



# Masteroppgave

**MHS704 Helse- og sosialfag**

**Recovery-orientert omsorg – gjennom utvikling og utfordringer**

**Recovery-oriented health care – through development and challenges**

**Kristin Elisabeth Juvik**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 74**

**Molde, 30.04.2018**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Professor Solfrid Vatne og Førsteamanuensis Ragnhild Michaelsen

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 30.04.18

## Forord

For å skrive denne masteroppgaven har jeg vært avhengig av støtte rundt meg, og disse vil jeg nå vil benytte anledningen til å takke.

Først og fremst vil jeg takke familien min. Min mann Øyvind, som er rolig og stødig når jeg har hatt frustrasjoner over noe jeg ikke har fått til, og når jeg har følt meg mest oppgitt. Mine barn: Halvard, Olise og Sigismund, takk for dynamiske diskusjoner, og at dere på den måten utfordrer tankerekene mine.

Jeg vil takke veilederne mine Solfrid og Ragnhild, en varm takk fra meg, for tålmodighet og alle timene dere har lagt ned i å veilede meg frem til denne oppgaven. Jeg beundrer kunnskapen og formidlingsevnen dere har.

Jeg må også benytte anledningen til å takke informantene som deltok i studien, og kontaktpersonene i kommunen som la til rette og hjalp meg til å få til dette prosjektet.

Aureosen, April 2018

## **Sammendrag:**

**Bakgrunn:** Det foreligger politiske føringer fra WHO (2013-2020) og helsedirektoratet (2014) om en anbefalt recovery-orientering i psykisk helsehjelp. Hensikten med denne studien er å undersøke lederes og ansattes erfaringer med, og bakgrunnen for innføringen av recovery i psykisk helse i kommunehelsetjenesten. Jeg vil finne ut bakgrunnen for at recovery er innført i det kommunale psykiske helsearbeidet. Hva lederne og miljøarbeiderne legger i recovery, og hvordan recovery kan praktiseres i møte med brukerne. **Teori:** I teoridelen presenterer jeg teori som jeg mener er relevant for å forklare historikken til recovery. Jeg tar også med teori om relasjoner, personsentrert psykologi og empowerment. Videre presenterer jeg hva jeg har funnet i forskningsartiklene om recovery. Jeg deler funnene inn i personorientert recovery, recovery som sosial prosess og klinisk-recovery. **Metode:** Jeg har gjennomført en kvalitativ studie med to fokusgruppeintervjuer, et av ledere og et av miljøarbeidere. Gruppene ble intervjuet om den samme tematikken, og resultatene ble sett i sammenheng i analyse i etterkant av studien. Jeg gjennomførte en tematisk analyse, med utgangspunkt i Braun & Clarke (2010) sin artikkel om tematisk analyse. Jeg brukte hermeneutisk tekstfortolkning i analyseprosessen. **Resultater:** De ansatte har hatt en utvikling gjennom bevisstgjøringen av recovery, men opplever også at den nye faglige plattformen medfører utfordringer. Utfordringene omhandler, fagpersonenes rolle, skillet mellom personlig og privat praksis og samarbeidet med spesialisthelsetjeneste. I praktiseringen av recovery kan man finne arbeidsmåter som er forenelige med de tre retningene som forskningsteorien viser til, det personlige, sosiale og kliniske recovery-perspektivet. **Konklusjon:** Studien viser at tjenesten har hatt en utvikling gjennom å innføre de nye faglige føringene. Informantene beskriver at utviklingen har skjedd både i dem selv og i møte med brukerne. Studien viser også at informantene finner det utfordrende å jobbe recovery-orientert på en rekke områder, og at det å jobbe recovery-orientert må utvikles kontinuerlig.

## **Summary:**

**Background:** There are political guidelines from the WHO (2013-2020) and the Directorate of Health (2014) on a recommended recovery orientation in mental health care. The goal with this study is to find the health care providers experience and background for introducing recovery-oriented health care into community care. What does the leaders and environmental therapist put as a meaning into recovery, and how do they practice it in meeting with the users/patient.

**Theory:** In the theory I present theory I find relevant to explain the roots and historical context of recovery. I also will also include theory about relations between patient and therapist, client centred psychotherapy and empowerment. Further I present the research papers I found about recovery. As a result of them I choose to write about personal-recovery, social- recovery and clinical -recovery.

**Method:** I have done a qualitative study, where I have interview two focus groups, one of leaders and one of the environmental therapists. The interview was about the same themes and the result was compared in the analytic process afterword's. I did a thematic analyse, using Braun & Clarke in the proses.

**Results:** In the results, lessons learned relate to practical steps to introduce recovery. The employees have developed through awareness of recovery, but also find that the new professional platform poses challenges. The challenges concern the role of the professionals, the distinction between personal and private practice and cooperation with specialist health services. In the recovery process, one can find ways of working that are compatible with the three directions that the research theory refers to, the personal, social and clinical recovery perspective.

**Conclusion:** The study shows that the service has developed through introducing the new academic guidelines. The informants describe that the development has occurred in themselves and in the face of the users. The study also shows that the informants find it challenging to work recovery-oriented in a number of areas. This shows that working recovery-oriented must be developed continuously.

## Innholdsfortegnelse

FORORD.....	4
<i>Sammendrag:</i> .....	5
<i>Summary:</i> .....	6
<b>1.0    INTRODUKSJON.....</b>	<b>1</b>
1.1    MOTIVASJON OG HENSIKT.....	2
1.2    PROBLEMFORMLERING .....	3
<b>2.0    LITTERATURSØK.....</b>	<b>3</b>
<b>3.0    TEORETISK BAKGRUNN .....</b>	<b>4</b>
3.1    PERSONSENTRETT PSYKOLOGI .....	5
3.2    HVEM BERØRES AV RECOVERY .....	5
3.3    MYNDIGGJØRING/EMPOWERMENT .....	5
3.4    RELASJONEN I RECOVERY-PERSPEKTIVET .....	6
<b>4.0    HVA SIER FORSKNINGEN .....</b>	<b>7</b>
4.1    RECOVERY SOM PERSONLIG PROSESS.....	7
4.2    RECOVERY SOM SOSIAL PROSESS .....	8
4.3    KLINISK RECOVERY .....	8
<b>5.0    OPPSUMMERING .....</b>	<b>10</b>
<b>6.0    METODE.....</b>	<b>10</b>
6.1    FORSKNINGSDESIGN .....	10
6.2    GJENNOMFØRING AV STUDIEN .....	11
6.2.1 <i>Inklusjonskriterier og rekruttering</i> .....	11
6.2.2 <i>Intervjuene</i> .....	13
6.2.3 <i>Transkriberingene</i> .....	13
6.3    ANALYSE.....	14
6.3.1 <i>Tabell 1. Oversikt tema:</i> .....	17
6.4    ETISKE VURDERINGER VED STUDIEN.....	19
6.5    METODEKRITIKK .....	19
<b>7.0    RESULTAT.....</b>	<b>20</b>
7.1    INNLEDNING .....	20
7.2    FRA TRADISJONELL MEDISINSK MODELL TIL RECOVERY-ORIENTERT OMSORG I PSYKISK HELSEARBEID. ....	20

7.3	PRAKTISKE GREP FOR INNFØRINGEN AV RECOVERY SOM EN NY FAGLIG PLATTFORM.....	22
7.3.1	<i>Etablering av refleksjonsgrupper og undervisning.....</i>	22
7.3.2	<i>Økt fleksibilitet i ansettelse- med tverrfaglighet og bruker-ansatte.....</i>	23
7.3.3	<i>Innføring av metoder og redskaper.....</i>	24
7.4	POSITIVE ERFARINGER .....	25
7.4.1	<i>En refleksjons og delekultur har oppstått .....</i>	25
7.4.2	<i>Recovery fører til mer fokus på brukerens liv i sosiale sammenhenger .....</i>	26
7.4.3	<i>Relasjoner er i fokus i recovery-arbeid.....</i>	26
7.4.4	<i>Fokus på myndiggjøring som en del av recovery-arbeidet.....</i>	28
7.5	UTFORDRINGER I PRAKTISERINGEN AV RECOVERY-ARBEIDET .....	29
7.5.1	<i>Fagpersonens holdninger og verdier ble mer synlige.....</i>	29
7.5.2	<i>Recovery medfører et økt krav om økonomiske ressurser i tjenesten.....</i>	29
7.5.3	<i>Vanskelig å knytte recovery opp mot arbeidet med alle brukergrupper.....</i>	30
7.5.4	<i>Skillet mellom det private og personlige kan være vanskelig.....</i>	31
7.5.5	<i>Vanskelig å jobbe recovery-orientert uten å bli for ivrig på vegne av bruker.....</i>	32
7.5.6	<i>Fagpersonenes rolle i de nye faglige føringene- usikkerhet angående utøvelse i praksis.....</i>	33
7.5.7	<i>Spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvordan kommunen jobber.....</i>	35
7.6	BEHOV FOR Å KVALITETSSIKRE DET SOM ER INNFØRT .....	36
7.6.1	<i>Fremtidig utvikling av tjenesten gjennom forskning og utdanning .....</i>	36
7.7	OPPSUMMERING AV RESULTAT .....	37
<b>8.0</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>38</b>
8.1	INNLEDNING .....	38
8.2	BAKGRUNNEN FOR INNFØRINGEN AV RECOVERY-ORIENTERT OMSORG .....	38
8.3	HVILKET RECOVERY-PERSPEKTIV ER INNFØRT OG VEKTLAGT I TJENESTEN?.....	39
8.3.1	<i>Innføringen av klinisk recovery.....</i>	40
8.3.2	<i>Veksten i det personlige recovery-arbeidet.....</i>	41
8.3.3	<i>Veksten i det sosiale recovery-arbeidet .....</i>	42
8.4	UTFORDRINGER KNYTTET TIL RECOVERY-ARBEID .....	43
8.4.1	<i>Recovery fører til personlige og private utfordringer i relasjonsarbeidet.....</i>	43
8.4.2	<i>Recovery-arbeidet utfordrer rollene til fagpersonene.....</i>	45
<b>9.0</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>46</b>
	REFERANSELISTE:.....	48
	<i>Vedlegg 1, søknad til kommunen.....</i>	52
	<i>Vedlegg 2, samtykkeskjema.....</i>	54
	<i>Vedlegg 3, intervjuguide.....</i>	57
	<i>Vedlegg 4, meldeskjema.....</i>	60
	<i>Vedlegg 5, tilbakemelding.....</i>	65



## 1.0 Introduksjon

Recovery-perspektivet knyttes sterkt opp mot brukermedvirkning, ved at individet er i sentrum og har nøkkelen til sin bedringsprosess. Recovery beskrives også som sosiale prosesser, gjennom individets deltakelse og liv i hverdagsliv og miljø. Recovery omtales med forskjellige begrep, og blir blant annet beskrevet som; en tilnærming, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en prosess, en bevegelse, et perspektiv eller en visjon (Borg et.al 2013). Jeg velger i denne studien å bruke begrepene recovery, recovery-perspektivet, recovery-orientert omsorg og recovery-prosess.

Recovery ble første gang nevnt fra styringsorganene i USA i 1999, fra "departement of health and human services", der det ble fremmet at tjenestene skulle jobbe for å fremme recovery til brukerne. En ny rapport fulgte fra samme departement i 2003 og 2005, der de hadde lagt til mer utfyllende om recovery og en anbefaling om at psykiske helsetjenester skulle bli fornyet, med indikasjon om at det var noe annerledes som skulle innføres (Davidson, Rakfield og Strauss 2010). Videre fulgte flere land med rapporter fra styringsorganene, eksempelvis England og Canada i 2006. WHO fulgte også med sin rapport Mental Health Action Plan 2013-2020, der det står beskrevet at en recovery-perspektivet anbefales i samfunnet for å hjelpe mennesker med psykiske utfordringer. Rapporten nevner at individet bør møtes med likeverdighet, forståelse og muligheter til valg av tjenester. I Norge ga Helsedirektoratet i 2014, ut en veileder for hvordan recovery skulle implementeres i kommunalt psykisk helsearbeid. Som en del av recovery vektlegges meningsfulle aktiviteter, som å være i arbeid, og å bli en del av samfunnet. Recovery-perspektivet handler om å finne en meningsfull måte å leve livet på, selv om man kan ha begrensinger i forhold til sykdom.

I det kommunale psykiske helsearbeidet i Norge har mange kommuner de siste årene innført recovery som visjon og verdisyn. I en rapport fra SINTEF publisert januar 2017, kommer det frem at det kommunale helsevesenet bevilger penger til å jobbe med brukermedvirkning, men fortsatt vet en lite om den reelle innflytelsen den enkelte bruker har på sitt eget tilbud og i hvor stor grad tjenesten er fleksibel nok til å møte individuelle behov (Borg et.al 2013). Det er derfor viktig å undersøke hvordan recovery-perspektivet forstås i den kommunale helsetjeneste og hvordan klinikere tenker om hvordan dette kan bidra til bedret hjelp for brukerne.

## 1.1 Motivasjon og Hensikt

Etter å ha vært ansatt i en kommune gjennom en innføring av recovery-orientert omsorg, kjente jeg på en nysgjerrighet knyttet til hva dette omhandlet. Jeg har gjennom min yrkesutøvelse i psykisk helsearbeid vært vitne til mange utspill, i miljøet der jeg jobbet. Mange stilte spørsmål om hva det egentlig var som var annerledes og nytt. Jeg startet derfor med tanken på at dette kunne være noe som var verd å finne ut mer om. Jeg vil også tilføye at det gjennom de siste årene har vært mye skriverier i sosiale medier og gjennom diverse faglige grupper om recovery. Recovery var og er på alles lepper. Uansett hva som skulle skje og skjer i en kommune, var det knyttet opp mot en nytenkning, som innebar at recovery skulle innføres.

Hensikten med denne studien er å undersøke bakgrunnen for innføring av recovery i kommunehelsetjenesten, ledernes og miljøarbeidernes forståelse av innholdet i recovery, og hva disse mener om hvordan praktiseringen av recovery kan foregå i møte med brukerne. Dette innebefatter kunnskap om hvilken ideologi recovery-perspektivet er fundert i, og hvordan dette kan formidles videre til pasientene.

Hensikten med å studere recovery-perspektivet er konkret å finne ut hva som var tankene bak og målsettingen med å innføre dette perspektivet i kommunen og hvordan det tenkes innført i praksis. Dette kan oppnås gjennom å undersøke hva ledere og fagansatte innenfor psykisk helsearbeid legger i recovery-begrepet, og hvordan dette er/var tenkt formidlet til de som til daglig møter brukerne. Videre vil jeg undersøke hvordan de som jobber tettest med brukerne oppfatter perspektivet, om hvordan de vurderer at dette kan bedre brukernes situasjon, og om de har fått tilstrekkelig opplæring i perspektivet.

## 1.2 Problemformulering

Dette prosjektet omhandler å undersøke erfaringene til ledere og miljøterapeuter. Problemformuleringer er derfor:

*Hva er ledere og miljøterapeuter sine erfaringer knyttet til innføringen av recovery-orientert omsorg i kommunalt psykisk helsearbeid*

## 2.0 Litteratursøk

For å få bedre innsikt i forskningen knyttet til recovery-perspektivet i psykisk helsearbeid, valgte jeg å gjøre et litteratursøk i databasene Medline, Psyck info og søkemotoren Ovid i perioden høsten 2016 til våren 2017. Søkene ble gjennomført slik:

**Søk 1** Medline: Mental health services 31181treff. Recovery oriented practice 29 treff. Mental health services AND recovery oriented practice, 14 artikler.

**Søk 2** Medline: Recovery 389918 treff, recovery oriented practice 29 treff, mental health services 91541 treff. Recovery OR mental health services 1785 treff. Begrenset studie til Språkene; norsk, engelsk, dansk, svensk. Fra 2000 til "current"; ga 1554 treff. Søkte deretter; severe mental illness 2983 treff, Recovery OR Mental health services, AND severe mentall illness, ga 83 artikler.

