til å påvirke og delta i beslutningsprosesser. Dette aspektet av brukermedvirkning er knyttet til myndiggjøring og overføring av makt fra sosialarbeider og system til bruker (Askheim & Andersen, 2023, s. 59). Med andre ord innebærer det å legge større ansvar på brukeren i prosessen. Samtidig er det viktig at sosialarbeideren legger til rette for brukermedvirkning, slik at brukeren kan utøve dette aktivt. Denne maktoverføringen kan betraktes som en måte å motivere og styrke individet til handling og endring, da det blir tilrettelagt for deltakelse i prosessen (Askheim & Andersen, 2023, s. 34-35). På samfunnsnivå kan brukermedvirkning omfatte involvering av brukere og personer fra brukerorganisasjoner i beslutningsprosesser som påvirker deltakelse i tjenester. Eksempler på dette kan være ansettelse av erfaringskonsulenter, eller lovgivning som fremmer brukerens deltakelse og medvirkning i hjelpeprosessen (Storm, 2009, s. 27).

En kan se brukermedvirkning gjennom to ulike perspektiver, både gjennom et brukerperspektiv og gjennom et faglig perspektiv. Brukerperspektivet inkluderer det brukeren selv ønsker og mener en trenger, hvor tiltakene tilpasses ut ifra dette. Det faglige perspektivet innebærer å rette søkelys mot det en som sosialarbeider kan bistå med for å øke brukerens

deltakelse, medvirkning og ivareta ens ønsker. Ved å kartlegge brukernes behov, ressurser og ønsker, identifiseres potensielle tiltak (Askheim & Andersen, 2023, s. 115).

## 4.0 Diskusjon

Oppgavens problemstilling er: *Hvilke utfordringer kan oppstå i en recoveryorientert praksis med rop-brukere?* Dette kapitlet utforsker en diskusjon om mulige utfordringer knyttet til å implementere en recoveryorientert praksis ROP-brukere, basert på teorien i kapittel 3.

### 4.1 Ulik grad av brukermedvirkning

Som sosialarbeider sitter man med profesjonell kompetanse i samhandlingen med brukeren. En har gjennom utdanning og praksis tilegnet seg relevant kunnskap og ferdigheter, som skal kunne bidra til å bistå brukeren på best mulig måte. Samtidig sitter brukeren med sin bruker- og erfaringskompetanse, og kan komme med andre perspektiver enn en som sosialarbeider kanskje fokuserer og tenker på. Det kan oppstå en uoverensstemmelse mellom det brukeren og sosialarbeideren ønsker å vektlegge i bedringsprosessen (Karlsson & Borg, 2023, s. 83). Det er brukerens ønsker som skal vektlegges tyngst, også dersom dette motstrider det sosialarbeideren mener burde prioriteres (Karlsson & Borg, 2023, s.143). I helse- og sosialsektoren skal en jobbe for å bedre brukerens livssituasjon, samtidig som en som profesjonell respekterer enkeltindividers verdier og ønske om kontroll over eget liv (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 1).

Det er krav om god tilrettelegging for at brukeren selv skal være med i beslutninger som tas, og deres ønsker skal bli tatt hensyn til (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Samtidig som kravet om brukermedvirkning skal vektlegges tungt i hjelpeprosessen, kan den nedsatte funksjonsevnen som denne brukergruppen kan ha medføre at de ikke lykkes med å ta valg som fremmer sin livssituasjon. Brukermedvirkning og deltakelse i hjelpeprosessen indikerer å styrke bedringsresultatet hos brukere, blant annet gjennom redusert rusinntak og økt fysisk aktivitet (Biong & Soggiu, 2015). Lien og Lie (2022) viser også til bedre resultater og samhandling i hjelpeprosessen når brukerens ønsker og behov blir hørt og vektlagt (Lien & Lie, 2022, s. 293). Samtidig kan brukermedvirkning opprettholdes og føres i ulik grad. Selv om begge studiene trekker frem brukermedvirkning som en viktig faktor i recoveryprosessen kan tilnærmingen føres veldig ulikt. Det kan dermed oppstå en utfordring tilknyttet hvilken grad brukeren burde kunne påvirke eller styre prosessen.

## 4.2 Individtilpasset oppfølging

Det som er helsefremmende for én, kan være noe annet for noen andre. Det er ikke alltid et fasitsvar på hva som vil være helsefremmende, da vi mennesker er forskjellige og har ulike behov og ønsker. Hvilken type mestring og deltakelse brukeren ønsker og oppnår en helsefremmende effekt av vil dermed kunne være svært forskjellig og individuelt (Svalastog et al., 2019, s. 200). Karlsson og Borg (2023) peker på utfordringen knyttet til å måle bedring i en recoveryprosess, spesielt i forhold til hvem som definerer hva som utgjør bedring og hva som utgjør et godt liv. Tanken om at individer skal være både seg selv og samtidig tilpasse seg felles normer fører til kompleksitet. Ettersom recovery fokuserer på individet, deres ønsker og behov, blir det enda mer utfordrende å måle og definere bedring innenfor recoveryprosessen, spesielt når dette skal samsvare med felles oppfatninger av hva som utgjør en god livssituasjon (Karlsson & Borg, 2023, s. 41-43).

I en studie om ROP-lidelser kommer det frem i funnene at personer med ROP-lidelser kan være vanskelig å gi god nok hjelp på grunn av deres komplekse og sammensatte utfordringer (Biong & Soggiu, 2015). Utfordringene til brukergruppen krever bred kunnskap og samarbeid på tvers av ulike tjenester (Landheim et al., 2016, s. 19). Et hjelpetilbud med manglende koordinering og tilpasset hjelp kan være hemmende for recoveryprosessen (Biong & Soggiu, 2015). Studien til Biong og Soggiu (2015) viser hvordan en individtilpasset oppfølging har bidratt i recoveryprosessen til brukere med ROP-lidelser, da det bidro til å styrke deres utvikling av identitet og muligheter for endring. I tillegg viser de til betydningen av brukernes egen deltakelse i prosessen, hvor egne verdier og interesser kan sees på som en grunnstein i arbeidet for bedring (Biong & Soggiu, 2015).

Oppfølging og hjelpetilbud skal ivareta menneskerettighetene til hvert enkelt individ, blant annet retten til høyest mulig levestandard. Det er hjelpesystemet som skal tilrettelegge for at alle sikres sine rettigheter og blir anerkjent som fullverdige borgere (Karlsson & Borg, 2022). Utfordringen oppstår når systemet tilrettelegger for gode tjenester og tilbud som kan bidra til bedre levekår, men brukeren ikke benytter seg av dem. På den ene siden opprettholder hjelpesystemet sitt ansvar ved å tilby nødvendig hjelp og bistand, mens det er brukerens eget ansvar å ta imot og bruke dem. I en recoveryorientert praksis er det stort fokus på brukerens deltakelse i recoveryprosessen og mobilisering av ressurser (Karlsson & Borg, 2023, s. 11), ofte omtalt som å myndiggjøre individet (Lien & Lie, 2022, s. 245). På en annen side kan det

tenkes at på grunn av ROP-brukeres sårbare livssituasjon og mulig betydelige funksjonssvikt, at de kan ta valg som er recoveryhemmende (Helsedirektoratet, 2012, s.16). Dersom individet ikke er i stand til å benytte seg av de tilbudene som presenteres, kan arbeidet som legges i det betraktes som nytteløst da det ikke er tilstrekkelig tilpasset individet (Huby et al., 2018). Recoveryorientert praksis understreker også at det er hjelpesystemets ansvar å legge til rette og støtte brukeren med å mobilisere sine egne ressurser (Askheim & Andersen, 2023, s. 34-35). På den ene siden kan det hevdes at hjelpesystemet har oppfylt sine forpliktelser ved å tilby tjenester, selv om brukeren ikke har benyttet seg av dem. På den siden vil ansvaret fremdeles ligge hos systemet, da hjelpesystemets ansvar ligger i å tilrettelegge tilbudene slik at brukeren mestrer å ta de i bruk.

For dårlige hjelpetilbud, og dårlig samhandling fra hjelpesystemets side, kan skyldes ulike oppfatninger av recovery, og vektlegging av brukermedvirkning (Askheim & Andersen, 2023, s. 16). Dersom det er en uoverensstemmelse i hvor stor grad man skal myndiggjøre og gi medvirkning til brukeren, vil det kunne skape store forskjeller mellom hvilke tilbud brukerne får, og i hvor stor grad de føler seg sett og hørt. Kontinuerlig og effektiv samhandling internt i hjelpesystemet og med brukerne kan dermed anses som en viktig faktor i recoveryarbeidet, da det bidrar til å fremme en felles forståelse for recoveryprinsipper og optimal tilrettelegging av tjenestene. Den felles forståelsen kan bidra til å skape mer individrettede tiltak og oppfølging, samtidig som at ansatte innen oppfølgingen har forventninger til samme bølgelengde (Huby et al., 2018).