**Søk 3** Psyck info: Samme søke historikk som søk 2, i Medline, ga treff på 98 artikler.

Jeg har også brukt avansert søk i søkemotoren Oria. Søkeordene jeg brukte var mental health care, recovery, mental illness, severe mental illness, mental health services, recovery oriented practice og recovery based practice. Jeg fant artikler fra Canada, USA, Australia, New Zealand, Sverige, Norge, Nederland og Israel, altså studier hovedsakelig fra engelskspråklige land. Det var varierende fokus i artiklene. Noen artikler fokuserte på den kliniske delen av recovery, som omhandler verktøy for å skalere relasjonen eller bedringen, altså å evidensbasere tjenesten. Andre artikler la mest vekt på den opplevde delen av recovery, som brukerperspektivet. Det var hovedsakelig kvalitative studier. I tillegg har jeg funnet henvisninger i diverse fagbøker, artikkelhenvisninger, anbefalinger fra Napha.no og anbefalinger fra veileder på masterprosjektet.

Etter å ha gått gjennom en del av artiklene fra søkene mine, i tillegg til manuelle søk, valgte jeg å bruke 15 av artiklene i oppgaven min.

### 3.0 Teoretisk bakgrunn

Recovery som personlig prosess ble i utgangspunktet beskrevet av Anthony (1993), som en dyp og unik personlig prosess, der individet på et personlig nivå gjennomarbeider sine holdninger, mål, følelser, mestringer og roller. Det er en måte å leve på som gir tilfredsstillende og håp, selv om sykdommen medfører utfordringer og begrensninger. Recovery betyr ikke at lidelsesprosessen opphører hos personer med psykiske lidelser, at symptomer forsvinner, heller ikke er målet å bli helt frisk. For eksempel kan en person med lammelser oppnå recovery selv om ryggmargskaden fortsatt er et faktum. Det samme vil gjelde en person med en psykisk lidelse. Man vil kunne gjennomgå en recovery-prosess selv om sykdommen ikke er helbredet (Anthony 1993).

Recovery kan spores tilbake til 1700 tallet da det var fokus på det terapeutiske samfunn og til organisasjoner på 1960 og 70 tallet som fremmet selvhjelp, mennesket i sentrum og som en del av den antipsykiatriske bevegelse. Målet var at dette skulle fremme humanistiske verdier og hindre at mennesket ble redusert til en diagnostisk modell (Hummelvoll et al. 2015). Recovery eller bedringsprosesser som det også kalles på norsk (Borg og Topor 2003), kom som en motvekt til den rådende medisinske modellen, der hjelpere handler ut fra diagnoser og klassifisering av menneskelig atferd med utgangspunkt i symptomer, på samme måte som somatisk sykdom (Hummelvoll 2014). Oppfatning av galskap som sykdom, førte til et skarpt skille mellom fornuft (det normale) og galskap (det unormale). Språket i den medisinske kultur var preget av et diagnostisk språk og av monologer, noe som gjorde pasienten til objekt (Vatne 2012).

### **3.1 Personsentrert psykologi**

Klientsentrert terapi, senere omdøpt til personsentrert tilnærming er en tilnæringsmåte som tar utgangspunkt i menneskets subjektive og erfarte opplevelsesverden, med empati og kongruens i tilnærmingen (Haugsgjerd 2009).

Rodgers konkluderer med nødvendigheten av å forstå et annet menneske i terapi. Ved at vi virkelig skal forstå et annet menneske gjør vi oss sårbare, fordi denne forståelsen kan endre oss, og vi mennesker er redd for å bli endret (Rodgers 1967). Han beskriver denne forståelsen som en nødvendighet innenfor empatiske møter med mennesker i krise eller mennesker som har en annen virkelighetsoppfatning. Gjennom denne forståelsen oppnås aksept for tanker og følelser. Han fremholder at en slik forståelse kan føre til vekst og en mulig endring eller bedring (Rodgers 1967). Om man kaster et blikk på Anthony (1993) sin definisjon på den personlige recovery-prosessen, er dette tråd med det som Rodgers formulerte om sin vei til gode møter på sekstitallet.

### **3.2 Hvem berøres av recovery**

En recovery-prosess kan være en personlig prosess, men kan også gjennomgås i samarbeid med et hjelpeapparat. Når individet og omgivelsene ikke håndterer problemene kontaktes kommunehelsetjenesten eller psykisk helsevern (Borg og Topor 2003). Tanken er at den profesjonelle miljøarbeider ikke har nøkkelen til hvordan en person skal gjennomgå en recovery-prosess, da dette er en individuell prosess som kun individet selv har nøkkelen til (Anthony 1993). Som en kritikk mot den personlige recovery-prosessen, kan det komme uttalelser som; ”Du har ikke prøvd hardt nok”, der individet får en følelse av anklage. Motvekten mot dette fenomenet er empowerment, der en sikter mot å hjelpe individet til å ta tilbake livet sitt (Rowe & Davidson 2016).

### **3.3 Myndiggjøring/empowerment**

Empowerment handler om å gi makt, eller mer makt, til de som har lite av dette fra før, eller at disse tar makt. Målet er å styrke den enkelte eller en gruppe mennesker, slik at de kan bli bedre i stand til å styre sine liv mot egne mål og behov. Dette vil være et mål og et

resultat av en recovery-prosess. Det norske ordet anvendt for empowerment er myndiggjøring. Myndiggjøring er et begrep som har en dynamisk valør. Man får makt, gir bort makt eller deler makten (Ekeland og Heggen 2010). I en rehabiliteringskontekst sidestilles ofte begrepet empowerment med mestring. Empowerment i en slik sammenheng vil handle om å mobilisere styrke til å eller ressurser hos den enkelte til å mestre sine funksjonsnedsettelse og dermed mestre hverdagen og hverdagens utfordring (Askheim 2012). Når dette oppnås kan det sees på som en recovery-prosess.

### **3.4 Relasjonen i recovery-perspektivet**

Patricia Deegan (1988), utdannet psykolog, skrev artikler med bakgrunn i egen opplevde recovery-prosesser, etter å ha opplevd psykisk lidelse med diagnosen schizofreni. Et viktig forhold som Deegan framhever er de ansattes holdninger. Hun opplevde at mange hadde holdninger som økte skillet mellom det normale og det unormale. Dette skaper et oss-dem system. Deegan fremholder at for at skillet skal blir mindre, må vi innse at vi er alle sårbare mennesker, og stadig utvikler oss gjennom en personlig vekst i en recovery-prosess.

Selv om det Deegans artikler er skrevet for en del år tilbake, ansees det i dag å være like aktuelle. Deegan peker på at for å fremme recovery, må miljøarbeideren også gjennomgå en personlig recovery-prosess samtidig som man møter andre individ som gjennomgår sine personlige recovery-prosesser. Dette vil hindre objektivering i relasjonen. Objekt tankegangen leder vår oppmerksomhet i retning av straff, belønning, gode råd, resultater og konklusjoner (Schibbye 2012). Recovery-orientert omsorg støtter derimot et subjekt-subjekt synet, som er basert på intersubjektivitet. De som forteller om egen recovery, forteller om samtaler med personer som trodde på dem når de ikke engang trodde på seg selv. De som fremmet recovery var de som ikke presset sine oppfatninger på pasientene. Deling av oppfatninger og opplevelser mellom bruker og profesjonelle er derfor sentral i recovery-prosessen. Gjensidig anerkjennelse innebærer at to kan ta hverandre sine synspunkt og bytte perspektiv (Schibbye 2012). Det er naturlig å tenke at dette forutsetter en selvrefleksiv prosess. Å bli synlig for seg selv, sier noe om vi har muligheter til å se oss selv, bli kjent med oss selv. Selvrefleksivitet dreier seg om en spesifikk menneskelig egenskap, det å kunne forholde seg til seg selv. Refleksivitet innebærer også

selvavgrensning, som vil si individets evne til å skille mellom egne og andres opplevelser (Schibbye 2012).

## 4.0 Hva sier forskningen

Det er gjort en rekke studier som omhandler alle de tre aspektene ved recovery; recovery som en personlig prosess, recovery som sosial prosess eller klinisk recovery.

### 4.1 Recovery som personlig prosess

Det er gjort studier fra brukerens perspektiv, der de som har et hjelpeapparat rundt seg definerer hva de mener skal til for å oppnå bedring. Studiene hevder at miljøarbeideren eller hjelperens væremåte har innvirkning på bedringsprosessen og fremholder autonomi (selvbestemmelse), åpenhet og likeverdighet. For å fremme dette er det viktig at partene i relasjonen anerkjenner hverandre, at de blir møtt med håp, at de ser styrker og muligheter fremfor at det blir fokusert på svakheter og symptomer. Det kommer også frem at det å gå bort fra å se brukeren som en diagnose og å bli behandlet som et helt menneske er viktig, å bli møtt med forståelse. Tilnærming som fremmer personlig recovery har fokus på empowerment, autonomi, valg og vekst (Borg et al. 2013; Deegan 1988; Williams & Tufford 2012; Bouttilier et al. 2011; Meehan et al. 2008; Whitley 2014).

Det er også stilt spørsmål om hva som er en personlig recovery-prosess og hvem som bestemmer hva som ligger i denne prosessen; omgivelsene eller individet? Det stilles spørsmål om det fortsatt er en recovery-prosess om personen får et tilbakefall eller er i en dårligere fase av sin sykdom. Det hevdes fra Rowe & Davidson (2016), at en personlig recovery-prosess kan misforståes ved at vi tenker oss at bedringen forekommer først når individet ikke trenger hjelp fra et hjelpeapparat lenger. Mennesker med alvorlige psykiske problemer vil kunne trenge hjelp daglig til å mestre hverdagen på samme måte som en med fysiske funksjonsnedsettelse (Rowe & Davidson 2016).

## 4.2 Recovery som sosial prosess

For å oppnå recovery betraktes prosessen som multidimensjonal, og å inneholde flere faktorer. Prosessen, ikke bare den personlige prosessen i forhold til håndtering av sykdom, men også hvordan vårt sosiale liv er, med tanke på venner, arbeid og aktiviteter. (Borg, 2007), fremholder i sin studie at fattigdom, dårlige boforhold og arbeidsledighet var noe som virket inn på brukerne sin recovery-prosess. I flere studier vises det til at mennesker med en psykisk lidelse fortsatt opplever stigma fra samfunnet, som medfører, skam og skyldfølelse knyttet til det å være psykisk syk. Stigma (annerledeshet) ved en psykisk lidelse vil kunne hemme en recovery-prosess ved at personen som blir stigmatisert opplever seg selv som mindreverdige, noe som uttrykker selvstigmatisering. Det fremholdes derfor at i en recovery-prosess må man overkomme følelsen av stigma ved å fokusere på meningsfulle aktiviteter og å oppnå gode relasjoner i samfunnet. Som for eksempel å ha arbeid, gode venner, familie eller likesinnede (Meehan et al. 2008; Withley & Campbell 2014). Brukere med psykiske lidelser uttaler i Rowe og Davidson (2016) sin studie, at de mener de ikke trenger å vente på å bli friske, hvis de har tilgang til en jobb og egen bolig, og får være en del av samfunnet.

## 4.3 Klinisk Recovery

Klinisk recovery er et begrep som brukes mot behandlingsrettede og resultatorienterte retninger. Sentrale punkt ved klinisk recovery er resultat eller tilstand, det er observerbart, vurdering fra fagperson og at tilstanden ikke varierer mellom individer. Hensikten med klinisk recovery er å bevise at recovery har en virkning (Borg et al. 2013). Recovery er et subjektivt begrep, og det strebes derfor etter en felles forståelse av hva som ligger i recovery. Ved å operasjonalisere recovery-begrepet møter man behovet for felles forståelse (Rosenberg et al. 2015; Boutillier et al. 2011). Sentrale forhold ved klinisk recovery er: vurdering av fagperson, symptomfrihet, selvstendig bosituasjon, jobb og sosiale relasjoner (Borg et al. 2013). Det er utarbeidet flere kliniske verktøy for å skalere relasjonen mellom hjelper og bruker. Skaleringene har opphav i studier gjort i USA, og noen av de er utviklet videre for å tilpasses landet de implementeres i. Det er derfor utarbeidet forskjellige skaleringsverktøy som har litt forskjellig innhold, men fellesnevneren er at alle har recovery som grunntanke.



I Norge heter to av skaleringsverktøyene; KOR (klient og resultatstyrt praksis) og FIT (Feedback informerte tjenester). I tillegg er det utviklet en metode IMR (Illness management and recovery), som er under innføring i flere DPS og kommuner i Norge. (Rosenberg et al. 2015; Ulvestad et al. 2012).

I IMR er metodene psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju samlet og fremholdt som tilnærminger for at pasienten skal oppleve bedring. IMR er et lærebasert program, der man gjennomgår ti moduler sammen med brukeren, og målet er sykdomsmestring. Programmet kan gjennomføres på individnivå og i grupper (Mueser og Gingerich 2011). Metoden er utarbeidet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni, affektive lidelser og bipolare lidelser. IMR er basert på en rekke randomiserte kontrollerte studier utført i USA. Disse studiene viser at individer som har blitt møtt med metodene i IMR har oppnådd bedring. Det recovery-orienterte perspektivet i IMR er at individene selv setter opp sine mål for framtid og bedring. (Whitley et al. 2009; McGuire et al. 2012; Levitt et al. 2009).

Ut fra forskningsartiklene jeg har gjennomgått, synes det å ligge en spenning mellom den personorienterte, sosiale tilnærmingen og den kliniske, standardiserte. Dette kommer spesielt frem i de artiklene som omhandler det personorienterte recovery perspektivet (Rowe og Davidson 2016; Borg et al. 2013; Meehan et al. 2008; Hummelvoll et al. 2015). Artiklene viser til at det kan utgjøre en forskjell i tilnærmingen til brukerne, med tanke på at det innenfor klinisk recovery allerede er tatt et valg i hvordan behandlere skal møte brukere. Og også at klinisk recovery har hatt fokus på behandlingsforskning og effektmålinger foran personens erfaringer (Borg et al. 2013).

Det er også interessant å stille spørsmålet om hvordan brukerfokuset ivaretas innenfor klinisk recovery, der det er lagt føring for hvilke behandlingsmetoder som skal brukes. Andre spørsmål man kan stille seg er om alle hjelperne har forutsetninger for å jobbe med bakgrunn i disse behandlingsmetodene. Det kan også tenkes at det kan være en utfordring å finne ut hvordan miljøarbeidere skal læres opp i de forskjellige metodene

## 5.0 Oppsummering

Recovery handler altså om en personlig prosess og handler om å finne en måte å leve med begrensninger psykiske problemer kan gi. Det handler om å finne noe eller noen i livet som gir mening og styrke til å kunne leve med utfordringene. I møtet med hjelpeapparatet kan selve møtet være med på å fremme recovery, som å tilføre håp om mestring og bedring. Betingelser for å skape håp er at hjelper opptrer anerkjennende, myndiggjørende (deler makt) og unngår objektivisering. Hjelperen må også samarbeide med individet om hva som er bedring, hva som skal til for å oppnå bedringen og hvor lang tid personen bruker på sin bedringsprosess. På denne bakgrunn er det interessant å se på hvilken tilnærming miljøarbeidere møter denne gruppen mennesker med? Hva skal til for at dette oppnås i møtet?

## 6.0 Metode

Denne studiens hensikt er å finne svar på erfaringene knyttet til innføringen av recovery-orientert omsorg, i kommunalt psykisk helsearbeid. Da dette prosjektet omhandler hvordan ledere og miljøterapeuter har erfart innføringen, valgte jeg et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som metode. Metoden jeg har valgt vil belyse en gruppe miljøterapeuter, og en gruppe lederes erfaringer med innføringen av recovery-orientert omsorg som de har jobbet med siden 2003.