Brukere som viser motivasjon for endring og tar imot tilbudte tjenester prioriteres i større grad (Lien & Lie, 2022, s. 330). Dersom de brukerne som ikke benytter seg av tilbudene, ikke blir prioritert eller tilbys tilstrekkelige ressurser kan det bli problematisk. Det strider imot ideen om å styrke brukernes håp og ønske om endring, også når de selv ikke har nådd dette punktet selv. Det første skrittet mot endring er å erkjenne et problem og ønske om bedring. Manglende muligheter eller støtte til å oppnå dette kan føre til en følelse av hjelpeløshet og stagnasjon (Lien & Lie, 2022, s. 330). Dette kan igjen være relatert til manglende individuell tilpasning av tjenestene, der hjelpesystemet ikke tilstrekkelig tilrettelegger for at brukerne mestrer å ta i bruk tilbudene (Karlsson & Borg, 2023, s. 41-43).



## 4.7 Standardisering

Økt standardisering innen helse- og sosialtjenestene bygger på utfordringen med manglende individuell tilpasning i tjenestene, noe som resulterer i at brukerne ikke lykkes med å dra nytte av dem (Karlsson & Borg, 2023, s. 41-43). Standardisering i helsetjenestene er en utfordring som går i tråd med et økende hjelpebehov. I 2019 ble det innført en ordning kalt “pakkeforløp” innen psykisk helse og rus, som skulle ha et økt fokus på medvirkning og innflytelse fra brukerne. Pakkeforløpet har likevel blitt kritisert ved at tiltaket retter fokuset for mye på effektivisering av tjenestene, enn på brukernes medvirkning og egne ønsker i oppfølging og behandling (Lien & Lie, 2022, s. 295). Pakkeforløpet inkluderer hva som skal utføres i pasientløpet, og maksimal tidsbruk på de ulike elementene i prosessen (Helsedirektoratet, 2020, s.7). En recoveryorientert tilnærming krever tålmodighet, da det er brukeren som skal sitte i førersetet. Når brukeren har styringen, kan det oppstå utfordringer knyttet til den økte standardiseringen i helse- og sosialtjenestene. Standardisering kan føre til at det ikke blir lagt ned nok tid og ressurser for at hjelpeprosessen tar utgangspunkt og styring gjennom brukerens tempo, da det stilles krav utenfra til økt effektivitet, og visse rammer som skal styre hva som skal fokuseres på i hjelpeprosessen. Det vises blant annet til at ansatte føler de ikke mestrer å møte brukernes behov eller kravene som settes fra kommunen, da tiden og ressursene som er tilgjengelig må fordeles og prioriteres utover en større gruppe (Lien & Lie, 2022, s. 296). På en annen side kan det tenkes at standardisering, klare rammer, og felles planer kan føre til mer effektiv ressursbruk, ved at ansatte har felles mål, en felles forståelse og lik tilnærming i hjelpeprosessen. Da vil det likevel tenkes at tilbudene og tilnærmingen burde være individuelt tilpasset, med veiledning gjennom de standardiserte planene.

Standardisering med fokus på effektivitet kan føre begrenset tid til å bygge sterke og tillitsfulle relasjoner med hver bruker. Etablering av gode relasjoner er en sentral del av recoveryprosessen, da brukerens opplevelse av å bli møtt med respekt og forståelse kan være avgjørende for deres motivasjon til bedring. God kommunikasjon og samhandling mellom sosialarbeider og bruker kan bidra til å styrke deres relasjon (Karlsson & Borg, 2023, s. 146). En støttende relasjon, med klare føringer på hva man kan forvente av hverandre kan skape trygghet og forutsigbarhet i arbeidet. Med klare forventninger til sosialarbeider kan det også bidra til å styrke brukerens posisjon i en ellers uforutsigbar og ustabil livssituasjon (Askheim, 2012, s. 67). ROP-brukere er ofte forbundet med personer som opplever livskvalitet. Å styrke

forholdet til sosialarbeider og hjelpesystemet kan bidra til å skape et mer håndterbart aspekt av hverdagen, i motsetning til de potensielle utfordringene knyttet til økonomi, bolig og nettverk (Sælør et al., 2019). Dersom standardiseringen resulterer i begrensede ressurser på hver enkelt bruker kan det dermed påvirke kvaliteten på relasjonen mellom sosialarbeider og bruker.