### 6.1 Forskningsdesign

Jeg gjennomførte to fokusgruppeintervjuer. Det ene med sentrale personer, ledere og prosjektledere, som hadde ansvaret for innføringen av recovery-perspektivet i kommunen. Det andre med miljøarbeidere som jobber tett på brukerne i kommunen. Dette for å ivareta homogeniteten i gruppene som samhandler i praksis, noe som vil styrke gruppedynamikken. Argumentet for homogene grupper vil være at deltakerne lettere vil gjenkjenne og identifiseres seg med hverandres erfaringer, og slik øke assosiasjonseffekten og gruppedynamikken (Malterud 2012).

I analysen brukte jeg en hermeneutisk tekstfortolkning, der jeg tolker intervju og

transkripsjoner av disse. Kvale (2015) fremmer at en del av hermeneutiske fortolkningsprinsippet er den kontinuerlige frem og tilbake prosessen -mellom deler og helhet- som er følge av den hermeneutiske sirkel. Dette opplever jeg å betegne prosessen jeg hadde med å komme frem til funnene mine i analyseprosessen. Da jeg trodde jeg hadde funnet temaet, måtte jeg tilbake til begynnelsen og lese pånytt med «nye øyner». Når jeg gjennomfører denne forskningen må jeg erkjenne at jeg ikke er fordomsløs. Jeg har med meg bagasje og erfaringer som vil være med på å forme hvordan jeg forstår og fortolker. Kvale (2015) beskriver dette som et av prinsippene i hermeneutiske fortolkningsprinsipper. Dette var utfordrende for meg, grunnet at jeg jobber i en kommune som gjennomgår mange av de samme prosessene som kommunen jeg forsket på. Dette var nok også med på å forme hva jeg ville finne ut av i forskningen min. Jeg har måttet jobbet med meg selv, og vært bevisst min egen forståelse gjennom hele prosessen. Dette henger sammen med det som Kvale beskriver om å jobbe ut fra tekstens autonomi, at teksten forsøes ut fra sine egne premisser, hva sier tekstene om tema man vil finne svar på. (Kvale 2015).

## **6.2 Gjennomføring av studien**

### **6.2.1 Inklusjonskriterier og rekruttering**

Etter å ha vært i kontakt med flere kommuner, som er i innføringsfasen eller som jobber med recovery-innføringen, falt valget på en kommune jeg var i kontakt med. Denne hadde jobbet med innføringen av recovery siden 2003. Dette var en spennende kommune å gjennomføre forskningen i med tanke på at jeg var interessert i erfaringene knyttet til innføringen, måten å jobbe på, samt kommunes størrelse. Jeg var avhengig av at det var nok ansatte i kommunen til å fylle to fokusgrupper med informanter som ledere og miljøterapeuter. Det anbefales at fokusgruppene som intervjues består av fem- åtte deltakere (Malterud 2012).

Jeg tok kontakt med enhetslederen i den gjeldende kommunen, for å ytre ideen min om å forske i denne kommunen. De stilte seg positive, og oppga en kontaktperson som kunne hjelpe til med rekruttering. Det å få riktig antall deltakere var noe jeg måtte jobbe med over en tid, og jeg hadde jevnlig kontakt med min kontaktperson gjennom mail. Jeg satt tilslutt igjen med åtte informanter fra ledergruppen, og seks informanter til gruppen med

miljøterapeuter. Kontaktpersonen hjalp meg med å tilrettelegge for at selve intervjuene kunne gjennomføres ved at han bestilte grupperom som vi kunne disponere til intervjuene.

Jeg valgte å avgrense informantene til å ha minimum treårig høgscoleutdanning.

Inklusjonskriterinene for studien var at miljøarbeiderne jobber i psykisk helse i kommunehelsetjenesten, har kjennskap til recovery-innføringen, og har minimum treårig høyskole. Inklusjonskriteriet for lederne var at de er, eller har vært med på at recovery-perspektivet innføres i psykisk helse i kommunehelsetjenesten. Lederne måtte også ha minimum treårig høyskole. Jeg presiserte i rekrutteringsprosessen at informantene måtte være profesjoner som sykepleiere, vernepleiere eller sosionomer.

Oversikt over informantene og hvilken bakgrunn/utdannelse de hadde:

Ledergruppen:	Miljøterapeutene
1 Informant, psykiatrisk sykepleier	1 Informant, sykepleier med kognitiv videreutdanning
2 Informant, Vernepleier med videreutdanning i psykisk helse	2. Informant, Vernepleier
3 informant, Vernepleier med Master i endringsledelse	3. Informant, Vernepleier
4 informant, Sykepleier med Master i helsevitenskap	4. Informant, Sykepleier
5 informant, Vernepleier med Master i endringsledelse	5 Informant, Vernepleier med videreutdanning i rus og master i psykisk helse.
6 informant, Vernepleier med Master i helsevitenskap	6 Informant, sosionom.
7 informant, vernepleier med videreutdanning i psykisk helse	
8 informant, sykepleier.	

## 6.2.2 Intervjuene

Intervjuene foregikk på et grupperom på senteret for psykisk helse i kommunen som det ble forsket i. Det var to forskere tilstede for å gjennomføre fokusgruppeintervjuene; en moderator som ledet og gjennomførte intervjuene og ko-moderator som hjalp til under intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på en digital opptaker. Informantene presenterte seg med navn og bakgrunn før intervjuet startet.

Jeg hadde utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide, der spørsmålene var tilpasset ledergruppen og miljøterapeut gruppen. Spørsmålsguiden var inndelt i fem fokusområder med tilleggsspørsmål. Fokusområdene jeg hadde laget meg på forhånd var åpne spørsmål om recovery, implementering på organisasjonsnivå, samt relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren. Disse fokusområdene ville gi meg innblikk i erfaringene knyttet til innføringen av recovery-orientert omsorg, som er mitt overordnede forskningsspørsmål. Jeg brukte åpne spørsmål, slik at flest mulige synspunkt ville framtre. Fokusgrupper gir forskeren en unik sjanse til å vitne hvordan interaksjonen mellom gruppelemmene fungerer, og flere erfaringer vil på denne måten bli synlige. Ved hjelp av flere medlemmer kan man få en dynamisk diskusjon som får frem ulike meninger og gruppenormer. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert i etterkant, og bestod da av tekster som representerer menneskelige samtaler, samhandlinger, normer, holdninger og oppfatninger mellom deltakerne (Liamputtong 2012).

## 6.2.3 Transkriberingene

Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir de strukturert slik at de bedre egner seg for analyse (Kvale 2015). Intervjuene ble transkribert av meg. I transkripsjonsfasen gjennomgår man allerede en form for analyse, ved at en husker og gjør seg tanker om sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen. Lyttingen til hva informantene sier danner et grunnlag for fortolkning allerede på et tidlig stadium (Kvale 2015). Transkriberingen av gruppeintervju var krevende fordi det var viktig å høre hvem som sier hva. Jeg lyttet gjennom hvert av intervjuene tre ganger, i tillegg til at jeg måtte spole frem og tilbake flere ganger for å fange opp hva informantene sa.

Ledergruppeintervjuet ble 27 sider ferdig transkribert, og miljøarbeider intervjuet ble 25 sider.

I transkripsjonene valgte jeg å ta med forlenging av lyder, latter og opphold i setningene. Transkripsjonene ble skrevet på bokmål, noe som gjorde at man mister litt av meningen en setning kan ha gjennom dialekten, ved at enkelte setninger ble lagt vekt på med tonelag. For å ivareta anonymitet og i tillegg gjøre det enklere for meg ble stemmene gjort om til bokmål i skriftliggjøringen.

### **6.3 Analyse**

Jeg valgte å følge Braun & Clarke (2006) sin guide om hvordan man gjennomfører en tematisk analyse. Som fersk forsker, var analysen en litt overveldende og «kronlete» prosess, og det tok meg lang tid å skjønne hvordan jeg skulle sammenfatte meningsinnholdet til temaer i forskningen min. Braun og Clarke (2006) deler analyseprosessen inn i fem faser. 1. Gjøre seg kjent med datamaterialet, 2. Koding av teksten, 3. Søken etter tema, 4. Finne meningssammenhenger, 5. Definere og navngi temaene og 6. Slutføring til en rapport/oppgave. Jeg har i løpet av fasene hoppet mellom trinnene, og da jeg trodde jeg hadde oversikt oppdaget jeg å ikke ha det. Med god hjelp fra mine veiledere, har jeg blitt veiledet inn på rett spor igjen. Jeg jobbet meg gjennom teksten flere ganger for å bli kjent med det innsamlede materiale. Etter å ha gjennomgått, koding, inndeling av hovedtema, og undertema i flere runder, har jeg skrevet ned funnene mine flere ganger. På et punkt «løsnet trådene» i større grad for meg. Jeg skal i løpet av trinnene under prøve å beskrive hva jeg gjorde gjennom de ulike trinnene, og hva som førte til at jeg fikk en meningsforståelse av hva informantene fortalte meg.

#### **Trinn 1: Å bli kjent med dataene, induktivt**

Hensikten i denne forskningen er å få tak i de ansattes erfaringene knyttet til recovery-innføringen i kommunalt psykisk helsearbeid. Ved at jeg ikke har en hypotese som skal testes, men heller finne ut erfaringer gjennom fokusgruppeintervju, gjør jeg en induktiv tilnærming til det innsamlede materialet, og ikke en deduktiv (Braun & Clarke, 2006). Den induktive tilnærmingen til stoffet gjorde jeg gjennom fortolkninger av tekster og erfaringer som informantene ga meg. Fortolkningen startet allerede i transkripsjonsfasen, der jeg fikk innblikk i opplevelser og erfaringer på et tidlig stadium. Etter transkriberingen lyttet jeg

gjennom intervjuene for å forsikre meg om at det jeg hadde skriftliggjort var riktig gjengivelse. Etterpå leste jeg gjennom transkripsjonene flere ganger for å gjøre meg mer kjent med stoffet der jeg søkte etter mening og mønstre i stoffet (Braun & Clarke 2006).

## **Trinn 2: Koding**

Etter jeg hadde lest gjennom teksten noen ganger, starter prosessen med koding. Grunnet at jeg er fersk som forsker, og studiens omfang, gjennomførte jeg en manuell kodingsprosess. Braun & Clarke (2006) anbefaler å kode i forhold til så mange tema som mulig, ettersom man vil ikke kunne vite hvilke av kodene som er interessant i etterkant. Det anbefales at noen av detalj-dataene rundt blir beholdt, slik at konteksten blir beholdt. Måten jeg gjorde det på var derfor å skrive ned notater, som var en del av en setning, og prøvde å unngå bare stikkord. På denne måten beholdt jeg litt av meningsinnholdet i kodingen. Det anbefales også fra Braun & Clarke (2006) at det ikke bør utelates noe man tenker ikke er interessant for hovedtematikken, for å unngå å miste viktige funn i denne fasen. Jeg jobbet meg gjennom begge transkripsjonene og kodet alt som ble uttalt. Dette var en fase som var starten på det som skulle bli den mest tidkrevende prosessen, nemlig å lete etter temaene.

## **Trinn 3: Søken etter tema**

Etter kodingen var gjennomført, begynte den møysommelige prosessen som omhandler leting etter tema. På dette tidspunktet forenklet jeg teksten ved å ta bort en del lyder, som kremting, latter og forlengelse av lyder. Dette for å få en bedre oversikt over hva den enkelte sier. En av utfordringene mine som fersk forsker, var at jeg tidlig i prosessen startet å lete etter svar på fokusområdene jeg hadde laget meg i intervjuguiden. På denne måten ble jeg låst i å finne svar på dette. Etter å ha lest gjennom transkripsjonene flere ganger, begynte jeg å dele teksten inn i temaene som jeg jeg hadde brukt som fokusområder i intervjuene. Braun & Clarke (2006) anbefaler å lage en tabell eller et tankekart for å få oversikt. Jeg lagde derfor en tabell, der jeg satte inn teksten, og brukte fokusområdene som tema. I denne fasen var det vanskelig for meg å få overblikket jeg trengte for å komme meg videre i forskningsprosessen. Som forsker jobbet jeg ikke induktivt lenger - jeg hadde

nærmest hoppet inn i en slags deduktiv fase, der jeg lette etter svar på spesifikke spørsmål. Jeg hadde plukket opp deler, og satt dem sammen til min fortolkning uten å se teksten som autonom (Kvale 2015). På dette stadiet måtte jeg tilbake i den hermeneutiske sirkelen, og «re starte» meg selv. Med veiledning og god hjelp, klarte jeg å løsrive meg litt etter litt fra denne låste temainndelingen. Jeg måtte på dette tidspunktet derfor gå tilbake til trinn 1. med gjentagende lesning av teksten.

Etter at jeg «restartet» meg selv, og satte meg ned for å lese teksten på nytt med «nye øyner», dukket det opp en annen meningssammenheng. På dette tidspunktet kjente jeg allerede godt til stoffet, men måtte jobbe hardere med å ikke la min egen fortolkning av stoffet bli førende for temaene.

#### **Trinn 4: Finne meningssammenhenger**

På dette punktet hadde gjentagende lesning av meningsinnholdet i transkripsjonene, og langvarig jobbing med tabeller med ulike tema, ført til en ny mening. I følge Braun & Clarke (2006) er det i denne fasen man vil kunne begynne å se temaene, men at disse muligens må omskrives. Det er viktig å hele tiden ha kontakt med transkripsjonene, og se at tema utfallet stemmer med det som blir formidlet. Jeg hadde fortsatt en jobb å gjøre ved å få helhetsblikket. I denne fasen begynte jeg å slå sammen mange av temaene som jeg hadde, da jeg begynte å innse at mange av de mindre temaene mine omhandlet mye av den samme tematikken. På denne måten dannet det seg fortsatt i denne fasen nye meningssammenhenger. Jeg strukturerte tekst som jeg tidligere hadde under forskjellige tema, som jeg nå flyttet under andre temaer.

Jeg fikk i denne fasen et overblikk over hva informantene fortalte meg, og hadde en god del emner som var satt inn i nye tabeller. Jeg startet å skrive ned hva temaene inneholdt, og på denne måten begynte jeg å få en struktur over det overordnede meningsinnholdet i hva informantene hadde fortalt meg.



## Trinn 5: Søken etter tema

I denne fasen er det man definerer hva hvert enkelt tema handler om (Braun & Clarke 2006), og om de forteller noe om det overordnede forskningsspørsmålet. Min problemstilling hadde ikke til hensikt å finne et spesifikt svar, men å undersøke erfaringer. Temaene jeg kom frem til og definerte er derfor områder som sier noe om erfaringene knyttet til recovery-orientert omsorg. I denne fasen var det fortsatt behov for å omdefinere undertema. Jeg oppdaget at temaer i undertemaene som kunne være et hovedtema i seg selv, ved at de fortalte noe eget om en erfaring. Braun & Clarke (2006) fremholder at i sluttfasen blir navnene til undertemaene viktige, for at leser skal forstå hva disse handler om. Grunnet at disse overskriftene var noe uklart, hva temaet handlet om, jobbet jeg med å tydeliggjøre det. Temaene jeg kom fram til vises i tabellen under:

### 6.3.1 Tabell 1. Oversikt tema:

Hovedtema	Undertema
Fra tradisjonell medisinsk modell til recovery-orientert omsorg i psykisk helsearbeid.	
Praktiske grep for innføringen av recovery som ny faglig plattform.	Etablering av refleksjonsgrupper og undervisning.  Økt fleksibilitet i ansettelse- med tverrfaglighet og brukeransatte.  Innføring av metoder og redskaper.
Positive erfaringer	En refleksjons og delekultur har oppstått  Recovery fører til økt fokus på brukerens liv i sosiale sammenhenger.  Relasjoner er i fokus i recovery-arbeid.  Fokus på myndiggjøring som en del av

	recovery-arbeidet.
Utfordringer i praktiseringen av recovery-arbeidet.	<p>Fagpersonens holdninger og verdier ble mer synlige.</p> <p>Recovery medfører et økt krav om økonomiske ressurser i tjenesten.</p> <p>Vanskelig å knytte recovery opp mot arbeidet med alle brukergrupper.</p> <p>Skillet mellom det personlige og private kan være vanskelig.</p> <p>Vanskelig å jobbe recovery-orientert uten å bli for ivrig på vegne av bruker.</p> <p>Fagpersonenes rolle i de nye faglige føringene- usikkerhet angående utøvelse i praksis</p> <p>Spesialisthelsetjenesten-de mangler kunnskap om hvordan kommunen jobber.</p>
Behov for å kvalitetssikre det som er innført	Fremtidig utvikling av tjenesten gjennom forskning og utdanning

## 6.4 Etiske vurderinger ved studien

Informasjonen som var nødvendig om studien, ble utvekslet på mail i forkant av intervjuene. Enhetsleder og kontaktperson fikk tilsendt informasjon om at studien var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og samtykkeskjema.