### 4.3 Ansvarsfraskrivelse

Recoverybegrepet har også blitt møtt med kritikk. En av svakhetene med en recoveryorientert praksis er at det kan føre til en ansvarsfraskrivelse av hjelpesystemet. Recovery setter søkelys på å mobilisere individets iboende ressurser, og at en gjennom støtte og tilrettelegging kan oppnå en bedringsprosess. Det er dermed stort fokus på individets motivasjon og egen deltakelse i prosessen. Swords og Houston (2023) mener at denne orienteringen kan føre til at det blir lagt for stor vekt på brukerens egen deltakelse og motivasjon i prosessen, og at hjelpesystemet ikke legger inn nok ressurser for at de skal klare å oppnå endring. De mener at en recoveryorientert tilnærming kan føre til at for stor del av ansvaret legges på brukeren, som fra før befinner seg i en sårbar og marginalisert posisjon. Hjelpesystemet gir da fra seg sitt egentlige ansvar og plikt, som ligger i å gi god nok hjelp og oppfølging til de som trenger det (Swords & Houston, 2023).

Hjelpesystemet har et ansvar for å bistå personer som selv ikke har ressurser eller mulighet til å ivareta sine egne behov og interesser (For-yrkesetisk grunnlagsdokument, 2019, s. 5).

ROP-brukere er en svært marginalisert brukergruppe, med svært komplekse utfordringer. På grunn av sammenkoblingen av både en psykisk lidelse og en ruslidelse, kan det føre til at de i enkelte tilfeller tar valg som de ikke eller ville tatt (Helsedirektoratet, 2012, s.16). En overføring av ansvaret over hos brukeren kan tenkes å føre til at en ikke får den hjelpen en kunne trengt, da hjelpesystemet ikke har den samme makten i prosessen. Fullstendig brukerstyring kan føre til et dårligere hjelpetilbud, da de profesjonelle ikke får tatt beslutninger i like stor grad (Askheim, 2012, s. 155). Balansegangen mellom å realisere brukerens medvirkning i recoveryprosessen, samt at en ser brukerens behov og ressurser i en profesjonell sine øyne, vil kunne være krevende og sentralt. Samtidig kan det tenkes at utfordringen knyttet til ulike oppfatninger av hva recovery innebærer kan føre til at denne balansegangen får svært ulike tilnærminger.

Ansvarsfraskrivelsen Swords og Houston (2023) refererer til kan kobles opp til økt individualisering i sosialt arbeid. Sosialt arbeid retter seg mot utfordringer og sosiale problemer som oppstår både på individ, gruppe og samfunnsnivå (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 305). Økt fokus på individualisering fører til en tilnærming hvor både problemforståelsen og løsningene ligger hos individet. Med andre ord er individet selv ansvarlig for å ha havnet i sine utfordringer, og må selv komme seg ut av dem. Selv om individualiseringen på en side kan styrke individets ansvarsfølelse og ønske om endring, kan det på en annen side redusere fokuset på at samfunnsstrukturer og ulike rammer kan ha stor påvirkning på de sosiale problemene, både i forhold til årsak og løsninger (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 306). Storm (2009) trekker inn hvordan strukturelle rammer kan prege graden av brukermedvirkning, blant annet gjennom lovgivning. Dersom ansvaret blir lagt over på brukeren kan det tenkes at de strukturelle rammene blir for lite vektlagt, da de kan ha stor innvirkning på individets muligheter. Med en individualisert tilnærming vil ansvaret ligge hos brukeren, også dersom rammebetingelsene ikke er nok tilrettelagt til å imøtekomme brukerens individuelle behov.

#### 4.4 Ressursmangel

Mangel på ressurser kan føre til at hjelpesystemet ikke klarer å imøtekomme brukergruppens behov. Hansen (2023) tar for seg funn gjennom et kommunalt utviklingsprosjekt som handler om ROP-brukeres tilgang på hjelp og oppfølging. Prosjektet gikk ut på hvordan personer med ROP-lidelser ble bosatt i varige boliger, men at mange mistet boligen. Grunnen til at mange mistet boligen var på grunn av bråk, hærverk og truende atferd. Dersom brukerne hadde fått et mer tilgjengelig og bedre hjelpetilbud ville de med større sannsynlighet klart å opprettholde en mer stabil bosituasjon, og oppleve økt livsmestring. Ettersom brukergruppen kan være uforutsigbare knyttet til oppturer og nedturer i bedringsprosessen (Huby, 2020), kan det tenkes at det kan overføres til det å holde avtaler. Dette medfører at hjelpesystemet kan møte betydelige hindringer i å imøtekomme brukerens behov på riktig tidspunkt, spesielt når det gjelder å anerkjenne og håndtere individets erkjennelse av behovet for hjelp og identifisering av eksisterende problemer. Dersom det oppstår motsetninger mellom brukerens uforutsigbarhet og utfordringene knyttet til ressursmangel og tidsbegrensninger i hjelpeprosessen, kan det tenkes at disse kan forsterkes ved at brukte ressurser ikke blir nyttiggjort.

Flere brukere opplever at de ikke blir hørt og tatt på alvor av hjelpesystemet. Opplevelsene bygger på at de ikke blir hørt når de ønsker og ber om hjelp, men at de først blir tatt på alvor når de er alvorligere syke (Hansen, 2023). Disse opplevelsene kan knyttes opp til mangel på ressurser som skaper utfordringer i samarbeidet mellom ulike tjenester, som videre skaper et dårligere helhetlig tilbud for brukerne. Dårlig kommunikasjon og samhandling mellom ulike tjenester kan dermed føre til et dårligere hjelpetilbud for brukerne (Hansen, 2023). Det vises til at flere brukere opplever at hver tjeneste fokuserer på individuelle problemer som de prøver å løse ut ifra sin ekspertise, for så å sende brukeren videre til neste tjeneste. Mangler på kommunikasjon mellom ulike tjenester skaper utfordringer for brukerne, da hjelpetilbudet blir mer oppstykket og lite helhetlig (Huby et al., 2018). ROP-brukere har ofte komplekse og sammenfattende utfordringer, og har behov for flere ulike tjenester (Evjen et al., 2012, s. 24). Det kan dermed tenkes at denne brukergruppen blir ekstra sårbar dersom kommunikasjonen og samhandlingen mellom de ulike tjenestene de har oppfølging av ikke ligger på det nivået det burde.

Oppfølging av ROP-brukere krever et godt og tett samarbeid mellom psykisk helse og rustjenester (Landheim et al., 2016, s. 19). Som bruker har man rett på tilpasset oppfølging og en individuell plan, med stort fokus på selvbestemmelse. På grunn av ROP-brukeres komplekse og sammensatte utfordringer kan de havne i tomrom, hvor det er mangler i hjelpesystemet. Samhandlingen mellom psykiatrien og rusomsorgen har ikke gode nok tilbud og tjenester for å møte brukergruppen på en god nok måte, som dekker deres behov (Helsedirektoratet, 2012, s.13). Polden (2017) fremhever hvordan ulike diagnoser kan åpne og lukke dører i hjelpesystemet. Han viser til at det i flere tilfeller kan være subjektive holdninger som påvirker hvem som inngår i hvilken kategori av hjelpesystemet, og dermed hvem som kvalifiserer for hvilke hjelpetilbud. ROP-brukere har en sammensetning av flere diagnoser, noe som kan føre til at de havner i tomrommet mellom rus- og psykiatritjenester. Det kan tenkes at brukergruppen som allerede befinner seg i en såpass sårbar og marginalisert livssituasjon, blir enda mer sårbar i møte med et hjelpesystem som ikke har et godt nok hjelpetilbud for å møte deres sammensatte utfordringer (Polden, 2017).

Ulike tjenester kan ha ulike oppfatninger av recovery og brukervedvirkning, som kan føre til ulike tjenestetilbud og en uoverensstemmelse angående hvordan man burde gå frem for å forbedre livssituasjonen til brukeren. Ulike oppfatninger kan dermed skape forskjeller i hjelpen som blir utført (Pedersen, 2021). Rammebetingelsene som definerer hjelpen brukeren

mottar kan variere betydelig ut ifra konteksten arbeidet utøves i. Dette kan i stor grad påvirke graden av brukermedvirkning. Flere ansatte opplever at det er utfordrende å skape overordnede planer mellom ulike tjenester, noe som fører til utfordringer knyttet til rolleavklaringer (Sjåfjell & Sælør, 2023). Recovery knyttes til planmessig og målrettet arbeid, da en skal jobbe målrettet for å forbedre livssituasjonen til brukeren. Dersom ulike tjenester har ulike oppfatninger av hva recovery innebærer, kan det føre til utfordringer i å danne overordnede planer og mål da de blir for generelle og lite tilpasset. Flere brukere opplever at det er for vag kunnskap om den individuelle brukeren og hva de har behov for (Sjåfjell & Sælør, 2023). Samarbeid og informasjonsdeling mellom ulike tjenester som er sentrale i oppfølgingen av brukeren indikerer å være sentral for å oppnå bedring, hvor en felles forståelse av recovery er essensielt.