Samtykkeskjemaet ble videreformidlet og levert ferdig signert til forsker før intervjuet startet. Dette er sensitive opplysninger som behandles etter lover og forskrifter om sikring, sletting, kobling og utlevering (Malterud 2012).

Konfidensialitet rundt intervjuene har blitt opprettholdt. Det er kun jeg og veileder som har tilgang til transkripsjonene. Lydfilene er det bare jeg som har tilgang til. De er oppbevart på datamaskin med kode for adgang. Disse vil bli slettet ved studiens slutt. Sitatene i resultat delen er kun gjengitt med tittel og er, som tidligere nevnt i oppgaven, ikke gjengitt på dialekt for å ivareta anonymitet.

## 6.5 Metodekritikk

Det å forske på eget arbeidsfelt er ikke en lett oppgave. Nå var ikke denne kommunen én jeg hadde kjennskap til på forhånd, men fagfeltet jeg skulle undersøke var kjent, og også utfordringene som ble beskrevet fra begge gruppene. Da jeg startet med denne studien jobbet jeg som leder i psykisk helsetjeneste i en kommune som på det tidspunktet hadde bestemt seg for gjennomføre en innføring av recovery i psykisk helse. Det var utfordrende å være en del av praksisfeltet samtidig som jeg skulle være forsker. Jeg kjente igjen mange av erfaringene informantene fortalte om i intervjuene. For meg ble det viktig å være bevisst det å klare å se teksten og informantenes erfaringer som deres, og legge fra meg mine egne erfaringer. Det å ikke blande inn mine egne erfaringer har i hele forskningsprosjektet vært utfordrende, dette grunnet min nærhet til arbeidsfeltet gjennom min yrkesutøvelse.

En styrke ved studien har vært at jeg intervjuet to grupper, og fikk dermed et innblikk i forskjellige erfaringer fra både ledergruppe og miljøterapeuter. En svakhet ved studien min er at ledergruppen hadde to informanter flere enn fra miljøterapeutene. Dette kan ha medvirket til at materialet fra ledergruppen gir en rikere beskrivelse enn miljøterapeutene.

## 7.0 Resultat

### 7.1 Innledning

Analysen resulterte i fem hovedtema, disse er: 1. Fra tradisjonell medisinsk modell til recovery-orientert omsorg. 2. Praktiske grep for innføringen av recovery som ny faglig plattform 3. Positive erfaringer. 4. utfordringer i praktiseringen av recovery-arbeidet. 5. Behov for å kvalitetssikre det som er innført. Gjennom disse temaene forteller informantene om erfaringene sine knyttet til innføringen av recovery, noe som jeg skal belyse under hvert tema.

Når gruppene omtaler recovery, omtales de det hovedsakelig som bare recovery, men de bruker også benevnelsen recovery-filosofien. I denne benevnelsen ligger en overordnet felles forståelse av hva recovery innebærer og at dette nå er innført i kommunen som en felles arbeidsmåte.

### 7.2 Fra tradisjonell medisinsk modell til recovery-orientert omsorg i psykisk helsearbeid.

Ledergruppen forteller om et behov for en ny faglig plattform, knyttet til at de erfarer at vi har vært lenge nok i den tradisjonelle tanken der vi har visst hva som er best for brukeren. Ledergruppen understreker at gjennom denne avgjørelsen om endring, ble det tatt hensyn til forskning, hvor brukere og pårørende hadde uttalt seg om hva de mener er viktig i møte med hjelpeapparatet. I den nye faglige plattformen må ekspertrollen må vike, der det er et mer likeverdig forhold mellom hjelper og bruker. ”*Det handler jo litt om en sånn motvekt til tradisjonell tenkning, hvor en leter etter symptomer*” (Sykepleier, leder). Dette skulle medføre at brukerne fikk større innflytelse i livene sine, som igjen skulle føre til økt mestring. Begge gruppene sier at med recovery har de har valgt å ha fokus på verdier som omhandler håp, samhørighet, identitet og mening i livet- på tross av diagnose. En av informantene i ledergruppen forklarer om recovery- innføringen:

*”Faren er jo at vi innfører sånn og sånn, også tror vi liksom at vi når et mål. Det er langsiktig arbeid, det handler om grunnleggende verdier”. (Sykepleier, leder)*

Det foreligger i tillegg nasjonale føringer for at tjenestene skulle ha recovery som filosofi og faglig plattform. For å finne ut hvordan gjennomføringen av den nye filosofien skulle nedfelles i praksis, anvendte ledergruppen diverse skriv fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse) og fra KORFOR (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning), som en veiledning på hvordan de skulle innføre recovery i sin kommune. Informantene i ledergruppen forteller at recovery-innføringen startet som et ettårig prosjekt, der den nye faglige plattform skulle utvikles, med fokus på en ny måte å organisere tjenesten innenfor psykisk helse og rus på. Dette ble derfor sett i sammenheng med at rus- og psykisk helse enheten skulle slåes sammen. Ved hjelp av dette utviklet en arbeidsgruppe i kommunen en egen implementeringsplan. En av lederne sier:

*«Vi har jo en implementeringsplan i forhold til recovery-orientert praksis, men vi er jo litt opptatt av at det er praksisen. Recovery er jo ikke en metodikk, det er endring av atferd og holdninger, så det er jo det vi har lagt til grunn for implementeringsplanen». (Vernepleier, leder)*

Begge gruppene forteller at recovery-orientert omsorg ikke tilfører noe nytt ettersom dette er basert på en tankemåte de kjenner godt til, og at de har jobbet etter denne lenge. En av lederne sier: *«Vi hadde tiltak som jobbet recovery-orientert lenge før begrepet kom». (Vernepleier, leder)*

Det fremmes spesielt fra miljøterapeutene uklarhet hvorvidt det er behov for, og hvorfor en ny faglig plattform er innført. De uttrykker usikkerhet knyttet til hvorfor det er akkurat er recovery som er innført. En sykepleier sier det slik: *”Om en ønsket på en måte å selge det inn tror jeg” (Sykepleier, miljøterapeut)*. Miljøterapeutene er enige i at en av grunnene til innføringen kan ha sammenheng med at rus- og psykisk helse enhetene skulle slåes sammen, og i den sammenheng passet det å innføre recovery-perspektivet. Informantene sier at recovery ikke oppleves som noe nytt og at de har jobbet recovery-orientert lenge før fagplattformen ble innført, en av miljøterapeutene beskriver det slik:

*”På åttitallet gjorde man sånn, og på nittitallet var det sånn. Også har man bakt inn recovery og presentert det på nytt”. (Sykepleier, miljøterapeut)*

To av informantene i ledergruppen nevner at rammer er viktige faktorer i recovery-arbeidet. Den ene lederen fremmer samfunnets rammer, at en viktig del av recovery-arbeidet er brukerens fungering i samfunnet, og det å forholde seg til disse rammene er også viktig. En annen informant sier at en av grunnene til recovery- innføringen, er de økonomiske rammene i samfunnet, noe som kan oppleves vanskelig å snakke om, men som kan være høyst relevant. Informanten fra ledergruppen sier det slik:

*”Vi har ikke råd til noe annet i Norge heller, for hvis vi skulle fortsatt bare med den tenkningen som vi har gjort frem til nesten nå, så hadde alle endt i døgninstitusjoner ute i kommunen, også skulle vi bare hjelpe dem mer og mer”. (Vernepleier, leder)*

## **7.3 Praktiske grep for innføringen av recovery som en ny faglig plattform**

### **7.3.1 Etablering av refleksjonsgrupper og undervisning**

Informantene i ledergruppen forteller at det var nødvendig å gjennomføre konkrete tiltak i innføringen av recovery, og det var derfor behov for en organisering i tjenesten.

Organiseringen har ifølge informantene i ledergruppen bestått av oppretting av intern-undervisninger, refleksjonsgrupper, recovery-kontakter og innføring av metode og redskap som er forenelig med recovery-filosofien. Ledergruppen startet derfor opp med å utnevne recovery-kontakter som leder hvert sitt recovery-team. De har også etablert grupper for refleksjoner der de bruker recovery-kort, som inneholder case fra praksishverdagen til miljøterapeutene, for å hjelpe til med refleksjonene. En gang i uken tas dette med i et større møte, der flere kan drøfte casene, eller de etiske problemstillingene. Dette har medført at det er utviklet en delekultur mellom avdelingene i tjenesten. En av lederne forklarer delekulturen som har oppstått på denne måten:

*For å ha fokus på dette med recovery, bruker vi blant annet mye disse recovery-kortene inn i teamene, sånn at vi kan reflektere og drøfte de. Så tar vi de med inn i et sånt litt større møte en gang i uken der hele personalgruppen er med og drøfter problemstillinger, eller ja etiske problemstillinger og hva vi tenker rundt det. (sykepleier, leder)*

I tillegg forteller ledergruppen om fagdager som blir arrangert, med fokus på recovery, der spesielt fokuset er å være nysgjerrig på brukeren. En av lederne forteller: «tidligere visste vi nesten i forkant hva brukeren skulle ha» (Vernepleier, leder).

*Vi har hatt fagdager med fokus på recovery, der det har kommet frem litt dette med nysgjerrighet på brukeren, at vi skal være nysgjerrig på brukeren. (Sykepleier, leder)*

### **7.3.2 Økt fleksibilitet i ansettelser- med tverrfaglighet og bruker-ansatte**

Lederne mener de ansatte i tjenesten nå er mer fleksible i forhold til hvem som møter brukerne. Før hadde sentrene flest psykiatriske sykepleiere ansatt, mens nå er arbeidsstokken endret i forhold til at forskjellige profesjoner er kommet til. I tillegg til å ansette mennesker med brukererfaring, hender det også at brukere av tjenesten hjelper til i relasjonsarbeid med andre brukere. Informantene i ledergruppen forteller at de nå har to faste stillinger for ansatte med brukererfaring. Ved å endre denne måten å gi tjenester på mener lederne at de utfordrer det ”gamle” systemet. En leder presiserer:

*«Det er viktig å få frem ansatte med brukererfaring, som har det som sin kompetanse. Det begynte som prosjektmidler og nå har vi to i faste stillinger». (Vernepleier, leder)*

Ledergruppen forteller om en endret fleksibilitet og tilgjengelighet i tjenesten, ved å ha mer åpne dører og utvidede åpningstider på senteret. Dette oppnås gjennom å ha en åpen dør i tjenesten, og at det er lettere å møte miljøterapeuter i forhold til samtaler. Lederne slipper en lang prosess der det skal vurderes hvem som skal gi hjelpen. Tanken er at denne

tilgjengeligheten kan føre til at de som oppsøker hjelp ikke trenger hjelp i mer enn tre måneder, slik at de slipper vedtak, som er et juridisk dokument på hvor langvarig hjelp brukerne har rett på. Erfaringer fra tidligere har vært at de ikke klarer å få folk videre i sin bedringsprosess, men at de har blitt værende i systemet og blir fulgt opp store deler av livet.

### **7.3.3 Innføring av metoder og redskaper**

Lederne beskriver at for å få en endring i tjenesten har de valgt å innføre metoder og redskap som de mener er forenelig med recovery. De har gjennomført innføring av MI (Motiverende intervju) og FIT (Feedbackinformerte tjenester), hvor en jobber metodisk med å øve på å være nysgjerrige på brukerens opplevelse av hva brukeren mener skal til for å oppnå en endring i livet sitt. Gjennom FIT er tanken at også hjelper skal endre seg i takt med brukerens behov.

Grunnen til at ledergruppen valgte å innføre Motiverende intervju var at de ønsket noe mer håndfast. Recovery, opplevdes som lite håndfast, og de måtte derfor ha noe de konkret å kunne jobbe med. Metoden MI har mange elementer i seg, som ledergruppen fant forenelig med recovery-filosofien, feks. Stilles det spørsmål som åpner for refleksjon og nysgjerrighet på brukerens liv gjennom spesifikke spørsmålstillinger. Metoden skal fremme hvilke områder brukeren selv ønsker å jobbe med for å oppnå endring i sitt liv. Hjelperen skal da være undrende og åpen i forhold til hva som bli sagt og hele tiden stille spørsmål som åpner opp for en større forståelse av individet. En av lederne sier dette om motiverende intervju:

*”Er brukeren fornøyd med relasjonen, er han fornøyd med mål og mening i samtalen, det er jo et veldig sånn recovery-instrument, absolutt”. (Vernepleier, leder)*

For å lære opp de ansatte i MI har ledergruppen organisert systematisk opplæring og tvungen gruppeveiledning innenfor motiverende intervju. Dette førte til mye uro i organisasjonen i starten, da det var ansatte som nektet å møte på veiledningen. En av lederne presiserer at det ikke er slik at MI skal brukes i forhold til alle brukerne, alltid, men



de opplever at MI har hatt god effekt, og de som jobber i tjenesten har jevnt over vært fornøyd.

I tillegg til MI skal tjenesten anvende FIT, som er et elektronisk tilbakemeldingsverktøy, som lederne tenker innført innen høsten 2017. Dette skal gjennomføres ved at hjelperen skal bruke ipad, der brukeren skal svare på hva de mener om hjelpen som blir gitt, hvilken relasjon brukeren har til hjelper, og hvordan de har det i livet sitt. En av de største utordringene er å gjøre dette på en god måte. Tilbakemeldingene vil kunne føre til at noe må endres etter tilbakemeldingene som blir gitt av bruker.

## **7.4 Positive erfaringer**

### **7.4.1 En refleksjons og delekultur har oppstått**

Miljøterapeutene forteller også om en delekultur, som har oppstått blant annet gjennom internundervisning og deling av case fra praksishverdagen. Gjennomgangen av casene har fokus på recovery og hvordan hver avdeling jobber med recovery-filosofien i avdelingene. Det oppleves som lærerikt å få innblikk i hvordan de andre avdelingene jobber, og på denne måte kan nye ideer dannes og tas med tilbake til en annen avdeling.

Miljøterapeutene beskriver et system som har økt kunnskapen deres, og at de har et mye større innblikk i hva de gjør og hvordan de jobber i andre avdelinger, dette oppnådd gjennom refleksjonsgrupper, Hun sier det slik:

*”Noen jobber med recovery-kortene, noen med rådene og noen bruker fantasien. Det er så kjekt og lærerikt å sitte her nede den halvannen timen og høre hvordan andre gjør det. Så kan vi ta det med tilbake til våre avdelinger, litt nye tanker og litt nye måte å gjøre det på.” (Vernepleier, miljøterapeut)*

ledergruppen hevder at denne delekulturen har blitt opplevd som positive erfaringer i blant de ansatte i tjenesten. Den økte reflekteringen medfører en økt fleksibiliteten hos fagpersonene, dette gjenspeiles også i møte med brukere, gjennom at de føler seg modigere. Dette gjøres ved at fokuset er satt på hva som er viktig for brukerne.

#### **7.4.2 Recovery fører til mer fokus på brukerens liv i sosiale sammenhenger**

Gjennom bevisstgjøringen av hvordan jobbe recovery-orientert fremmer Informantene i begge gruppene fremmer at de er flinkere til å spørre brukerne om interesser, og å fokusere på disse. Lederne beskriver også at det er mer fokus på kontakten med venner og pårørende og på hva som er interessene til brukerne. I tillegg har ledergruppen fokus på å aktivisere brukere, slik at brukerne føler de har en rolle i samfunnet. De har derfor gitt brukere mulighet til å lede kurs. En av lederne forteller:

*«Nå har vi to brukere som ønsker å ta livredning kurs, og å være med å drifte gruppen. Så da blir vi assistentene, og det blir de da som drifter bassenget. Det synes vi er en ny og god vridning». (Sykepleier, leder)*

Miljøterapeutene sier de er snarere med å ta kontakt med venner og familie, og gjennom dette få større forståelse for brukerens liv. Erfaringene de har med dette er gode, selv om det å koble på pårørende også krever at de får veiledning. Det hender pårørende er slitne, og gjør mer for brukerne enn de burde, mener miljøterapeutene. En av miljøterapeutene fremmer dette om det å jobbe med fokus på brukerens liv:

*”Det handler mye om det her med interesser, som aldri kommer frem. Som venner eller pårørende kan si: Å jammen Gud, når de var mindre fisket de, for eksempel”.*  
*(Vernepleier, miljøterapeut)*

#### **7.4.3 Relasjoner er i fokus i recovery-arbeid**

Recovery beskrives som en holdning til andre mennesker, der relasjonen fremmes som viktig. Det er spesielt miljøterapeutene som forteller om relasjonsarbeid gjennom møtene med brukere i tjenesten. I ledergruppen fremmes relasjonsarbeidet gjennom fleksibilitet og hvordan de med brukererfaring oppnår gode relasjoner. En av lederne nevner begrepet relasjon spesifikt, dette gjør informantene gjennom å forklare at recovery er det samme

som relasjonsarbeid. Hun gir et eksempel på måten de jobber på f.eks. at de tar med brukere på turer og reiser, og i dette er relasjonen viktig.

Miljøterapeutene beskriver relasjonen i møter med brukere der de har prøvd å tenke på en annen måte i møtet med brukerne. Dette har de gjort ved å ikke lese skriv eller henvisninger om brukeren i forkant, og på denne måten legge fra seg fordommer knyttet til diagnoser og andre problemstillinger i forkant av møtet. En av informantene forteller om relasjonen til brukere på denne måten:

*”Det er på en måte litt sånn ære av å bli kjent med andre mennesker, der du kan fortelle om drømmer og håp på kanskje under tre måneder. Det blir på en annen måte, det er en sånn god ekthet i det”. (Vernepleier, miljøterapeut)*

Miljøterapeutene fremmer videre at det å ha en relasjon er nødvendig, og det er vanskelig å jobbe recovery-orientert hvis man ikke har relasjon til den personen man skal hjelpe. I relasjonen skal hjelperne fremme verdier som håp, mening i livet, og å bygge videre på brukerens potensiale for et godt liv. En av miljøterapeutene fremmer at for å jobbe recovery må det være en likevekt i relasjonen mellom bruker og hjelper. Hun sier: *”At her er en toveisrelasjon istedenfor den ovenfra og ned”. (Sosionom, miljøterapeut)*

Ledergruppen mener at det å bare være opptatt av faglige teorier har ikke alltid vært det som har blitt erfart som det mest virksomme. En av informantene beskriver fleksibiliteten og hvordan dette virker inn på relasjonen i møte med brukeren på denne måten: *”Isteden for å lese seg opp på teori om sykepleie, så måtte hun lese seg opp på engelsk fotball, for det var der den interessen var”. (Vernepleier, leder)*

Ledergruppen forteller også om at det å ansette en bruker som er kommet litt lenger i sin bedring, til å oppnå kontakt og relasjon med andre brukere ser de på som svært virksom. En av lederne gir et eksempel der hun forteller om en ungdom som hadde falt ut av skolen, og hvor det var vanskelig å danne en relasjon med. Informanten viser til et eksempel der de hadde ansatt en bruker for å komme i relasjon til denne brukeren, hun sier dette om situasjonen:

*”Ungdommer begge to. Og der hadde det stått en psykolog fra spesialisthelsetjenesten i dørsprekken i to år, og vi hadde ikke kommet i posisjon. Det nytter ikke lese seg opp på faglige teorier eller noe sånn. Men å ansette en da som får tjenester hos oss, som er kommet lenger. Går helt fint!”.* (Vernepleier, leder)

#### **7.4.4 Fokus på myndiggjøring som en del av recovery-arbeidet**

Som en del av relasjonsarbeidet fremmer informantene i begge gruppene at myndiggjøring er en viktig del av recovery. Det handler om at hjelperne gir ansvaret tilbake til bruker, og la de ta større del i de hverdagslige gjøremål og om hvilke målsettinger de har i sin bedringsprosess. Dette må de gjøre ved at det bygges opp en bevisstgjøring rundt at det faktisk er brukerne selv som må gjøre jobben. Hjelpernes rolle i forhold til brukeren er å være på sidelinjen og litt tilbaketrukket. Det som teller er om brukerne selv sier de har det godt nok. Det er viktig at brukeren selv får sette målene, og at hjelperen tilpasser seg brukeren, og lar han eller hun styre sin egen recovery-prosess. En informant i ledergruppen sier: *”Hva er viktig for deg. Det er liksom målsettingen, hva er viktig for deg”.* (Vernepleier, leder)

Det å være mer på sidelinjen og det å tørre å gi mer slipp, er en av måtene de jobber på som miljøterapeutene mener har endret seg gjennom bevisstgjøring av det. En av miljøterapeutene beskriver et tilfelle der de hadde oppfølging av brukere som bor i samme hus, der personalet hadde vært tilgjengelig svært ofte. Nå har personalet begynt å trekke seg litt tilbake, dette har vist seg å være positivt for brukerne, grunnet at det førte til at de tok mer ansvar i hverdagslige gjøremål. Det viste seg da at beboerne hadde mer ressurser enn fagfolkene hadde trodd. Beboerne samler seg nå, og enes om å handle inn mat og ordner seg på egenhånd, der de ikke har noen innblanding av fagfolkene. En av de som erfarte dette beskriver:

*«I alle fall med noen brukere tror jeg at vi tør å gi mer slipp, at vi er på sidelinjen og heller observerer litt og ser hva de klarer, og visst der er ting som er vanskelig å klare, at vi heller støtter. De får bevist mer selv og å gå veien selv».* (Vernepleier, miljøterapeut)

## 7.5 Utfordringer i praktiseringen av recovery-arbeidet

### 7.5.1 Fagpersonens holdninger og verdier ble mer synlige

En av informantene i ledergruppen trekker frem at innføringen av recovery-filosofien medførte at hjelperen ble mer synlig, holdningene og verdiene kom mer til overflaten. Før kunne man gjemme seg litt bak andre, men nå kom den enkeltes holdninger frem på overflaten. Gjennom organiseringen av refleksjonsgrupper der de ansatte skulle reflektere rundt case fra praksishverdagen sin, ble hver enkelt mer eksponert. Informanten sier det slik:

*”Når du fremla en problemstilling så måtte du kanskje komme med mer, hvordan du kunne ha gjort det, og at andre reflekterte rundt ditt kasus, dette ble veldig nært og litt skummelt tror jeg”. (Sykepleier, leder)*

Miljøterapeutene fremmer at det å snu tanken til å jobbe recovery-orientert har vært krevende. En av miljøterapeutene forteller at det har vært noen situasjoner på personalrommet med diskusjoner. En av informantene sier:

*«Det er ganske tøft, når vi er en haug med profesjoner: sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og ergoterapeuter, for alle har jo sin tanke. Og da å snu dette her, det har vært ganske tøft». (Vernepleier, miljøterapeut)*

### 7.5.2 Recovery medfører et økt krav om økonomiske ressurser i tjenesten

Fra informantene blant miljøterapeutene fremmes det at ved at recovery-filosofien er innført, medfører det krav om mer ressurser i form av mer økonomiske midler i tjenesten, dette grunnet at måten de nå skal jobbe på, medfører dette et krav om flere ansatte og mer tid. Dette begrunner miljøterapeutene med at f.eks. dokumenteringen er mer tidkrevende

nå enn tidligere, i forhold til at de skal dokumentere mer med brukerens stemme og å være bevisst recovery-filosofien i hva de skriver. En av miljøterapeutene sier det slik:

*Det kan jo koste kommunen litt penger. At vi rett og slett ikke får tid til å gjøre jobben vår, at vi må ha litt flere årsverk. (Sosionom, miljøterapeut)*

To av informantene i ledergruppen stiller kritiske spørsmål ved ressursbruken på enkelte faglige føringer, som for eksempel at motiverende intervju nå er innført som en metode. Den ene informanten uttrykker at hun mener det ble brukt unødig mye ressurser i opplæringen av dette, den andre informanten er kritisk til at recovery blir identifisert som en metode.

*”Jeg er bare litt kritisk til at vi bruker så masse ressurser på det, vi kunne brukt de på noe som var litt mer nyttig for våre brukere, det er kun det”. (Sykepleier, leder).*

*”Det jeg er kritisk til er at recovery blir solgt inn som en metodikk. Jeg tenker at det er ikke sånn recovery er, det er noe helt annet”. (Vernepleier, leder)*

### **7.5.3 Vanskelig å knytte recovery opp mot arbeidet med alle brukergrupper**

Miljøterapeutene mener at det kan være vanskelig å knytte selve recovery-filosofien i arbeidet med alle brukergrupper. Kommunen består av ulike bofellesskap, der miljøterapeutene mener det er vanskelig å fokusere på bedring og endring når brukerne må ha hjelp til å styre for eksempel både røyking og penger. De opplever at de i dette arbeidet må tenke på bedrings- og endringspotensialet hos brukerne. Miljøterapeutene er enige i at ikke alle brukere ønsker å endre seg, og at noen er rett og slett for dårlige psykisk til at de klarer å gjøre en endring eller bedring i livene sine. En av miljøterapeutene forklarer det på denne måten:

*”Du må ha en indre drive da til på en måte å ha et ønske om. Og det er det jo ikke mange av de som bor hos oss. Det er jo for å bo, det er jo ikke nødvendigvis for å få et mye bedre funksjonsnivå”. (Sykepleier, miljøterapeut)*

I de tilfeller der en som kommuneansatt skal følge opp brukere, som tidligere har blitt behandlet av spesialist helsetjenesten, oppleves noen som for dårlige til å klare seg selv. I en av disse situasjonene erfarte en av miljøterapeutene hvordan dette ble vanskelig da hun prøvde å jobbe i forhold til recovery- filosofien. Det var spesielt krevende at brukeren skulle ansvarlig-gjøres, og hjelper skulle være på sidelinjen. Motstanden fra brukeren kom frem og relasjonen ble vanskelig. Hun sier følgende om møtet:

*”Så fort jeg sa ansvar, så forteller hun at hun skal ta livet sitt. Ordet ansvar: da skal hun ta fem truxal, ordet ansvar: da skal hun kutte seg. Altså, den var ekstremt vanskelig”. (Sosionom, miljøterapeut)*

Det kan også være vanskelig å knytte filosofien opp mot yngre brukergrupper. Dette kan være brukere som står på trappen og venter på nøkkelen til engen bolig. Ofte aner ikke brukere hva det vil si å klare seg selv og heller ikke hva de vil med livene sine. En forklarer det slik:

*”Selv om vi skal jobbe og tenke recovery, så er det noen ganger kanskje at vi må tenke litt annerledes. At de faktisk ikke kan styre over eget liv akkurat i denne situasjonen”. (Vernepleier, miljøterapeut)*

#### **7.5.4 Skillet mellom det private og personlige kan være vanskelig**

Informantene i ledergruppen hevder at tjenesten nå har brukeransatte og brukere som er inne i tjenesten har ikke alltid vært enkelt for de ansatte, og har derfor medført vanskelige diskusjoner. Disse knyttes opp mot skille mellom det personlige og private. En av lederne fremmer at tilbakemeldinger fra noen brukere viser at det var at personalet gjorde det lille ekstra som skulle til for deres bedring. Tidligere var det vanskeligere å gi det lille ekstra, da dette ble oppfattet som farlig og uprofesjonelt.

Diskusjonene rundt hva som er en grei praksis har det vært mange av og de forekommer fortsatt, forteller lederne. Diskusjonene kan handle om hvorvidt brukere skal få tilgang til samme sosiale arrangement som de ansatte, om private turer, eller bruk av private biler. For å viske ut skillet knyttet til at brukere er annerledes, forteller lederne at brukere av tjenesten er deltakere av samme kurs som de ansatte, for eksempel bassenggruppe og livredningskurs. Ledergruppen fremmer at det å tenke nytt og annerledes er helt nødvendig for å endre måten å jobbe på i forhold til tidligere, men at dette noen ganger medfører dette utfordringer. En av lederne grunngir hvorfor brukerne som er ansatte får tilbud om å delta på samme aktiviteter: *“Vi tenker at de ikke skal være annerledes enn oss. At vi er på likefot. Vi ser at vi møter oss i døra mer enn en gang, det gjør vi”*. (Sykepleier, leder)

### **7.5.5 Vanskelig å jobbe recovery-orientert uten å bli for ivrig på vegne av bruker**

Recovery- innføringen medfører at informantene i begge gruppene mener det er vanskelig å skulle jobbe sammen med bruker for å finne brukerens bedringsprosess, uten å bli for ivrig. En av lederne fremmer at det å bli for ivrig og legge for mange føringer, kan medføre at vi jobber recovery-begrensede isteden for recovery-støttende. Når man blir ivrig blir ekspert-rollen ofte for fremtredende. Dette fordi vi har tilgang til hva vi mener er det beste for brukeren, og dermed legger vi føringene for hvordan endringen og bedringen skal foregå. Hvis dette ikke er i takt med hva brukeren ønsker kan dette spolere en bedringsprosess, fremmer en av lederne. Lederne mener vi må tåle at det går i grøften av og til. En av lederne forteller om en episode sammen med bruker, der bruker hadde svart på følgende måte: *“Jammen trenger jeg bli bedre, jeg er god nok”, så lytt og lytt og lytt, og vær på jakt etter det brukeren ønsker endring på”*. (Sykepleier, leder)

Miljøterapeutene mener også at det er lett og bli for ivrig i arbeidet ut fra en recovery-filosofi. En av miljøterapeutene gir et eksempel der en bruker var i en situasjon at hun ønsket seg tilrettelagt arbeid, og når miljøterapeutene ble litt for entusiastisk mistet brukeren motivasjonen, entusiasmen hadde motsatt effekt. Det å ha tanker om hva som



skulle til for bedring og da forholde seg nøytral og å være på sidelinjen, var vanskelig. Hun sier følgende:

*Man kan bli litt ivrig, på deres vegne. Fordi man tenker jo at dette er jo så positivt, at det går den retningen, også slår det litt sånn feil vei. (Sykepleier, miljøterapeut)*

### **7.5.6 Fagpersonenes rolle i de nye faglige føringene- usikkerhet angående utøvelse i praksis**

Miljøterapeutene har et vanskelig og uavklart forhold til rollene sine som fagpersoner. Det har vært situasjoner i tjenesten som har vært vanskelige etter recovery-innføringen. Spørsmålet er når skal vurderingen fra fagpersonen bli hørt på, versus brukerens bestemmelser over eget liv, og ansvar for egne handlinger. Miljøterapeutene fremmer dette dilemmaet gjennom eksempler fra møter med brukere der det er vanskelig å balansere det medisinske, og det nye som recovery representerer. Dette er spesielt knyttet til de som sier de vil ta livet av seg. I slike møter opplever miljøterapeutene at de blir stående alene med stor usikkerhet om hva som er det riktige å gjøre. Dette medfører at de velger å ringe samarbeidspartnere for å ikke måtte takle situasjonen helt alene. En av miljøterapeutene sier det slik:

*”I sånne situasjoner, altså hvor de ønsker å ta livet sitt, så er det jo ikke akkurat like enkelt at de skal ta ansvar, altså. De greier jo å ta livet av seg også sitter du igjen og kjenner at her skulle du gjort noe”. (Vernepleier, miljøterapeut)*

Informantene i begge gruppene mener at selv om intensjonen med innføringen av recovery- filosofien var å bevege seg bort fra den medisinske tankegangen, er det fortsatt viktig å ha med kunnskap om det medisinske, sammen med de nye, faglige føringene recovery representerer. En av lederne sier:

*”For vi må ikke komme dit at vi ikke skal bruke fagkunnskapen. Vi må ha den medisinske kompetansen med oss i lag med den andre. Det er liksom ikke enten eller”. (Vernepleier, leder)*

En av lederne hevder de nye faglige føringene kan komme i konflikt med lovverket, grunnet at bruker skal bestemme selv, og gir et eksempel på en bruker som hadde uttalt: «*Du ser jo at jeg er dårlig, det vet du jo, så ikke still alle spørsmålene*». Recovery handler derfor om hvordan den medisinske kompetansen blir brukt, det handler om å se på hva som blir sagt, og ikke å bare fortsette som vi alltid har gjort, fremmer en av lederne. Lederne hevder at tilbakemeldingene fra brukere, etter å ha innført recovery-filosofien, har vært positive. Selv om det er lett å falle tilbake til ekspertrollen, der de som fagpersoner vet hva som er best for brukerne, er det allikevel viktig å bruke fagkunnskapen og å jobbe for at brukeren skal finne ut hva som kan gi mestring i livet. Fagfolkene skal støtte brukeren i denne prosessen. En informant fra ledergruppen sier noe om tvetydigheten angående rollene i tjenesten:

*”Det gikk mye på holdninger: På at det går ikke an, og vi vet hva som er best for deg. For eksperten sitter vanvittig, og den skal jeg bruke, men jeg skal bruke den annerledes”.*

*(Vernepleier, leder)*

Ekspertspråket vises tydelig i det skiftelige ved dokumentering og vedtaksskriving, noe som oppleves overraskende siden dette har blitt jobbet mye med. De presiserer at dette vil ta tid å endre. For det å utvikle nye begreper og praksis inn i en etablert medisinsk rolle vil ta tid. En av informantene påpeker at det vil være en fare for at de som ledere, samt miljøterapeutene tar recovery-begrepet og gjør det til sitt. Sagt med andre ord, recovery må ikke bli noe som bare fagfolkene holder på med. Det er viktig å være bevisst at begrepet oppstod fra brukerorganisasjonene.