Da ROP-brukere opplever å bli kastet mellom ulike tjenester, kan det ta såpass lang tid at brukernes psyke blir forverret og ender i en tvangsinnleggelse. Selv om brukeren var åpen for hjelp i begynnelsen av prosessen, ble ikke dette tillagt nok vekt. Mangelen på ressurser og fordelingen av dem kan dermed føre til at brukerne må bli enda sykere, og ikke får hjelp når de selv er åpne for å få hjelp (Hansen, 2023). Tvang er det motsatte av selvbestemmelse og brukermedvirkning, som er sentralt i en recoveryorientert praksis. På en side kan tvang sees på som god omsorg, dersom brukerens helse og liv er i fare (Fixdal & Aulie, 2023). Tvang kan i det tilfellet ses på som en helsefremmende faktor i recoveryprosessen da det viser til det motsatte av ansvarsfraskrivelse som Swords og Houston (2023) diskuterer. Likevel vil tvangstiltak i hovedsak ses på som recoveryhemmende, da makten ligger hos hjelpesystemet og mange brukere har dårlige erfaringer knyttet til tvangstiltak (Lorem et al., 2014). Det kan dermed tenkes at tvangstiltak kan føre til et dårligere forhold til hjelpesystemet, og minske brukerens motivasjon til bedring og ønsket om å ta i mot hjelp. Hansen (2023) viste til hvordan mange brukere innen ROP ikke føler seg hørt, og først får hjelp når de er såpass syke at tvangstiltak kan være nødvendig. Så selv om tvang kan sees på som god omsorg, vil det kanskje være god omsorg som kommer for sent, da det blir mindre helsefremmende enn om brukerne hadde fått nødvendig oppfølging og hjelp tidligere i recoveryprosessen.

## 4.6 Holdninger til ROP som brukergruppe

ROP-brukere har generelt sett lav status i samfunnet, også hos hjelpesystemet (Lien & Lie, 2022, s. 299). Holdningene bygger ofte på at brukergruppen er farlig, at det er selvforskyldt,

at bedring ikke er mulig og at de ikke ønsker kontakt med andre mennesker (Bjaarstad et al., 2014). Aakerholt (2006) peker på hvordan slike holdninger utgjør en vesentlig betydning på hvorfor det er en såpass høy terskel for å hjelpe og bistå ROP-brukere på en tilfredsstillende måte. Han viser til at mange har en holdning som bygger på at rus er noe man kan slutte med, men at en psykisk lidelse er noe man har. Respekt, aksept og fokus på brukerens egne ønsker og behov er sentralt i en recoveryorientert praksis (Karlsson & Borg, 2023). Flere ansatte som jobber med brukergruppen har en oppfatning av at ROP-brukere erfarer å ikke bli hørt og at de ikke er verdige hjelpetrengende. Dette kommer frem ved at brukere sier seg fornøyde med dårlige levekår, da brukerne har lave forventninger til hvilke tilbud de kan få (Lien & Lie, 2022, s. 331). Flere funn peker på en uoverensstemmelse i hvilke krav som fremstilles i retningslinjene om oppfølging av personer med ROP-lidelser, og det brukerne opplever skjer i praksis. Brukerne skal inkluderes som likeverdige borgere, men opplever at hjelpen og tjenestene de får ikke samsvarer med disse kravene (Karlsson & Borg, 2023, s. 95).