## 7.5.7 Spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvordan kommunen jobber

Vanskelighetene knyttet til recovery, og det medisinske, har også vist seg i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Informantene i begge gruppene mener samarbeidet med har vært og fortsatt er vanskelig. Ledergruppen nevner ikke spesialisthelsetjenesten i samme grad som miljøterapeutene. Lederne sier at innføringen av recovery ble møtt med motstand fra spesialisthelsetjenesten

*”Det buldret følt i spesialisthelsetjenesten.” (Vernepleier, leder).*

Miljøterapeutene uttrykker at de opplever at spesialisthelsetjenesten ikke forstår hva kommunen driver med, og at dette medfører store utfordringer i forhold til samarbeidet om brukere. Miljøterapeutene beskriver f.eks. dilemmaet knyttet til brukerstyrte senger. Det finnes tilfeller der brukerne selv har ringt til spesialisthelsetjenesten med ønske om innleggelse, og har fått til svar at han ikke er ”dårlig nok”. Det oppleves svært krenkende for brukere, at en fagperson fra spesialisthelsetjenesten skal bestemme når man er ”dårlig nok”, når bruker selv ringer og har ønske om innleggelse. Miljøterapeutene forteller om episoder der mennesker, som både har rus og psykisk lidelse, har følt seg svært stigmatisert under innleggelse. Dette har ført til at bruker skriver seg ut. En av miljøterapeutene sier dette om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten:

*”Vi har prøvd å forklare litt da. Sånn at jeg føler det er en del mangel på kunnskap der ute, på hva vi holder på med”. (Vernepleier, miljøterapeut)*

Miljøterapeutene opplever også vanskeligheter knyttet til kravet om den medisinske kompetansen fra spesialisthelsetjenesten, og i dokumentasjonen. Hvis ikke en diagnose er registrert, er det flere, både inne i tjenesten og i spesialisthelsetjenesten som reagerer. En av miljøterapeutene presiserer at det er jo fortsatt slik at når en diagnose er oppført medfører dette også rettigheter. En av miljøterapeutene forklarer det slik:

*”Vi jobber, eller drar føringer for å jobbe recovery. Men det henger igjen dette her med sykdoms, den medisinske tanken, det henger jo igjen”. (Vernepleier, miljøterapeut)*

Noen av miljøterapeutene fremmer allikevel at noen av samarbeidsmøtene har vært fine og at de har blitt flinkere med tiden. Det er nå opprettet eget recovery-team i spesialisthelsetjenesten noe som har ført til at kommunene møter spesialisthelsetjenesten i forskjellige fagfora.

## **7.6 Behov for å kvalitetssikre det som er innført**

### **7.6.1 Fremtidig utvikling av tjenesten gjennom forskning og utdanning**

Leder-gruppen fremmer at de ønsker å satse videre på recovery i fremtiden. De jobber stadig med utvikling av tjenesten. En av informantene i ledergruppen forteller at de nå jobber med planer for å kvalitets sikre det de nå har innført i tjenesten. Et annet fokusområde er forskning, og ledergruppen sier at de ønsker å forske på egen praksis. En av lederne sier det slik: ” *Vi ønsker å forske på egen praksis, for å bygge opp forskning og å være litt i forkant*”. (Sykepleier, leder)

I tillegg jobber ledergruppen med å utvikle en modell de kaller for «co-production». Dette er en modell som baserer seg på at bruker og fagperson skal gå «hånd i hånd», fra starten av. Utviklingen stammer fra det som omtales som «recovery college modellen», og tanken er at bruker og fagperson skal gjøre mer og mer sammen. En av lederne beskriver målsettingen med modellen slik: «*Noe av dette vil handle om å få flere med brukererfaring ansatt*». (Sykepleier, leder)

Miljøterapeutene fremmer at det bør komme mer om recovery gjennom utdanningene. En av informantene sier hun ikke hadde noe om recovery i sin videreutdanning, de er derfor enige i at: ”*Det hadde vært litt greit at det kom litt inn i utdanninger*”. (Sosionom, miljøterapeut)

## 7.7 Oppsummering av resultat

Funnene viser at informantene erfarer at de har jobbet systematisk for å innføre recovery-orientert omsorg i kommunen. De har vært målrettet, og funnet en måte å organisere innføringen på som har økt forståelsen og bevisstheten blant de ansatte om hva perspektivet inneholder, gjennom refleksjonsgrupper og intern-undervisning. Miljøterapeutene virker allikevel ikke til å være like godt kjent med recovery som ledergruppen. De forteller at det kan være vanskelig å jobbe med recovery-arbeid når det gjelder alle brukerne, fordi det ikke passer til alle. Det å klare å balansere rollen mellom fagperson og ekspert er vanskelig i enkelte møter med brukere.

Det at arbeidsmåten nå er innført og de har jobbet systematisk med denne over flere år, har medført endringer i tjenesten, og begge gruppene uttrykker flere endringer de opplever som positive. På denne måten virker det som om recovery-arbeidet har ført til en vekst i tjenesten, både når det gjelder tankemåter og arbeidsmåter. Men som en av lederne sier, det er en langvarig prosess, der det er vanskelig å sette et mål. Innføringen av recovery er langsiktig arbeid, men ut fra funnene kan man tenke at denne kommunen har gjort gode tiltak for å begynne denne prosessen.

## 8.0 Drøfting

### 8.1 Innledning

Funnene viser at recovery har medført at både lederne og miljøterapeutene er godt engasjert i den nye, faglige plattformen de har innført. Jeg vil drøfte hva tankene bak recovery-innføringen var, og hva de har gjort for å innføre dette. Hvordan de jobber opp mot brukerne i praktiseringen av recovery-orientert omsorg, og om arbeidsmåtene deres kan knyttes opp mot de ulike teoretiske perspektivene innenfor recovery, drøftes også. Videre vil jeg og diskutere erfaringene og utfordringene knyttet opp mot roller i tjenesten, samt overgangen mellom det personlige og private, som oppleves utfordrende i praktiseringen av recovery-orientert omsorg.

### 8.2 Bakgrunnen for innføringen av recovery-orientert omsorg

Nytenkningen har i følge ledergruppen vokst fram som behov for en ny måte å jobbe etter innenfor psykisk helsearbeid, grunnet at vi alt for lenge har jobbet etter en tradisjonell medisinsk tankegang. Det skal legges vekt på at mennesker ikke blir redusert til diagnoser og behandlet på en depersonaliserende måte. Den nye tankegangen skulle føre til at brukerne har større innflytelse i livene sine, og at dette medfører mestring. Utspillene til ledergruppen er i tråd med fremveksten av recovery i nyere tid jfr. Davidson, Rakfeldt og Strauss (2010). I 1960 og 70 tallets brukerrettighetskamp i USA, der brukerne ville ha en stemme med i hvordan de skal bli behandlet på innenfor psykiatrien. Dette førte frem til det recovery representerer, som er å finne ny mening og mål i livet, og muligheter for utvikling og vekst, på tross av begrensinger lidelsen gir jfr. Antony (1993). Ledergruppen forteller også om nasjonale føringer som foreligger på at den nye tankemåten anbefales. De politiske dokumentene kom først fra «Departement of human health», i 1999, i USA. Deretter fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) som anbefaler recovery i sin Action Plan 2013-2020. I Norge kom anbefalingen om recovery-orientering fra Helsedirektoratet i

2014. Ledergruppen forteller at for å innføre recovery, utnevnte de en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en plan for innføring og utvikling. Fokuset i gruppen var på brukers opplevelser og erfaringer, gjennom at forskning på disse områdene ble tatt hensyn til i arbeidet. Med fokus på brukeres opplevelse, og behov for å bevege seg bort fra den tradisjonelle medisinske tanken innenfor psykisk helse, kan man se at ledergruppens intensjon med recovery-innføring er i tråd med opprinnelsen til perspektivet.

To av lederne fremmer også at bakgrunnen for innføringen kan handle om et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det å opprette institusjoner for alle som trenger hjelp i fremtiden vil bli for kostbart for kommunene. Brukere skal derfor møtes på sin arena, der disse skal finne mestringen som skal til for å klare å leve et tilfredsstillende liv. Spørsmålet om hva som ytes av offentlige midler, og hva som gis tilbake til samfunnet, er et av de vanskelige spørsmålene som man kan stille seg ved recovery-orientert omsorg. Dette grunnet at samfunnets krav om mestring kan føre til et krav om hurtighet, standardisering av hjelpen og raske løsninger (Borg og Karlson 2017). Man kan lure på om recovery-føringer med for sterkt fokus på endring og mestring, kan komme på kollisjonskurs med de individuelle relasjonene. Dette vil bli diskutert nærmere i de neste avsnittene, der jeg diskuterer hvordan de jobber og hvilket teoretisk recovery- perspektiv arbeidsmåten er forenelig med.

### **8.3 Hvilket recovery-perspektiv er innført og vektlagt i tjenesten?**

Funnene viser at tjenesten har jobbet med en innføring og en utvikling av recovery-orientert omsorg. Dette har skjedd gjennom refleksjoner og deling av erfaringer, samt opplæring og bruk av metoden Motiverende Intervju. I forskningsartiklene deles recovery inn i tre perspektiv, det personlige recovery arbeidet, det sosiale og det kliniske. Jeg vil i de kommende avsnittene diskutere hvilke perspektiv arbeidsmåtene deres er forenelige med. Hvilken retning har de vektlagt, innført, og vil satse på å jobbe etter, jfr. Borg og Karlson (2017), kan det være nødvendig for tjenesten å definere hva de legger til grunn og anvender. Dette grunnet at recovery kan forstås på forskjellige måter.

### 8.3.1 Innføringen av klinisk recovery

Funnene viser at innføringen av Motiverende Intervju har vært et grep fra ledergruppen for å få miljøterapeutene til å forstå brukeren på en ny måte. Ledernes intensjon med innføringen av MI, var at dette skulle være et hjelpemiddel for å tydeliggjøre praksisen, og en bevisstgjøring i hvordan snakke med brukere for å oppnå bedring og mestring. Gjennom å bruke denne metoden beskriver begge gruppene en «vekst» i hvordan møte brukerne. Det å være bevisst brukerens drømmer og mål, og det å lytte til brukerens ønsker. Dette er elementer som er forenelig med det personlige recovery-perspektivet, jfr. Anthony (1993) som hevder recovery handler om å gjennomgå en unik prosess med endring av holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter for å gjenvinne ny mening. Funnene viser derfor at informantene har hatt en vekst i det personlige recovery-arbeidet gjennom bruken av MI. Ved å ta i bruk en metode for å fremme recovery, skjer en operasjonalisering av recovery, og dette er forenelig med det kliniske recovery-perspektivet. Behovet for en felles forståelse av recovery i tjenesten blir møtt, men det å ta i bruk en metode byr også på utfordringer (Rosenberg et al. 2015; Boutillier et al. 2011).

Det å lete etter mestring og endring er i følge informantene i begge gruppene ikke helt problemfritt. Dette fremmer de gjennom at det er lett å bli for ivrig på vegne av brukerne, og at dette kan ha motsatt effekt. Informantene i begge gruppene fremmer at gjennom å bli ivrig på vegne av brukere kan ekspertrollen lett bli fremtredende. Brukeren kan oppleve å ikke strekke til, eller være god nok, slik en av lederne forteller. En av farene ved metoden Motiverende Intervju kan være at hjelper kan fremstå som autoritær, ved å bli for pågående i samtalen angående hva som skal endres. Det er lett for den profesjonelle å være styrt av egen agenda fremfor hva brukeren ønsker å snakke om (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Lederne forteller at i relasjonene er det lett å innta en rolle der vi vil «vite hva som er best» for brukerne, og at det må øves på å ikke «vite hva som er best» jfr. Rodgers (1967) er det å jobbe med vår forståelse av andre mennesker noe som kan føre til ny vekst. Forståelsen kan imidlertid endre oss, og dette gjør oss sårbare.

En annen utfordring som fremmes fra miljøterapeutene, er at noen brukere ikke ønsker endring i livene sine. De mener også at mange brukere oppleves som for dårlige til å vite



hva de trenger endring på, og at det derfor ikke passer å jobbe med fokus på endring. Williams et al. (2015), nevner i sin artikkel at den ansattes faglig autonomi er en av de viktige faktorene for å fremme recovery. Når organisasjonene lager rammer for hva som skal gjennomføres, begrenses samtidig den faglige friheten til de ansatte. Dette kan i verste fall gå på bekostning av at den profesjonelle fanger opp av behov hos bruker som ikke inngår i metoden. I det hjelpere setter metoden foran disse behovene vil det relasjonelle begrenses av en metodisk samtale. På denne måten vil muligens metoden kunne gå på bekostning av relasjonen. En annen utfordring ved å være styrt av en metode er at man allerede har tatt et valg på vegne av bruker. Om først en metode skulle bli valgt, skulle det muligens vært et «koldtbord av metoder»? (Borg og Karlson 2017).

### **8.3.2 Veksten i det personlige recovery-arbeidet**

Funnene mine viser at gruppene, gjennom refleksjonsgrupper, har fokus relasjonelle faktorer som fokus på håp, fleksibilitet, modighet, likeverdighet i relasjonen og ekthet. Dette oppstår i relasjoner som utvikles gjennom at to mennesker møtes som subjekter, tar hverandres perspektiv, og utvikler gjensidighet (Schibbye 2012). Informantene i begge gruppene beskriver at de jobber hele tiden med å være bevisst hvordan de møter bruker og at dette blir reflektert rundt gjennom deling av case fra hverdagen. En av lederne beskriver fleksibiliteten gjennom at det ikke alltid hjelper å lese seg opp på faglige teorier i møte med brukere, men for eksempel at det å lese seg opp på engelsk fotball kan være like så virksomt. Utviklingen informantene forteller om er i tråd med en utvikling av det personlige-recovery arbeidet jfr. Anthony (1993), som fremmer et det er en måte å leve livet på som er tilfredsstillende, deltakende og fylt av håp. Det å oppfordre brukere til håp gjennom hvordan spille fotball, kjøre en bil og å gå i parken (Davidson, Rakfieldt og Strauss 2010). En del av relasjonsarbeidet innebærer også økt fokus på fokus på myndiggjøring, altså at brukere skal ta tilbake makten over eget liv. Informantene beskriver at de er mer tilbaketrukket nå enn tidligere, for eksempel ved å trekkes seg tilbake i boligfelleskap der handling og dagligdagse gjøremål nå blir opp til brukerne selv. Som profesjonelle må man øve seg på å lukke munnen, å lytte og «å sitte på hendene», noe informantene i begge gruppen fremmer er noe de må jobbe for å tilstrebe hele tiden, da det er lett å ta over å gjøre ting for bruker. (Askheim 2012, Borg og Karlson 2017).