## 5.0 Avslutning

Denne oppgaven har undersøkt ulike aspekter ved en recoveryorientert tilnærming, og utforsket utfordringer som kan oppstå i praksis med ROP-brukere. For å utforske dette temaet redegjøres først begrepet "recovery" og dets ulike tilnærminger. Recovery refererer til en personlig prosess som handler om å mobilisering av iboende ressurser, krefter og motivasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Samtidig understreker tilnærmingen betydningen av sosial tilhørighet og relasjoner. Mennesker blir født inn i relasjoner og er sosiale vesener (Ørjasæter & Almvik, 2022). Utøvelsen av sosialt arbeid må derfor forstås i lys av den konteksten den utøves i (Vibeto et al., 2019). En recoveryorientert tilnærming innen rus- og psykisk helse kan dermed påvirkes av eksterne faktorer som har innvirkning på individets liv.

Recovery og brukermedvirkning er to begreper som er nært forbundet. Recovery plasserer brukeren i førersetet, deres ønsker og behov vektlegges tyngst i hjelpeprosessen (Karlsson & Borg, 2023, s. 143). For å oppnå medbestemmelse må sosialarbeider legge til rette for dette. Brukermedvirkning er en lovmessig rettighet for alle som mottar helse- og sosialtjenester, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3).

Selv om det er økt fokus på recovery i helse- og sosialtjenester, har tilnærmingen blitt møtt med kritikk. Organisatoriske utfordringer knyttet til standardisering, fleksibilitet og tilgang på ressurser nevnes som viktige faktorer som påvirker i hvilken grad recovery kan praktiseres (Lien & Lie, 2022, s. 295). En recoveryorientert praksis krever tålmodighet, da det er brukeren som styrer prosessen (Karlsson & Borg, 2023, s. 143). Helse- og sosialtjenester opplever økende antall brukere, begrensede ressurser og dermed mindre tid til å vie hvert individ (Hansen, 2023). Funnene i oppgaven viser til at dette kan skape uoverensstemmelser i forventninger mellom systemet, sosialarbeideren og brukeren, og kan være en utfordring knyttet til en recoveryorientert tilnærming.

I en recoveryorientert praksis er det brukeren som styrer prosessen, noe som fører til en overføring av makt fra sosialarbeider til bruker. Brukeren må ta i bruk seg selv og sin egen motivasjon (Karlsson & Borg, 2023, s.143). Recovery kan føre til en type ansvarsfraskrivelse fra hjelpesystemet, da ansvaret blir overført til brukeren (Swords & Houston, 2023). Det er lovfestet at hjelpesystemet skal bistå de som ikke selv mestrer å ivareta sine egne behov og interesser (Fo-yrkesetisk grunnlagsdokument, 2019, s. 5). Det kan dermed kunne ses på som

en utfordring å plassere ansvaret hos ROP-brukere, som allerede befinner seg i en sårbar livssituasjon.

Retningslinjene for oppfølging av ROP-brukere fra 2012 ble utarbeidet med bakgrunn i at mange innen brukergruppen og ansatte som jobbet med brukergruppen opplevde en uoverensstemmelse innen for dårlig kunnskap og tilgang på tjenester for gruppen (Helsedirektoratet, 2012). Flere undersøkelser fra år etter retningslinjene ble utarbeidet viser likevel til at det fremdeles er mangler i hjelpetilbudene ROP-brukere mottar. På en annen side viser det økte fokuset på å styrke brukernes stemme og medvirkning i prosessen til å bidra positivt til deres livssituasjoner. Med bakgrunn i kritikken som recovery har mottatt og resultater ved å føre en recoveryorientert praksis kan det tenkes at grunntanken og aspekter ved recovery er en positiv retning å strekke seg etter, men at det ikke er mulig å praktisere fullstendig.

Selv om oppgaven tar for seg en rekke utfordringer og ulike tilnærminger ved en recoveryorientert praksis med ROP-brukere, er dette bare noen sider og erfaringer ved tilnærmingen gjennom et utvalg av data. Dessuten har recovery blitt såpass “i vinden” og blitt en fremtredende tilnærming innen psykisk helse- og rus i Norge det siste tiåret (Biong & Soggiu, 2015). Det vil dermed være naturlig å gjøre flere studier og forskning på feltet, da det er en stadig utviklende og ny tilnærming.



## 6.0 Referanseliste

Aakerholt, A. (2006). *Rus og psykisk lidelse- faglige og organisatoriske utfordringer*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2006-03-02>

Askheim, O, P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?*. Gyldendal.

Askheim, O, P. & Andersen, J. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter*. Fagbokforlaget.

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*. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>

Bjaarstad, S., Trane, K, A, R., Hatling, T. & Reinertsen. (2014). *Nye trender innen arbeid og psykisk helse- sett i sammenheng med recovery*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2014-03-05>

Brodtkorb, E & Rugkåsa, M (2019). *Utfordringer for sosialt arbeid i dag*. Ellingsen, I, T., Levin, I., Berg, B & Kleppe, L, C. *Sosialt arbeid: en grunnbok*. (s. 299-313). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg). Gyldendal.

Evjen, R., Kielland, K, B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp: om psykiske lidelser og rusmiddelbruk*. (3.utg). Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Retten til arbeid: en arbeidsrett*. FO.  
<https://www.fo.no/arkiv-uttalelser-presse-m-m/retten-til-arbeid-en-menneskerett-article868-2597.html>

Fixdal, A. & Aulie, H. (2021). *Tvang kan være god omsorg*. Tidsskriftet.  
<https://tidsskriftet.no/2021/11/leder/tvang-kan-vaere-god-omsorg>

Fredwall, T, E. (2018). *En oppsummering av kunnskap: pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse*. Omsorgsbiblioteket. [Samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse-web.pdf](#)

Hansen, G, V. & Ramsdal, H. (2015). *Brukermedvirkning og samarbeid: vanskelige mål å kombinere?*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2015-03-02>

Hansen, I, L, S. (2023). *Når svikt i tilgang til helsetjenester blir et boligproblem for personer med alvorlig psykisk helse og rusproblemer*. Idunn. [nwr.8.2.5](#)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb8ee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb8ee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f)

[8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-1.tertial-2020/Pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf)

Helsedirektoratet. (2020). *Pakkeforløp psykisk helse og rus*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-1.tertial-2020/Pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf> /attachment/inline/76117cd4-599b-486e-afa2-1f0fb44903cd:dc205b4ca1d68784f27918215da5b206758d42a2/Pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus%201.%20tertial%202020.pdf

Helsedirektoratet. (2022, 8.juni) *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*. Helsenorge. Hentet onsdag 24. april 2024 fra <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/>

Huby, G. (2020). *Brukerstyrte behandlingsforløp- et eksempel fra ROP-feltet*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-10>

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L, E. & Klubben, M. (2018). *Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatrifeltet*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02>

Karlsson, B. & Borg, M. (2022). *Menneskerettigheter, recovery og åpen dialog: kan relasjonell recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet?*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/njwel.1.1.3>

Karlsson, B. & Borg, M. (2023). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. (2.utg). Gyldendal AS.

Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lien, L. & Lie, T, W. (2022). *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Fagbokforlaget.

Lorem, G, F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C, E. (2014). *Omsorg under tvang- En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern*. Idunn.  
[ISSN1504-3010-2014-02-03](https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.1504-3010-2014-02-03)

(Meld.St.15 (2022-2023)). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Napha: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse. (2024, 05. februar). *Recovery*.  
[recovery](https://www.napha.no/recovery)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. (Lov-1999-07-02-63). Lovdata.  
[https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3)

Pedersen, L, M, L. (2021). *Samarbeid som arbeid: betydningen av tid*. Idunn.  
<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-05>

Polden, E. (2017). *ROP- pasienters problematiske møte med behandlingssystemet*. Idunn.  
<https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-08>

Semb, R., Borg, M. & Ness, O. (2016). *Tilpasning eller tilbaketrekning?: tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer*. Idunn.  
<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>

Sjåfjell, T, L. & Sælør, K, T. (2023). “*Det eneste sikre er at alt er usikkert*”: *Utforskning av recovery-orientert arbeid i et botilbud for personer med ROP-lidelser*. Idunn.  
[njwel.2.2.4](https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2023-02-01)

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Gyldendal AS.

Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Strømmen, H. (2019). *Psykososialt arbeid: kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal.

Swords, C. & Houston, S. (2023). *Exploring the evidence of the paradigms of recovery and social work: reflections from an Irish case study*. International journal of environmental research and public health.

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=31a15fa4-98f1-42fc-aef4-60866c3f7c29%40redis>

Sælør, K. T., Bjørlykhaug, K. I., Bank, R. M. & Johnsen, T. A. (2019). *Møter i mørket: økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv*. Idunn.

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02>

Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. N. & Karlsson, B. E. (2019). *Relasjonell recovery: utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud*. Idunn.

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04>

Ørjasæter, K. B. & Almvik, A. (2022). *Men hva er det? Forståelser av recovery som perspektiv blant ansatte i spesialisthelsetjenesten*. Idunn.

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfv.25.4.3>