Funnene viser at det er gjennom refleksjonene og delingene av erfaringer at gruppene har «vokst» i arbeidsmåte. Opprettingen av refleksjonsgruppene har medført en delekultur mellom avdelingene, og en ny måte å jobbe på. Selv om det også har vært mye diskusjoner knyttet til hvordan de jobber, og at det kan oppleves «skummelt» og avdekkende i forhold til holdningene. En studie gjennomført i Australia, omhandler erfaringer knyttet til ulike implementerings-strategier av recovery. Denne studien bekrefter at det å innføre opplæring av ansatte vil fremme kunnskap, og at dette påvirker relasjonene til brukere. Forfatterne fremmer at selv om opplæringen vil være første skritt i en endring, er det holdninger, motivasjon, ferdigheter og kompetanse som har betydning for endret praksis eller ikke (Williams et al. 2015). Det er viktig at det legges til rette for fellesskap og gjensidighet, bryte ned barrierer, fremsnakke mangfold, dele ansvar og bruke sin kompetanse for å tilrettelegge for en recovery-orientert omsorg i tjenesten (Borg og Karlson 2017).

### **8.3.3 Veksten i det sosiale recovery-arbeidet**

Den økte bevisstgjøringen gjennom refleksjoner synes å føre til at informantene er mer bevisst på brukerens liv utenfor problemområdene. Det i å koble inn familie og venner, samt å tenke på en meningsfull hverdag gjennom aktiviteter. Der er de i større grad er opptatt av hva brukeren interesserer seg for, og ikke bare livet som er knyttet til utfordringer og sykdom. Ledergruppen forteller f.eks. om brukere som ønsker å drifte en livredningsgruppe. Tiltakene fra ledergruppen, kan medvirke til at brukere føler at de er en del av et fellesskap og det å ha en rolle i samfunnet, jfr. Borg og Karlson (2017) som fremmer at ved at dette blir fokus på den profesjonelles agenda, vil man bli mer sensitiv ovenfor drømmer, ønsker og preferanser i brukerens liv.

Det finnes en rekkes forskningsartikler som fremmer at det å ha fokus på brukerens liv i det sosiale er en av de viktigste faktorene i recovery-arbeid. Det dreier seg om å jobbe mot at brukere opplever en positiv sosial identitet og at den enkelte bør også sees i en kontekst, eller en sammenheng i samfunnet. Det er viktig å finne ut mer om hva som er viktig for brukerne, og å «koble på» de sosiale forbindelsene i brukerens liv (Meehan et al. 2008;

Withley & Campbell 2014, Borg et al.2013, Karlson & Borg 2017, Davidson, Rakfieldt og Strauss 2010).

Funnene viser at informantene jobber med fokus på relasjoner, brukeres liv i det sosiale, og informantene har tatt i bruk og anvender MI for å lete etter mestrings og endringspotensiale. Tjenesten jobber derfor etter arbeidsmåter som er forenelige med alle de tre teoretiske perspektivene innenfor recovery. Gruppene beskriver utvikling i tjenesten gjennom alle arbeidsmåtene, men at det å jobbe med fokus på endring og vekst innebærer utfordringer for de som møter brukerne. Utfordringene ligger i hvordan møte brukerne uten å ha for sterk agenda og å bli for ivrig, slik at ekspertrollen ikke blir fremtredende. Sett i lyst av bakgrunnen for innføringen av recovery, var nettopp det å bevege seg bort fra ekspertrollen og inn i en mer likeverdig rolle, som ble fremmet som et behov fra informantene.

Recovery-arbeid kan medføre utfordringer knyttet til usikkerhet i arbeidsmåtene. Noe av usikkerheten er knyttet opp mot rollene fagpersonene har i tjenesten som medfører at det tradisjonelle skillet mellom det personlige og private i relasjonene utfordres Dette er områder jeg vil diskutere i de neste avsnittene.

## **8.4 Utfordringer knyttet til recovery-arbeid**

### **8.4.1 Recovery fører til personlige og private utfordringer i relasjonsarbeidet**

Det å være mer fleksible i hvem som blir ansatt i tjenesten er også en av faktorene som ledergruppen har hatt fokus på i innføringen av den nye faglige plattformen. I tillegg til tverrfaglighet satses det i større grad på at brukere blir ansatt i tjenesten, jfr. Borg og Karlson (2017) er det å ansette mennesker med brukererfaring en viktig faktor i å utvikle recovery-orienterte tjenester. Dette begrunnet med at tidligere brukere kan lettere relatere til problematikene blant brukerne. Det å ansette brukere er noe ledergruppen fremmer

som en av de endringene som har blitt opplevd som positivt og nytenkende i kommunen. De gir eksempler på situasjoner som har forekommet, der brukeransatte lettere har kommet i en relasjon til brukerne, grunnet at de har hatt samme problematikk. Selv om dette fremmes som nødvendig i utviklingen av tjenesten medfører det allikevel nye problematikker, som blir beskrevet fra ledergruppen. En av problematikkene er utvisking av skillet mellom det personlige og private. Det å ha brukere ansatt i tjenesten er imidlertid ikke helt nytt, da dette ble gjort allerede på slutten av 1700 tallet i Frankrike, som en del av «*treatment morale*», som skulle øke en humanistisk tilnærming, riktignok i asylene. (Davidson, Rakfeldt og Strauss 2010).

Ledere forteller om diskusjoner i tjenesten knyttet opp mot hva som er akseptert praksis innenfor det personlige, og det private i møte med brukere. Diskusjonene kan dreie seg om bruken av private hytter, bruk av private biler og det å ta med brukere på ferieturer. En av lederne hevder at tilbakemeldinger fra brukere har vist at det som skulle til for deres bedring var at personalet ga det lille ekstra. Det lille ekstra trenger imidlertid ikke å handle om bruk av private hytter og biler, men heller om det lille ekstra som oppstår i relasjonen mellom den profesjonelle og bruker. Det er allikevel slik at en biltur eller en hyttetur kan være med å fremme gode relasjoner, og en åpenhet og interesse for brukerens hverdagsliv. Alt som hender utenfor den terapeutiske arena har stor verdi (Borg og Topor 2014). P. Deegan (1988), har utgitt flere artikler, blant annet om sin egen vei til recovery. Hun fremmer at det som hjalp henne til recovery var hjelpere som trodde på dem (pasientene), når de ikke engang trodde på seg selv. Altså fremmer P. Deegan, relasjonen med hjelper som det viktigste. Disse relasjonene er ikke avgrenset til bare å inneholde avgrensede samtaler i et lukket rom. Derimot beskriver miljøterapeutene at de har vært og er deltakende i alt fra matlagning, turer og andre hverdagslige aktiviteter. Gjennom å gi det lille ekstra kan det mellom hjelper og bruker oppstå en større fortrolighet og et sterkt felles engasjement. Relasjonen får på denne måten tid til å utvikle seg, noe som ikke kan erstattes av en metode eller teknikk, som kan kobles av og på (Borg og Karlson 2017).

En artikkel som nylig ble utgitt om forskning på sykepleierens utlevering av seg selv i relasjoner med brukere (Varpen Unhjem et al. 2017), viser at det å utlevere private ting om seg selv oppleves som naturlig i relasjonene, men at det må oppleves som passende i sammenhengen miljøterapeut og bruker er i, altså konteksten. Det hadde for eksempel forekommet situasjoner der sykepleieren hadde delt erfaring fra eget liv, der dette ble

opplevd fra brukeren som en konkurrering med brukerens egne problematikker. En av miljøterapeutene fremmer at i møtene oppnås en god ekthet, der bevisstheten er økt på brukers håp og drømmer. Altså for å oppnå gode relasjoner fremmes ekthet og forståelse, som igjen fører til ny vekst hos individet (Rodgers 1967).

#### **8.4.2 Recovery-arbeidet utfordrer rollene til fagpersonene**

Miljøterapeutene beskriver en usikkerhet knyttet til rollene sine i de nye faglige føringene, noe som henger sammen med fokuset på at brukene skal ta kontrollen over eget liv. Det at individet selv har nøkkelen til sin bedring er sentralt i recovery jfr. Anthony (1993). Den profesjonelle har ikke nøkkelen til bedringen, men individet selv. Det at recovery foregår hovedsakelig en plass, hos bruker, fremmes også fra en av informantene i ledergruppen. Miljøterapeutene opplever derimot at noen brukere er for dårlige til å kunne ta ansvar for livene sine. Spennet mellom hva bruker skal bestemme selv, og når vurderingene skal gjøres fra fagpersonene, oppleves derfor vanskelig i praksis. Miljøterapeutene beskriver at gjennom sin usikkerhet knyttet til rollene sine, så er de raskere med å kontakte spesialisthelsetjenesten.

Situasjonene miljøterapeutene fremmer som vanskelige er spesielt knyttet til vurderingene av brukere med selvmordsproblematikk. Dette er vanskelig grunnet at de jobber med at brukere skal ta ansvar for eget liv, med fokus på mestring og at hjelper skal være mer tilbakelent i relasjonene. I lovverket «lov om kommunale helse og omsorgstjenester», står det i kapittel 4, § 4-1 at kommunehelsetjenesteloven plikter å yte tjenester som er forsvarlige (lovdata.no). Altså er kommunen pliktig til å sørge for at personer med fare for liv og helse får hjelp. Dette kan imidlertid virke noe uklart for miljøterapeutene, som blir usikre i alvorlige situasjoner. Det at miljøterapeutene tar kontakt med spesialisthelsetjenesten og lege for en vurdering, kan på denne måten ansees som de riktige og nødvendige tiltakene. En av lederne hevder at den medisinske kompetansen skal sidestilles med den nye faglige tankegangen. De vektlegger at recovery ikke handler om at det er enten eller, men å bruke kunnskapen på en ny måte. Davidson, Rakfeldt og Strauss (2010) hevder at recovery ikke skal bagatellisere en alvorlig lidelse som for eksempel en psykose, ved å redusere dette til noe individet kan jobbe seg gjennom ved selvaktualisering

og mestring. Dette vil kunne medvirke til at bruker eller pasient kan miste adgang til viktig behandling, som medikamenter. En psykose vil kunne føre til alvorlige konsekvenser, som for eksempel selvmord.

## 9.0 Konklusjon

Funnene fra denne studien viser at innføringen av recovery-orientert omsorg har ført til utvikling og vekst blant de ansatte i tjenesten. De ansatte føler seg modigere og mer nysgjerrige på brukerne, og jobber for å legge fra seg fordommer og oppnå likeverdighet i relasjonene. Utviklingen og veksten har skjedd gjennom innføringen av refleksjonsgrupper, en bevisstgjøring av recovery-orientert omsorg gjennom opplæring, og hvordan de praktiserer dette. En del av utviklingen de beskriver har også skjedd gjennom bruk av metoden MI. Metoden har økt terapeutenes nysgjerrighet på brukere i samtaler. Det har også vært utfordringer med å innføre en metode for å fremme recovery, og dette omhandler at det er lett å bli for styrende for terapeuten. Det at tjenesten jobber med arbeidsmåter innenfor alle tre retningene innenfor recovery, byr på flere utfordringer. Det kan virke som om det muligens er et behov for at det blir tydeliggjort i tjenesten hva som vektlegges, da funnene viser flere utfordringer i praktiseringen. En videreutvikling av tjenesten fremover er viktig, og at det fortsettes å jobbe med de nye faglige føringene de har innført og utviklet. Refleksjons og delekultur som er opprettet er en flott arena for utvikling. Faren med nye faglige føringer, kan være at man faller tilbake til «gamle mønster», og dermed ikke oppnår en endring over tid, slik intensjonen har vært. Fra funnene kommer det fram at Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har vært utfordrende, men har blitt bedre med tiden. Samarbeidet er viktig for kommunene å fortsatt ha fokus på. For å gi gode og forsvarlige tjenester er det viktig å være «lagspillere». Fra funnene kan det tyde på at det er et behov for en tydeliggjøring av ansvarsområdet i kommunen, og hvordan dette ansvarsområdet blir ivaretatt innenfor recovery-orientert omsorg.

Ved å gjennomføre denne forskningen, fikk jeg en forsmak på noe jeg gjerne vil finne ut mer om. I videreføring av dette forskningsprosjektet hadde de vært interessant å undersøke hvordan de som jobber etter recovery-orientert omsorg praktiserer dette. Det kunne vært

interessant å undersøke arbeidsmåtene og utøvelsen av recovery som observerende forsker, og ikke bare hvordan informantene formidler den nye arbeidsmåten. Grunnet at dette er en faglig tankemåte som er i ferd med å bli, og er innført i flere kommuner, kunne det vært interessant å forsket på flere kommuner, og praktiseringen som blir gjort i de. Et annet område som er interessant, men også viktig, er å finne ut hva brukerne opplever av forandring gjennom recovery-orientert omsorg. Opplever de at hjelpen de mottar medfører endring og mestring. Det hadde vært interessant å finne ut om det oppleves en reell endring, eller er recovery-orientert omsorg et nytt ord fagfolk bruker på en tjeneste som oppleves uendret for brukerne.

## Referanseliste:

Anthony, William. A (1993): «*Recovery from mental illness: The guiding Vision of the Mental Health Service system in the 1990*»s. Reprinted from *psychological Rehabilitation Journal* 1993, 16(4): 11-23

Askheim, Ole Petter (2012): *Empowerment i Helse og soisalfaglig arbeid; Floksel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk

Braun, Virginia, Victoria Clarke (2006): «*Using thematic analysis in psychology*». Edward Arnold Ltd.

Brinkmann, Svend og Tanggaard Lene (2015): *Kvalitative metoder, en grundbog*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Borg, Marit og Bengt Karlson (2017): *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.

Borg, Marit og Topor, Alain (2003): *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Borg, Marit (2007): *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. NTNU.

Borg, Marit, Karlson Bengt og Stenhammer Anne (2013): «*Recoveryorienterte praksiser, en systematisk kunnskapssammenstilling*». Rapport nr4. Napha.no

Davidson, Larry, Jaak Raakfeldt og John Strauss (2010): *The roots of the recovery movement in psychiatry, lessons learned*. Wiley-Blackwell Ltd.

Deegan, Patricia E (1988): *Recovery: «The Lived Experience of Rehabilitation»*. American Psychological Assosiation, Volume 11, Number 4, 1988.

Ekeland, Tor-Johan og Heggen, Kåre (2010): *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugsgjerd, Svein, Per jensen, Bengt Karlson og Jon A Løkke (2009): *Perspektiver på*



psykisk lidelse, å forstå, beskrive og behandle. 3 Utg. Oslo: Gyldendal Akademis

Hummelvoll, Jan Kåre, Bengt Karlson og Marit Borg (2015): «*Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice*». International Practice Development, Journal 5.

Hummelvoll, Jan Kåre (2014): *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lewitt, Aaron J, Kim T Mueser, Joe DeGenova, Julie Lorenzo, Dawn Bradford-Watt, Adina Barbosa, Marlene Karlin, Michael Chernick (2009): «*Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing*». Psychiatric Services. Vol 60 (12).

Le Boutillier, Clair, Mary Leamy, Victoria J. Bird, Larry Davidson, Julie Williams, Mike Slade (2011): «*What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*». Psychiatric Services, London. Vol 62 (12).

Liamputtong, Pranee (2012): *Focus group methodology, principle and practice*. London: SAGE Publications Ltd.

Løvlie Schibbye, Anne-Lise (2012). *Relasjoner, et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, Kirsti (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: universitetsforlaget.

McGuire, Alan, Laura G. Stull, Kim T Mueser, Megan Santos, Abigail Mook, Nicole Rose, Chole Tunze, Laura M. White, Michelle P. Salyers (2012): «*Development and Reliability of a Measure of Clinician Competence in Providing Illness Management and Recovery*». Psychiatric Services. Vol 63 (8).

Meehan, Tom J, Robert J. King, Pam H. Beavis, Jacqueline D. Robinson (2008): «*Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?*» Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 42: 177-182.

- Mueser, Kim T og Gingerich, Susan (2011): IMR, kurs i personlige ferdigheter og mestringsstrategier for perosner med alvorlige psykiske lidelser. Dartmouth PRC, Hazelden.
- Rodgers, Carl R (1967): *A therapist's view of psychoterapy. On becoming a person*. Great Britian: Constable & Company Ltd.
- Rosenberg, David, Ulla-Karin Schøn, Petra Svedberg (2015): «*Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context*». *Psyciatric Rehabilitation Journal*. Vol 38 (4): 328-335.
- Rowe, Michael og Davidson, Larry (2016): «*Recovering Citizenship*». *Psychiatry relat Sci*-vol 53 (1).
- Sosial og helsedirektoratet: Brukermedvirkning-psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse. Rapport 15-1315 (04/2006)
- Ulvestad, Asbjørn Karki, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad (2012): *Klienten-den glemte terapeut*. Oslo: Glydendal Akademisk.
- Unhjem Varpen, Jeanette, Solfrid Vatne, Marit Helene Hem (2017): «*Transforming nurse-patient relationships-A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care*». Wiley, *journal of clinical nursing* 1-10.
- Vatne, Solfrid (2012): *Korrigere og anerkjenne, relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Whitley, Rob (2014): «*Introducing Recovery*», *The Canadian Journal of Psychiatry*, Volume 59(5) 233-235.
- Whitley, Rob, Susan Gingerich, Wilma J Lutz, Kim T Mueser (2009): «*Implementing the Illness Management and Recovery Program in Common Mental Health Settings: Facilitators and Barriers*». *Psychiatric Services*. Vol 60 (2).
- Whitley, Rob, Rosalyn Denise Campbell (2014): «*Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness*». *Sosial Science & Medicine*. 107: 1-8.
- Williams, Charmaine C & Tufford, Lea (2012): «*Professional Competencies for*

*Promoting Recovery in Mental Illness*». Psychiatry vol 75 (2).

Williams, Virginia C, Frank P. Deane, Lindsay G. Oades, Trevor P. Crowe, Joseph Ciarrochi, Retta Andersen (2015): «*Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values*». The journal of mental health training, education and practice, p 23.

Helsedirektoratet 2014, Sammen om Mestring:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments>

WHO: Mental Health Action Plan 2013-2020:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

SINTEF, Napha.no:

<https://napha.no/content/21170/Flere-arsverk--men-bekymring-for-tilbud-til-de-med-alvorlige-psykiske-lidelser>

Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunal%20omsorgstjenester>

## **Vedlegg 1, søknad til kommunen.**

Til Enhetsleder for psykisk helse

Kommunehelsetjenesten

### **Forespørsel om å få intervju ansatte i kommunen.**

Dette er en forespørsel om å gjennomføre intervjuer på miljøarbeidere og ledere i psykisk helse i kommunen. Disse intervjuene skal være et ledd i en forskningsstudie som omhandler bakgrunnen for innføringen av recovery i kommunehelsetjenesten, hva som legges i recovery-perspektivet og hvordan dette kan praktiseres sammen med brukerne.

Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helse. Jeg har jobbet de siste årene i en kommune, der innføringen av recovery-perspektivet har vært sentralt siden 2015. Recovery-perspektivet har blitt og blir innført i flere norske kommuner de siste årene. Overføringsverdien av denne studien vil kunne være at flere norske kommuner vil kunne dra nytte av denne studien i en implementeringsfase. Jeg er interessert i å se på bakgrunnen for innføringen, hva de som jobber med brukerne legger i begrepet og hvordan recovery kan bidra i møte med brukerne. I denne studien vil jeg intervju de som har vært med på å innføre perspektivet i kommunen, samt de som jobber tett på brukene.

Jeg tar nå en Mastergrad-studie ved høyskolen i Molde og er derfor interessert i å gjøre denne studien i den forbindelse. Jeg vil gjøre en kvalitativ studie, med gruppeintervjuer på mellom 5-8 deltakere i hver gruppe. Planen er å gjennomføre to gruppeintervjuer. Et med ledere og et med miljøarbeidere. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbåndene vil bli

slettet etter studiet avsluttes i april 2018. Intervjuene planlegges å gjennomføres i juni. Deltakerne vil bli forespurt med et infoskriv om studien, der de også samtykker til å delta i studien. Samtykket sendes til meg etter avtale med kontaktperson. Det er frivillig å delta i studien, og deltakere kan trekke seg når som helst, uten å oppgi grunn for dette. Studien er meldt Norsk personvernombud.

Det vil muligens bli aktuelt å publisere studien som artikkel. Masteroppgaven skal levers i april 2018.

Mine faglige veiledere på studien er Solfrid Vatne og Ragnhild Michaelsen, de kan nåes på mail: [solfrid.vatne@himolde.no](mailto:solfrid.vatne@himolde.no) eller [Ragnhild.Michaelsen@himolde.no](mailto:Ragnhild.Michaelsen@himolde.no) .

Med vennlig hilsen

Kristin Juvik

**Vedlegg 2, samtykkeskjema.**

## **Samtykkeskjema**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.**

#### **Bakgrunn for innføring av recovery i psykisk helse i kommunehelsetjenesten og hvordan praktiseres det i møte med bruker.**

Studiet er en del av mitt masterprosjekt i helse og sosialfag ved høyskolen i Molde.

#### **Bakgrunn og formål:**

Dette er en forespørsel om du vil delta i en forskningsstudie som omhandler innføringen av recovery i psykisk helse i kommunen. Studien vil se nærmere på bakgrunnen for at recovery innføres i kommunehelsetjenesten og hvordan recovery kan praktiseres i møte med brukerne. Du er forespurt fordi du har vært, eller er en del av innføringen av recovery og/eller jobber tett på brukerne.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Intervjuene skal foregå i gruppeintervjuer. Det skal gjennomføres to gruppeintervjuer. Hver gruppe skal ha 5-8 deltakere. Hvert gruppeintervju vil ta mellom 1-1,5 time. Jeg håper at vi kan låne et av kommunenes lokaler/kontorer, og at intervjuet kan gjennomføres der. Oppmøtested for intervjuet vil bli formidlet nærmere.

Dere kan i gruppeintervjuet dele erfaringer, tanker og meninger knyttet til temaet som forskes på. Jeg håper flest mulig av dere deler erfaringene deres i dette gruppeintervjuet, og at andre kommuner som er i innføring av recovery kan lære noe av det som blir formidlet.

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

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og skal analyseres i etterkant. Alle opplysninger vil behandles uten navn og fødselsnummer, eller andre gjenkjennende opplysninger. Funnene vil anonymt bli publisert i en masteroppgave og en artikkel.

Forsker i prosjektet har taushetsplikt. Det som blir sagt i intervjuet vil ikke bli gjenkjent i videre publisering av masterprosjektet. Opptakene vil bli behandlet med konfidensialitet og slettet etter masterstudiet er avsluttet, våren 2018.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, og du kan trekke deg når som helst underveis. Høgskolen i Molde er ansvarlig for denne studien. Veiledere for prosjektet er Solfrid Vatne og Ragnhild Michaelsen. Om du har spørsmål knyttet til selve studien vennligst ta kontakt med prosjektleder Solfrid Vatne, på epost: [solfrid.vatne@himolde.no](mailto:solfrid.vatne@himolde.no) eller tlf: 90 51 56 49. Eller du kan ta kontakt med meg på tlf 41607352 eller mail: [kristinjuvik@gmail.com](mailto:kristinjuvik@gmail.com).

Om du ønsker å delta i dette forskningsprosjektet vennligst fyll ut samtykkeerklæringen. Jeg ber om at samtykkeerklæringen blir levert tilbake til Steinar Trefjord som formidler det videre til meg. Skriv gjerne telefonnummeret ditt på svarlappen, slik at jeg kan nå deg. Datoen for gjennomføring av intervjuene er torsdag 14 juni. Jeg tar kontakt med deg for å gjøre en nærmere avtale angående klokkeslett og oppmøtested.

Studien er meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Takk for at du leste dette.

Mvh Kristin Juvik

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta

.....

...

(deltaker/dato)



### **Vedlegg 3, intervjuguide.**

#### **Temaområder/Fokusområder til intervju:**

Presentasjon av forskere og prosjektet.

Informasjon om prosjektet.

Presentasjonsrunde, hva er bakgrunnen/utdannelsen og hvor jobber informantene.

#### **a) hva var bakgrunnen for å innføre recovery i kommunalt psykisk helsearbeid?**

Kan dere fortelle hva dere mener var bakgrunnen for at recovery er innført i psykisk helse i kommunen?

Hvorfor valgte dere akkurat recovery som perspektiv for psykisk helse?

Hva ønsker en å oppnå med dette perspektivet?

- Holdninger?
- Teknikker?

#### **b) Er recovery mulig å innføre?**

#### **c) På hvilken måte har recovery bidratt til endring i måte å jobbe på?**

På hvilken måte har recovery ført til endring i arbeidsmåte?

Hvordan ivaretar dere recovery-perspektivet eller recovery-prosessene i praktisk handling?

- Påvirker det antall ansatte, tidsramme, kontinuet?

Hvordan overføres kunnskapen om recovery til de ansatte /til dere?

(Hvordan blir den personlige recovery-prosessen ivaretatt under klinisk recovery?)

**d) Hvordan forstår ledere og miljøarbeidere innholdet i recovery?**

Kan dere beskrive hva dere legger i recovery?

Hva legger dere i den personlige recovery-prosessen?

Hvordan jobbes det med den personlige recovery-prosessen?

Hvordan oppleves praksis nå som recovery er innført?

**e) Hvordan mener ledere og miljøarbeidere recoveryprosessen foregår i praksis?**

Hvordan kan recovery praktiseres i møte med brukerne?

- Passer det for alle brukerne, justeringer?
- Kritiske i forhold til anvendelsen av perspektivet?

(Hvilken tilnærming blir brukt i møte med brukeren? ev konkrete eksempler)

Hvordan jobber dere i hverdagen deres for å fremme recovery som tankesett ?

**Nøkkelspørsmål**

Hva legges i bedring?

Hvem bestemmer bedringen?

(Recovery som personlig prosess, sosial prosess og klinisk recovery)

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> er.  NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.  Les mer om hva <a href="#">behandling av personopplysninger</a> innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ● Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til <a href="#">koblingsnøkkel</a> , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en <a href="#">databehandler</a> .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei ●	En person vil være <a href="#">indirekte identifiserbar</a> dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre).  <a href="#">Les mer.</a>  Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	En kvalitativ studie av recoveryperspektivet i kommunehelsetjenesten.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Molde	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.  Les mer om <a href="#">behandlingsansvarlig institusjon</a> .
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helse- og sosialfag	
Institutt		
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Solfrid	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om <a href="#">daglig ansvarlig</a>.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Vatne	
Stilling	Professor	
Telefon		
Mobil	90515649	
E-post	solfrid.vatne@hiMolde.no	
Alternativ e-post	ragnhild.michaelsen@hiMolde.no	
Arbeidssted	Høgskolen i Molde	
Adresse (arb.)	Britveien 2	
Postnr./sted (arb.sted)	6410 Molde	
<b>5. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Kristin	
Etternavn	Juvik	
Telefon	416 07 352	
Mobil		
E-post	kristinjuvik@gmail.com	
Alternativ e-post	kristin.e.j.vestad@stud.himolde.no	
Privatadresse	Seglneset 2	
Postnr./sted (privatadr.)	6408 Aureosen	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Masteroppgave</li> <li>○ Bacheloroppgave</li> <li>○ Semesteroppgave</li> <li>○ Annet</li> </ul>	
<b>6. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	<p>Jeg vil i dette prosjektet undersøke bakgrunnen for innføringen av recoveryperspektivet i kommunehelsetjenesten, ledere og miljøarbeideres forståelse av innholdet i recovery og hva disse mener om hvordan praktiseringen av recovery kan foregå i møte med brukeren.</p> <p>Forskningsspørsmålene er:  Hva er bakgrunnen for innføringen av recovery?  Hvordan forstår ledere og miljøarbeidere innholdet i recovery?  Hvordan mener ledere og miljøarbeidere recovery kan praktiseres i møte med brukerne?</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
<b>7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?</b>		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input checked="" type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige <a href="#">forskningstematikker</a> og <a href="#">utvalg</a> .
Beskriv utvalg/deltakere	Ledere og miljøarbeidere vil bli intervjuet. De som har vært sentrale i innføringen av recoveryperspektivet i kommunehelsetjenesten og de som til daglig er kontakt med brukerne.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	Jeg sender en søknad til enhetsleder i kommunen jeg vil forske i. Jeg vil be enhetsleder om å informere ansatte i kommunehelsetjenesten om forskningsprosjektet og at han også formidler samtykkeskjema til de aktuelle deltakerne. Jeg vil ikke dele ut samtykkeskjema til aktuelle deltakere selv, da dette kan påvirke intervjuene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Utvalget blir opprettet av leder for ansatte i kommunehelsetjenesten, med bakgrunn i formålet med prosjektet.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre <a href="#">temasider</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer <a href="#">bam</a> på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	15	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">sensitive opplysninger</a> .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. <a href="#">Les mer</a> .

## 8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internet <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).  NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.  Les mer om <a href="#">registerstudier</a> . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15  Les mer om <a href="#">forskningsmetoder</a> .
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		

## 9. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  <a href="#">Les mer</a> . Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.  Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a> .  Les om <a href="#">krav til informasjon og samtykke</a> .  NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <a href="#">informert</a> .  Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.  Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. <a href="#">Les mer</a> .



10. Informasjonssikkerhet		
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Minnepenn som kun forsker har tilgang til. Kryptert med kode.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler <a href="#">koblingsnøkkel</a> .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskin som kun forsker har tilgang til. Minnepenn med kodekryptering.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en <a href="#">databehandler</a> . Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. <a href="#">Les mer</a>.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <a href="#">dispensasjon fra taushetsplikten</a> . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om <a href="#">andre godkjenninger</a> .
Hvis ja, hvilken	Kommune	
12. Periode for behandling av personopplysninger		

Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	14.05.2017 30.04.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om <a href="#">direkte</a> og <a href="#">indirekte</a> personidentifiserende opplysninger.  NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.  Les mer om <a href="#">anonymisering av data</a> .
<b>13. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell eksternt finansiering (oppdragsforskning, annet).
<b>14. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
<b>15. Vedlegg</b>		
Vedlegg	Antall vedlegg: 4.  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervjusp0rsm4l.docx</li> <li>● prosjektoppgave (workd doc).pdf</li> <li>● Samtykkeskjema.docx</li> <li>● Spknad til kommunen.docx</li> </ul>	



## Vedlegg 5, tilbakemelding.



Solfrid Vatne  
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Molde  
Postboks 2110  
6402 MOLDE

Vår dato: 29.05.2017

Vår ref: 54178 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.04.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54178</i>	<i>En kvalitativ studie av recoveryperspektivet i kommunehelsetjenesten.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Solfrid Vatne</i>
<i>Student</i>	<i>Kristin Juvik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.04.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 54178

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi gjør oppmerksom på at NSD har skiftet navn til NSD - Norsk senter for forskningsdata.

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

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Høgskolen i Molde sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 30.04.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak