



Recoveryorientert tilnærming i lavterskel rusomsorg.

Hva kan være styrker og svakheter med recoveryorientert tilnærming i lavterskel rusomsorg?

Kandidatnummer 68

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet, Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i Sosialt arbeid

Kull: Soshel19

Antall ord: 8763

10.05.2022

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Denne litteraturoppgaven forsøker å finne styrker og svakheter ved recoveryorientert tilnærming i lavterskel rusomsorg. Oppgaven er avgrenset til personalets møter med beboere på lavterskel rusinstitusjoner. Forskning viser mye positivt ved en relasjonell forståelse av tilnærmingen. Denne forståelsen kan bidra til at beboere i større grad opplever seg selv som handlende og sosiale aktører, og at de kan gjenvinne myndighet og kontroll over eget liv. Utfordringer ved tilnærmingen kan være at recoverybegrepet kan tolkes på ulike måter, hvilket kan bidra til at recoveryorientering kan se ulik ut i praksis. Oppgaven kritiserer en individorientert og klinisk forståelse. Det finnes også begrensninger i systemet, ved institusjonenes rammer og politiske føringer som kan hemme recoveryorientert praksis på institusjonene. Oppgaven drøfter disse styrkene og svakhetene i sammenheng med teori om profesjonelle relasjoner og makt. Foucaults maktforståelse spiller en sentral rolle i drøftingen.

Abstract

This literature thesis aims to find strengths and weaknesses in recovery-oriented approach within low-threshold drug addiction care. The thesis is focusing on social workers interactions with residents on low-threshold drug addiction institutions. Research on the field highlights several positive outcomes of a relational understanding of the approach. The research shows that this approach can contribute to residents' self-perception as active and social actors, and that they can regain authority and control of their own life. Recovery-oriented approach can also be challenging because the approach can be interpreted in different ways. This thesis criticizes an individualistic and clinic understanding. Additionally, there is limits in the welfare system, within the institutions and political demands that can inhibit recovery-oriented approach within the institutions. The thesis discusses these strengths and weaknesses in relation to theory about professional relations and power. Foucault's Theory of power plays a central role in the discussion.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	<i>Problemstilling og avgrensning.....</i>	1
1.2	<i>Begrepsavklaring.....</i>	2
1.2.1	<i>Personer i aktiv rus.....</i>	2
1.2.2	<i>Lavterskel rusinstitusjon.....</i>	2
1.3	<i>Sosialfaglig og samfunnsmessig relevans.....</i>	2
1.4	<i>Forforståelse.....</i>	3
1.5	<i>Oppgavens struktur.....</i>	3
2	Metode.....	5
2.1	<i>Litteraturstudie.....</i>	5
2.2	<i>Søkeprosess og utvalg.....</i>	6
2.3	<i>Metodologiske refleksjoner og kildekritikk.....</i>	7
3	Presentasjon av forskning.....	10
3.1	<i>Ny identitetsforståelse utenfor problemområder.....</i>	10
3.2	<i>Fleksibilitet og tilgjengelighet.....</i>	11
3.3	<i>Relasjon og samarbeid.....</i>	12
3.4	<i>Begrensninger i systemet.....</i>	12
4	Teori.....	14
4.1	<i>Recovery.....</i>	14
4.1.1	<i>Kritikk av recovery.....</i>	15
4.2	<i>Relasjon.....</i>	16
4.2.1	<i>Kontekstforståelse og anerkjennelse.....</i>	17
4.2.2	<i>Relasjonell recovery.....</i>	17
4.3	<i>Makt.....</i>	18
4.3.1	<i>Foucaults maktteori.....</i>	18
4.3.2	<i>Definisjonsmakt.....</i>	19
4.4	<i>Det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg.....</i>	19
5	Drøfting.....	21
5.1	<i>Rådende diskursers påvirkningskraft.....</i>	21
5.2	<i>Relasjoner og omgivelsenes betydning i recovery.....</i>	22
5.3	<i>Recoveryorientert tilnærming i asymmetriske maktrelasjoner.....</i>	24
5.4	<i>Politikken og ledelsens styrende hånd.....</i>	26
6	Konklusjon.....	28

Litteraturliste.....	30
Vedlegg 1: Liste over selvvalgt pensum.....	34

1 Innledning

Personer med rus- og psykiatriutfordringer er ofte sterkt marginaliserte. Slike utfordringer kan for mange medføre betydelig funksjonsnedsettelse, ulike sosiale problemer og sporadisk kontakt med helsevesenet og politi- og kriminalomsorg (Evjen et al., 2018, s. 24-25).

Sosialarbeidere bistår disse menneskene i ulike settinger, som på NAV, rusinstitusjoner og i behandling. Yrkesutøvelsen til barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er basert på humanistiske og demokratiske verdier, og skal fremme likeverd og respekt, møte menneskers behov og bidra til at de får brukt sine ressurser (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). Dette viser at det er behov for kunnskap om hvordan sosialarbeidere kan møte personer med rus- og psykiatriutfordringer på best mulig måte. Recoveryorientert tilnærming er en praksis fagpersoner kan møte disse menneskene med.

Recovery tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess. Målet er at den enkelte skal kunne leve et meningsfylt liv til tross for de begrensningene problemområdene kan forårsake. Perspektivet vektlegger betydningen av å få myndighet og gjenvinne kontroll over eget liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 12). Denne litteraturoppgaven vil se på styrker og svakheter ved recoveryorientert tilnærming til personer i aktiv rus.

1.1 Problemstilling og avgrensning

Sosialarbeidere reflekterer over praksis ut ifra et teoretisk grunnlag, hvilket også innebærer å stille spørsmål ved egen praksis (Moe & Kiik, 2011, s. 114 og 118). Problemstillingen legger derfor opp til en drøfting av både styrker og svakheter ved en mye brukt teoretisk tilnærming innenfor sosialt arbeid:

Hva kan være styrker og svakheter med recoveryorientert tilnærming i lavterskel rusomsorg?

Oppgaven avgrenses til recoveryorientert tilnærming i arbeid med personer i aktiv rus med midlertidig bosted på lavterskel rusinstitusjoner, og vil bruke Oslo kommunes forståelse av slike institusjoner. Begrepet personale brukes i oppgaven om de ansatte på institusjonen som jevnlig omgås beboerne. Disse har ofte sosialfaglig bakgrunn, og oppgaven vil ta

utgangspunkt i personalets møter med beboerne på institusjonen. Relasjonen og maktforholdet mellom personalet og beboere kan påvirke muligheten til å jobbe recoveryorientert og beboernes recoveryprosesser, og vil derfor trekkes inn i drøftingen av styrker og svakheter ved tilnærmingen.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Personer i aktiv rus

Oppgaven forstår personer i aktiv rus som personer med daglig eller periodevis bruk av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis.

1.2.2 Lavterskel rusinstitusjon

Oslo kommunes lavterskel rusinstitusjoner har akutt plasser og utrednings- og videreformidlingsplasser, og tilbyr opphold opp til 3 måneder. Målgruppen er personer i aktiv rus uten fast bopel, og institusjonene tilbyr sosialfaglig hjelp med fokus på stabilisering, kartlegging av livssituasjon, fysisk og psykisk helsehjelp, skadereduksjon og kontakt med andre hjelpeinstanser (Oslo kommune, u.å. a). Oppgaven bruker begrepet beboer om de som bor på slike institusjoner, og rusinstitusjon om denne typen institusjoner.

1.3 Sosialfaglig og samfunnsmessig relevans

Ut ifra min forståelse er problemstillingen både av samfunnsmessig og sosialfaglig relevans. Rubington og Weinberg definerer sosiale problemer som «en påstått situasjon som bryter med en betydelig gruppe personers verdier og hvor det er enighet om at handling er nødvendig for å endre situasjonen» (oversatt og gjengitt i Ellingsen & Levin, 2015, s. 49). Ut ifra denne definisjonen kan daglig eller periodevis rusbruk ses som et sosialt problem. Det kan bryte med mange personers verdier, fordi det for eksempel kan innebære kriminelle miljøer og svekke arbeidsevne, og det er stor enighet i befolkningen om at tiltak mot slik rusbruk er nødvendig. Ut ifra denne forståelsen, er personer i aktiv rus en brukergruppe sosialarbeidere vil kunne jobbe med, og problemstillingen er derfor sosialfaglig relevant.

I stortingsmeldingen om Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet står det at regjeringen vil skape «pasientens helsetjeneste». Dette beskrives med sitatet «ingen beslutninger om meg, tas uten meg». Meldingen la vekt på dialog og innspill fra brukere (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 1-3). Dette kan ses i sammenheng med recoveryorientert tilnærming som innebærer et samarbeid om personers recovery, der flere eksperter møtes og personen selv anses som ekspert på eget liv (Karlsson & Borg, 2018, s. 16-17). Recoveryorientert praksis kan dermed være et sentralt perspektiv i prosessen med å skape pasientens helsetjeneste, hvilket gjør problemstillingen samfunnsmessig relevant.

1.4 Forforståelse

Gjennom praksis og videre arbeid på en lavterskel akuttinstitusjon for personer i aktiv rus, har jeg blant annet fått erfaring med recoveryorientert tilnærming. På institusjonen tilstrebes det at beboeren selv skal være i førersetet for målsetninger og veien mot målet. Min forståelse er at det som regel er mye fleksibilitet, og at personalet forsøker å imøtekomme beboerens behov og ønsker så langt det lar seg gjøre. Samtidig finnes det noen begrensninger i systemet og institusjonsregler som gjør at dette ikke alltid er mulig. Det kan også være frustrerende å stå på sidelinjen når beboere tar valg som fra utsiden kan oppleves destruktive. Likevel har jeg tro på at dersom personer skal oppleve bedring, må deres egne ønsker og livsvalg anerkjennes og tas på alvor. At personer ønsker å leve på ukonvensjonelle måter har jeg også respekt for, da jeg ikke tror alle passer inn i samfunnets relativt rigide rammer. Derfor har jeg tro på recoveryorientert tilnærming til denne brukergruppen, hvilket kan farge mitt syn på denne oppgaven. Jeg vil derfor aktivt forsøke å finne litteratur som kan vise begrensningene ved tilnærmingen.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med å redegjøre for metode og sentrale funn fra recoveryorientert forskning, etterfulgt av en redegjørelse av relevant teori, og avsluttes med en drøftingsdel. Metod delen definerer litteraturstudie som metode, redegjør for oppgavens fremgangsmåte og oppgavens hovedkilder, og avsluttes med noen metodologiske refleksjoner og kildekritikk ved litteraturstudie som metode og forskningsartiklenes metode.

Deretter presenteres fire funn fra recoveryorientert forskning som kan belyse problemstillingen. Teoridelen vil først redegjøre for sentrale aspekter innenfor recoveryorientering, kritikk av recoveryorientering og teori om relasjon og makt. Delen avsluttes med at det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg trekkes inn som motstridende faglige perspektiver. Teorien og funnene drøftes avslutningsvis opp mot problemstillingen, og etterfølges av en konklusjon.

2 Metode

I kvalitative oppgaver er transparens et metodologisk krav. Dette innebærer nøye beskrivelser av oppgavens metode, at oppgaven presenterer godt med datamateriale og å redegjøre for datatolkningen på en mest mulig gjennomiktig måte (Leseth & Tellmann, 2018, s. 147). I det følgende vil jeg forsøke å gjøre dette.

2.1 Litteraturstudie

Oppgaven er en litteraturstudie, som kjennetegnes av at data innhentes fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Sekundæranalyser baseres på data som andre forskere har samlet inn tidligere, og problemstillingen kan ut ifra dataene og litteraturen drøftes selvstendig (Åm & Magin, 2021, s. 146 og 149). Denne oppgaven er bygget på litteratur og forskning om recoveryorientering, makt og relasjon, og problemstillingen vil drøftes ut ifra denne litteraturen.

Vitenskapsfilosofi studerer hva vitenskap er, eller hva den burde være. Dette innebærer blant annet å undersøke spørsmål om hvilke fremgangsmåter som brukes for å oppnå vitenskapelig kunnskap og hvilke begrunnelser som gis for at kunnskapen er holdbar (Thomassen, 2006, s. 14-15). Oppgavens forståelse av recovery vektlegger erfaringsbasert kunnskap, og forskningsartiklene denne oppgaven baseres på studerer brukere og ansattes erfaringer ved recoveryorientert praksis. Derfor har oppgaven et fenomenologisk vitenskapssyn, som innebærer å rette oppmerksomheten mot hvordan verden konkret erfares og oppleves fra et subjektperspektiv (Thomassen, 2006, s. 83).

Oppgaven er bygget på kvalitativ metode, siden subjektive erfaringer vanskelig lar seg måle og vise i statistikk. Kvalitativ metode kjennetegnes av at forskeren går i dybden på det som studeres, og man forsøker å forstå menneskelige praksiser og forståelser, og hvordan vi skaper mening i verden (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12-13). Gjennom oppgaven tolker jeg litteraturen og forskningen for at informasjonen skal passe inn i denne oppgavens rammer. Dette vil si at oppgaven også har et hermeneutisk vitenskapssyn, som innebærer å fortolke et meningsinnhold ut ifra den konteksten eller meningssammenhengen ytringene står i (Thomassen, 2006, s. 45 og 157). Denne litteraturoppgaven har derfor et fenomenologisk-

hermeneutisk vitenskapssyn fordi kunnskapen i oppgaven blir til gjennom min tolkning av litteraturen, og når jeg bruker forskning, min tolkning av forskernes tolkning av deltakernes erfaringer ved recoveryorientert tilnærming i praksis.

2.2 Søkeprosess og utvalg

Siden rusfeltet stadig er i forandring, har jeg benyttet meg av litteratur fra 2010 og fram til i dag. Jeg har i søkeprosessen brukt søkemotorene Idunn og Oria, og Google Scholar i tilfeller der jeg har ønsket å finne en spesifikk engelskspråklig artikkel. Det overordnede temaet jeg ville skrive om var rus og psykiatri, og jeg bestemte meg for å snevre søket inn til livskvalitetsfremmende teorier. Jeg endte med å undersøke recoveryorientering fordi jeg fant mye forskning og litteratur om orienteringen, og jeg synes tilnærmingen er interessant i møte med personer i aktiv rus.

På Oria ga søkeordene «Recovery» AND «rus» de 10 siste årene 21 bøker. Ettersom jeg var klar over at Karlsson og Borg var sentrale fagpersoner innen recovery, brukte jeg deres bok *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (2017) for å skaffe meg en innførende oversikt over recovery. De samme søkeordene i Idunn, ga flere empiriske forskningsartikler fra fagfelleverderte tidsskrifter. Ved å skimlese sammendragene til flere av forskningsartiklene, valgte jeg ut tre studier innenfor norsk kommunal kontekst; «Her tar de tingene i henda, og gjør noe med det – Om recoveryorientering i en kommunal ROP-tjeneste» (Biong & Soggiu, 2015), «Å gripe øyeblikket» (Ervik et al., 2012) og «Relasjonell recovery – utforsking av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud» (Vibeto et al., 2019). For å få et bredere perspektiv av recovery, har jeg også inkludert en litteraturgjennomgang, «Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang» (Nordaunet, 2019). Konteksten til to av forskningsstudiene, Vibeto et al. (2019) og Ervik et al. (2012), er innenfor ulike botilbud for personer med rus- og psykiatriutfordringer i Norge, hvilket gjør de særlig relevante for problemstillingen. Når jeg har brukt data fra litteraturgjennomgangen til Nordaunet (2019), har jeg funnet primærkildene det refereres til i Google Scholar, og henvist til disse der dataene ikke er Nordaunets egen analyse av studiene. Studienes funn beskriver i hovedsak styrker ved recoveryorientert tilnærming.

For å finne litteratur som problematiserer recovery har jeg søkt på Oria og Idunn, lest et kritisk debattinnlegg i Fagorganisasjonens fagblad Fontene og funnet motstridende faglige perspektiver. På Oria og Idunn, brukte jeg søkeordene «recovery» AND «kritikk» og «recovery» AND «makt» for å finne kritiske artikler. Dette ga meg lite resultater, men det siste søket ledet meg likevel fram til fagartikkelen «Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter» av Borg og Karlsson (2011). Artikkelen diskuterer recoveryorienteringens faktiske innflytelse på helse- og omsorgstjenestene, og viser at strukturer i helse- og omsorgssektoren ikke alltid lar seg forene med recoverytankegang. I Fontene fant jeg et debattinnlegg, «Recovery – bare for de friskeste syke?» (Larsen, 2022), som kritiserer recovery og argumenterer for at tilnærmingen i for stor grad legger ansvaret for endring på individet. Artiklene gir kritiske refleksjoner rundt recoveryorienteringen i arbeid med personer med rus- og psykiatriutfordringer. For å belyse motstridende perspektiver til recoveryorientering, vil jeg i teorikapittelet redegjøre kort for det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg. Dette kan vise eksempler på forhold recoveryorienteringen overser, men som kanskje også er sentrale for mange personer i aktiv rus. Dette er poenger som vil drøftes i sammenheng med svakheter ved recoveryorientering.

Teori om makt og relasjon har jeg funnet i fagbøker. Jensen og Ullebergs bok *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2019) inneholder i hovedsak teori om kommunikasjon og relasjon, men også noe om makt. Engebretsen og Heggens bok *Makt på ny måter* (2012), fikk jeg anbefalt av veileder, og boka diskuterer hvordan makt kommer til syne i dagens velferdssamfunn sett i lys av Foucaults maktperspektiv. For å redegjøre for Foucaults maktforståelse bruker jeg disse bøkene som sekundærkilder, og ikke primærkilden, fordi teorien da fremsto som mer tilgjengelig for meg. Bøkene gir vinklinger som kan bidra til å drøfte både styrker og svakheter ved recoveryorientert tilnærming.

2.3 Metodologiske refleksjoner og kildekritikk

Det finnes både muligheter og utfordringer ved å basere en oppgave på data som andre har samlet inn tidligere (Åm & Magin, 2021, s. 152). Ved å lese andres forskning har jeg sluppet å samle inn data selv, som er en tid- og ressurskrevende prosess. Bruk av andres forskning har også gjort det mulig å sammenligne studier, som kan øke oppgavens reliabilitet, som

innebærer studiens pålitelighet, og generaliserbarhet, som innebærer å kunne generalisere fra få til mange (Leseth & Tellmann, 2018, s. 17-18). Studiene får til sammen får flere respondenter og mer datamateriale enn dersom oppgaven kun skulle basert seg på en studie. Alle studiene viser mye positivt med recoveryorientert praksis, hvilket kan skape et grunnlag for fortolkninger det kan generaliseres ut ifra (Leseth & Tellman, 2018, s. 18), og kan vise at praksisen kan være nyttig i flere sammenhenger. Det har også vært en fordel at jeg ikke har måttet foreta intervjuer av personalet på institusjonene og personer i aktiv rus selv, fordi dette krever mange etiske hensyn og kunnskap jeg ikke innehar (Åm & Magin, 2021, s. 152). Sekundæranalyser gir meg likevel muligheten til å undersøke ansatte og brukeres erfaringer med recoveryorientert tilnærming.

På den andre siden, kan utfordringer ved metoden være å finne passende litteratur til å svare på problemstillingen (Åm & Magin, 2021, s. 152). Litteraturen gir for eksempel ikke data som svarer direkte på problemstillingen, og jeg har derfor måttet analysere og tolke dataene slik at de kan overføres til å kunne belyse problemstillingen. Jeg måtte også tidlig i skriveperioden endre problemstilling fra å se på salutogen tilnærming til recoveryorientert tilnærming, fordi jeg fant mer litteratur og forskning om recoveryorientering.

Alle studiene oppgaven er basert på er fagfelleverderte. Dette innebærer at artiklene er kvalitetssikret ved at to til fire eksperter innenfor faget vurderer bidraget kritisk før publikasjon (Svartdal, 2021). Dette er også med på å sikre artiklenes reliabilitet og studiens validitet, som handler om at studien faktisk måler det som er tenkt at den skal måle (Leseth & Tellman, 2018, s. 17-18). Siden artiklene er fagfelleverderte, anser jeg de som gode kilder for denne oppgaven.

Standardreferanser er referanser alle som skriver om et tema forholder seg til (Åm & Magin, 2021, s. 146). Professorene innen psykisk helsearbeid og helse- og sosialvitenskap, ved høyskolen i Sør-Øst-Norge, Bengt Karlsson, Marit Borg og Stian Biong har både skrevet flere artikler om recovery innenfor psykisk helse- og rusfeltet, og er sitert av mange som skriver om recovery i norsk kontekst. Forfatterne er derfor sentrale i mye av litteraturen denne oppgaven er bygget på, og kan beskrives som standardreferanser innen recoveryorientert tilnærming i rus- og psykisk helsearbeid. Deres kjerneargumenter er at det er vesentlig å ha et helhetlig og ressursfokusert syn på personer med rus- og psykiatriutfordringer, og at

målet i bedringsprosessen er å kunne ha et meningsfylt liv til tross for utfordringer. Professorene argumenterer derfor for at recoveryorientert tilnærming er hensiktsmessig i møte med personer med rus- og psykiatriutfordringer.

Tre av forskningsartiklene oppgir å være forankret i et fenomenologisk-hermeneutisk eller deskriptivt fenomenologisk vitenskapssyn, som er definert i starten av metodekapittelet (Ervik et al., 2012, s. 304, Vibeto et al., 2019, s. 93, Biong & Soggiu, 2015, s. 52). Artiklene kan dermed bidra til å forstå hvordan recoveryorientert praksis faktisk oppleves av ansatte og brukere, hvilket gir empiri som kan støtte eller motsi teori om recoveryorientert praksis. En forståelse av recovery som en klinisk og målbar prosess basert på evidensbasert kunnskap, som er kunnskap skapt gjennom randomiserte kontrollerte studier, ville i større grad latt seg måle og sammenligne, og muliggjort innsamling av kvantitativ data. Denne måten å forstå recoverybegrepet på stiller mye av litteraturen i oppgaven seg kritisk til. Relevante funn fra forskningsartiklene vil presenteres i neste kapittel.

3 Presentasjon av forskning

Denne delen vil presentere funn fra forskningsartiklene som kan belyse styrker og svakheter ved recoveryorientert praksis i lavterskel rusomsorg. Biong & Soggius artikkel (2015) er bygget på intervjuer av brukere av et kommunalt oppfølgingsteam for rus og psykisk helse, Nordaunets litteraturgjennomgang (2019) er bygget på 49 engelskspråklige artikler om hvordan aktivitet kan bidra til recovery og Ervik et al. (2012) og Vibeto et al. (2019) sine studier er bygget på intervjuer av personale på ulike botilbud for personer med rus- og psykiatriutfordringer. Jeg har analysert og strukturert funnene under overskrifter som beskriver det jeg anser som overordnede funn i artiklene, og artiklenes vinklinger presenteres under delene.

3.1 Ny identitetsforståelse utenfor problemområder

Biong og Soggius (2015) studie viser hvordan den recoveryorienterte arbeidsmetodikken til oppfølgingsteamet bidro til at brukerne fikk en ny identitetsforståelse som subjekter og handlende aktører. Brukerne beskrev samarbeidet med teamet som at de selv var aktive deltakere, at innholdet i samarbeidet var preget av deres egne opplevde behov og at teamet var nysgjerrige på ressursene deres (Biong & Soggiu, 2015, s. 53-57). Forskerne oppsummerer funnene i studien som at de ansatte i teamet utviklet tjenestene slik at brukerne gradvis ble mer selvstendige. En bruker beskrev dette: «Teamet hjalp meg å få arbeid... de gikk sammen med meg til arbeidsgiver eller NAV. Nettverk utenfor teamet har jeg klart litt selv. Jeg har blitt såpass selvstendig, selv om jeg sliter med noen ting, men jeg prøver å være voksen nå» (Biong & Soggiu, 2015, s. 55). Brukerne kunne altså bruke tjenesten på egne premisser og til de områdene de selv anså som relevante for å få det bedre, fremfor å være passive tjenestemottakere av rus og psykiatri-tjenester.

Nordaunets (2019, s. 76) litteraturgjennomgang viser hvordan deltakelse i en meningsfylt aktivitet kan bidra til å erstatte negativ selvoppfatning og til å flytte oppmerksomheten fra en krevende tilværelse til en positiv her-og-nå-opplevelse. Dette kommer fram på ulike måter i studien, og en deltaker i Staal & Jespersen studie (2015, s. 44) forklarte det slik: «Før jeg begynte å trene brydde jeg meg ikke om hvordan jeg følte meg fysisk og mentalt, men

når jeg startet å bli aktiv ble jeg mer klar over og anerkjente at man skal behandle seg selv godt» (Nordaunets oversettelse, 2015, s. 45). Studiene viser at opplevelse av eierskap til tjenestetilbudet, autonomi i samarbeid med fagpersoner og å delta i meningsfylt aktivitet, som er sentrale komponenter innenfor recovery, kan bidra til å skape en ny identitetsforståelse.

3.2 Flexibilitet og tilgjengelighet

Ervik et al. (2012, s. 309) beskriver samarbeidet mellom beboere og ansatte ved et lavterskel hybelhus for bostedsløse menn med uttrykket «å gripe øyeblikket». Selv om studien ikke direkte henviser til recoveryorientering, ser samarbeidet ut til å være preget av recoveryorientert tankegang. Deltakerne forklarte at samarbeidet med beboerne i stor grad baseres på en spontan og uformell tilnærming. En av deltakerne beskrev dette: «Det er ok å komme med en historie selv om jeg holder på med en annen ting og ikke har øyekontakt, som gjør at mange av samtalene kommer av seg selv... Beboerne er vant til at de kan komme etter oss og få den tiden de trenger». Deltakerne fortalte at de gjorde seg tilgjengelige og prøvde spontant og uformelt å tilpasse seg beboernes situasjon og behov (Ervik et al. 2012, s. 307).

Biong & Soggiu (2015, s. 55) studie viser betydningen av å lage mål sammen og at det ikke var rigide rammer for hjelpen brukerne av tjenesten kunne få. En bruker beskrev dette slik: «Vi lager mål sammen, som er viktig for meg.. I begynnelsen var det mer planer, det var jo for å få struktur... Nå er det mer spontant, jeg kan ringe og foreslå ting... det er ok...» (Biong & Soggiu, 2015, s. 55). Deltakerne i studien beskrev innholdet i tjenesten som generelt helhetlig og at det kunne endres i tråd med deres situasjon. Dette ble av en beskrevet som at «Det er liksom ingen rammer på hjelpen du kan få... Jeg er bare glad for at jeg hadde muligheten for å kunne komme og snakke med noen når jeg virkelig trengte det» (Biong & Soggiu, 2015, s. 56). Brukerne av tjenesten opplevde også at de ikke ble avvist. I perioder med mye rus var det klargjort på forhånd hvordan samarbeidet skulle være, og en bruker beskrev det slik: «Når jeg ruser meg... kunne jeg tenkt meg mer kontakt da, selv om det er ok at de setter noen grenser også... De grensene er satt på forhånd, så jeg blir jo ikke avvist.» (Biong & Soggiu, 2015, s. 57). Studiene viser at de ansatte viste stor grad av tilgjengelighet

for brukerne, at det var mye fleksibilitet i utformingen av tjenestene og at det var av betydning at de rammene som fantes var tydelige fra start.

3.3 Relasjon og samarbeid

Vibeto et. al. (2019, s. 91) har i forskningsartikkelen undersøkt hvordan samarbeidet mellom beboere og fagpersoner oppleves, og hvordan samarbeidet kan styrke beboernes rolle og bidra til recovery. De fremhever betydningen av trygghet, både i samarbeidsrelasjonen mellom beboer og ansatt og i omgivelsene (Vibeto et. al, 2019, s. 94-95). De var også opptatt av å møte den enkelte beboer i den konkrete situasjonen han eller hun befant seg i, og å skape rammer slik at beboerne fikk reelle valgmuligheter innenfor disse. Slike relasjoner mente flere av deltakerne bidro til at beboerne følte seg hørt, og at deres rolle i samarbeidet ble muliggjort og styrket (Vibeto et. al., 2019, s. 97).

Nordaunets (2019) litteraturgjennomgang viser hvordan meningsfylt aktivitet også kan bidra til å skape gode relasjoner til andre. Studien viser blant annet hvordan sosiale relasjoner utenfor et ordinært tjenestetilbud kan virke frigjørende og kan styrke opplevelsen av å stå på «egne ben» (Brown & Baker, 2018, s. 1). Meningsfylt aktivitet kan ifølge studien bidra til en felles opplevelse av mening sammen med kolleger eller andre i et fellesskap (Bailey & Madden, 2015, s. 15). Dette viser betydningen av gode relasjoner mellom beboere og ansatte og andre utenfor institusjonen, og at dette kan ha betydning for beboernes myndiggjøring og recoveryprosess. Arenaer hvor meningsfylte aktiviteter utspiller seg kan også bidra til å styrke sosiale bånd, som også bidrar å styrke en recoveryprosess.

3.4 Begrensninger i systemet

Flere av artiklene trekker fram at systemet kan skape hindringer for recoveryprosesser. Ervik et al (2012, s. 308-309) og Biong & Soggiu (2015, s. 56) viser for eksempel at det kan være utfordrende å få tak i samarbeidspartnere og at de ansatte ikke alltid har fullmakt til å utøve alt brukere kunne ønske eller ha behov for. Dette blir beskrevet slik av en bruker av den kommunale ROP-tjenesten: «Hvis jeg har trengt en attest, så har det vært litt problematisk å få det... om det har å gjøre med at de ikke er lege eller psykolog, det har jeg ikke helt skjønt»

(Biong & Soggiu, 2015, s. 56). En deltaker i Ervik et al. (2012, s. 308-309) viser til lignende utfordringer i situasjoner der beboerne har utfordringer med både rus og psykiatri, og derfor ikke kommer gjennom til riktig instans: «... Det har vært situasjoner hvor det i og med at det er rusproblematikk i tillegg til psykisk lidelse, så er det vanskelig å komme gjennom». Dette viser at selv om ansatte ønsker å være fleksible og møte personer med en recoveryorientert tilnærming, lar ikke dette seg alltid gjøre i møte med andre deler av hjelpeapparatet.

4 Teori

Denne delen vil først redegjøre for recoveryorientering og kritikk av recoveryorientering i helse- og omsorgssektoren. Videre presenteres relasjons- og maktteori, som senere vil drøftes i sammenheng med recoveryorientering.

4.1 Recovery

Recoverybevegelsen innenfor psykisk helse og rus startet i USA på 70-80-tallet (Karlsson & Borg, 2018, s. 16). Bevegelsen var et opprør mot utstøting og marginalisering i samfunnet, og undertrykkende og sykeliggjørende praksiser i helse- og sosialtjenestene. Dette synliggjorde at personer med rus- og psykiatriutfordringer ikke hadde de samme rettighetene som andre samfunnsborgere. Recoverybevegelsen kritiserte blant annet praksiser i helse- og sosialtjenestene der personer ikke fikk hjelpen de hadde krav på eller ønsket, og der personer ble utsatt for tvang, overgrep og undertrykkelse (Karlsson & Borg, 2018, s. 16).

Recovery kan oversettes til bedringsprosesser, og fokuset endres fra å «reparere sykdom» til å kunne leve et meningsfylt liv (Karlsson & Borg, 2018, s. 16-17 og 63-76). Orienteringen springer ut fra perspektiver innenfor blant annet humanistisk og holistisk menneskesyn og subjektontologi. Disse vektlegger forhold som autonomi, helhetlig menneskesyn, betydningen av relasjoner og omgivelsene rundt mennesket, opplevelse av mening, erfaringsbasert kunnskap og mestring (Karlsson & Borg, 2017, s. 63-76). Dette er dermed sentrale aspekter innenfor recoveryorientert tilnærming. Tilnærmingen vil for noen kunne bidra til å skape en ny sosial identitet utenfor problemområdene, hvilket kan bidra til å mobilisere personers ressurser og skape mestringssituasjoner og samfunnsdeltakelse (Karlsson & Borg, 2018, s. 17). Recoveryorientert tilnærming har som mål å bidra til å skape muligheter og økt livskvalitet hos personer til tross for problemområder.

Subjektontologi innebærer at all erfaring er noens erfaring av noe om noe (Karlsson & Borg, 2017, s. 75). Innenfor recovery er det sentralt å fremheve personens egne perspektiver og beskrivelser av hverdagsliv og sosial og kulturell kontekst. Det er personen selv som har den mest relevante kunnskapen om hva som skal til for egen recoveryprosess, både når det gjelder mål, drømmer og ønsker for eget liv. Personen skal lede samarbeidet i

recoveryprosessen, og dersom ønskelig invitere inn andre som kan bidra innenfor personens målsetninger (Karlsson & Borg, 2017, s. 75). På denne måten endres rollene til fagpersoner og brukere, og samarbeidet kretses rundt personens prosjekt. Fagpersoner kan bidra med sin ekspertise fra utdanning, klinisk praksis og menneskelige erfaringer, og brukere med sin ekspertise fra levd liv med psykisk helse- og rusproblemer og annen livserfaring (Karlsson & Borg, 2017, s. 78).

Det finnes to hovedstrategier for innføring av recoveryorientering i helse- og omsorgstjenester (Karlsson & Borg, 2017, s. 78). Den første innebærer å innføre en avgrenset recoverytilnærming i sammenheng med andre behandlings- og rehabiliteringsopplegg for å bidra til at personer skal kunne håndtere symptomer bedre. Denne strategien avhenger ikke av noen grunnleggende endring av kunnskapsgrunnlaget, samarbeidsformer og tjenester. Motsatt vil den andre strategien innebære omfattende endringsarbeid der recoveryorientering gjennomfører hele organisasjonen. Sistnevnte anses av mange som avgjørende for faktisk recoveryorientert praksisutvikling (Karlsson & Borg, 2017, s. 78-79), og er strategien denne oppgaven går ut ifra.

Le Boutillier et. al. fant fire områder som må legges til grunn for utviklingen av recovery i organisasjoner (gjengitt i Karlsson & Borg, 2017, s. 80). Den første innebærer å fremme medborgerskap, ved å legge til rette for at personen kan få et meningsfylt liv i lokalmiljøet med vekt på rettigheter, sosial inkludering og lokalmiljøutvikling. Den andre innebærer å støtte personens egne recoverymål, gjennom lydhørhet og lojalitet til personens mål og ønsker, og ved å vektlegge valgmuligheter, likemannsarbeid og helhet. Den tredje innebærer samarbeidsrelasjoner preget av partnerskap og likeverd, og den fjerde handler om organisasjonsmessig lojalitet gjennom en ledelse, kultur og rammebetingelser som muliggjør radikale endringer (Karlsson & Borg, 2017, s. 80). Recoveryorientert praksis bør dermed inneholde alle disse komponentene i så stor grad som mulig.

4.1.1 Kritikk av recovery

Recovery kan ses som en personlig, sosial og klinisk prosess (Karlsson & Borg, 2017, s. 13). De ulike forståelsene kan gi utsag for hvordan recovery ser ut i praksis. Borg og Karlsson (2017, s. 115-116) kritiserer forståelsen av recovery som klinisk prosess, med fokus på

symptomreduksjon og behandlingsresultater, og som individuell prosess der personers recoveryprosess blir overlatt til den enkelte.

Recovery som klinisk prosess innebærer å se recovery som en målbar prosess innenfor klinisk behandling, og forstår bedringsprosessen som at personer skal «bli normale» (Karlsson & Borg, 2017, s. 22 og 115) . Recoveryorienteringen forsøkes på denne måten å tilpasse et system med krav om standardisering, effektivisering og målinger (Karlsson & Borg, 2017, s. 31-34). En slik forståelse kan muligens bidra til at profesjonsutøvere kan foreskrive tiltak tilpasset systemets krav, men som kan gå imot brukeres egne ønsker.

Anthony (1993) beskriver en individorientert forståelse av recovery som «en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål ferdigheter og/ eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å delta, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet sitt, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (oversatt og gjengitt i Karlsson & Borg, 2017, s. 117). Definisjonen forklarer recovery som en prosess som skjer når personer med erfaring med ulike utfordringer lykkes med å modifisere eller endre sine begrensende tanker, følelser og holdninger. Den overser dermed sosiale faktorer og kollektivt ansvar, som også er avgjørende for utvikling og opprettholdelse av psykisk helse (Borg og Karlsson, 2018, s. 118). Ut ifra en slik forståelse blir individet selv ansvarlig for både lidelse og bedring, hvilket kan gjøre det lettere å begrense tilgangen til hjelp og støtte.

4.2 Relasjon

Relasjonens betydning i helsefaglig, sosialt og pedagogisk profesjonelt arbeid er sentralt for å til et godt resultat (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 204). Ordet relasjon kommer fra det latinske ordet «relatio» som betyr «føre tilbake», og er en betegnelse på et forhold mellom to eller flere (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 39). Mennesket forstås i denne sammenhengen relasjonelt, som innebærer at vi lever og blir til i møte med andre mennesker og at det er umulig å forstå mennesket løsrevet fra relasjonene og kommunikasjonen det inngår i (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 23-24). Det følgende vil redegjøre for Batesons kontekstforståelse og begrepet anerkjennelse som er sentrale aspekter innenfor relasjoner i profesjonell praksis.

4.2.1 Kontekstforståelse og anerkjennelse

Bateson forstår ordet kontekst som en psykologisk forståelsesramme eller vår personlige observasjonsramme (gjengitt i Jensen & Ulleberg, 2019, s. 96). Dette innebærer den meningsbærende rammen som vi forstår fenomener innenfor. Mennesker vil alltid forsøke å gi mening til og tolke det vi ser og erfarer, og vi setter ofte slike rammer rundt det vi erfarer både intuitivt og uartikulert. Dette bestemmer hva vi legger merke til, og hva vi ikke gir oppmerksomhet til. Hvordan vi tolker og forstår, henger nært sammen med hvordan vi møter folk, hvordan relasjonene utvikler seg og hvilke tiltak vi foreslår for å løse problemene (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 103-104). Det kan derfor oppstå problemer når deltakerne i en samtale har ulike kontekster som forståelsesramme for samtalen (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 109), for eksempel dersom en profesjonsutøver tolker innholdet i en samtale ulikt enn brukeren.

Anerkjennelse betegner en likeverdig relasjon der man etterstreber å forstå den andres perspektiv, og innebærer elementer som lytting, forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og åpenhet (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 236-237). I en relasjon preget av anerkjennelse bekrefter man den andres oppfatning av virkeligheten som gyldig, og er åpen for det ved den andres forståelse som er særlig avvikende fra ens egen. Berit Bae beskriver dette ved å la den andre få være «ekspert på sin opplevelse» (gjengitt i Jensen & Ulleberg, 2019, s. 236).

4.2.2 Relasjonell recovery

Relasjonell recovery er et motsvar til en individualistisk forståelse av recovery med hovedfokus på indre, subjektive opplevelser av psykisk helse og rus. Karlsson og Borg (2017, s. 115-116) forstår individualisering i denne sammenhengen som «The American Dream», der en person alene og uavhengig av andre kan realisere alle sine selvstendige og personlige mål, drømmer og muligheter. Relasjonell recovery ser relasjoner som vesentlig i recoveryprosesser. Samarbeid mellom brukere og fagpersoner foregår i relasjoner, og det er relasjonene som muliggjør dialog, å dele, respondere og forstå (Karlsson & Borg, 2017, s. 127). Mennesket er født inn i sosiale relasjoner og lever livet innenfor disse, og relasjonell recovery forstår personers recoveryprosess som avhengig av omgivelsene (Karlsson & Borg, 2017, s. 119).

4.3 Makt

Profesjonsutøvere står i et asymmetrisk maktforhold til brukere, noe det er viktig å være bevisst i profesjonell praksis. Denne delen vil redegjøre for deler av Foucaults maktteori og begrepet definisjonsmakt.

4.3.1 Foucaults maktteori

Foucault hevdet at makt viser seg i relasjoner og må studeres på bakgrunn av hvordan den kommer til uttrykk i praksis. Han knyttet makt til diskurser hvor noen fortolkninger, ytringer eller handlinger blir ansett som naturlige og riktige, mens andre blir utenkelige (gjengitt i Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200). Dette tar utgangspunkt i at makt ikke er et konstant begrep, men at det stadig er i endring i takt med samfunnsmessige og historiske endringer (gjengitt i Lundgren et al., 2012, s. 20). Dette viser at ulike diskurser i samfunnet, altså rådende forståelsesrammer, vil kunne påvirke profesjonell praksis og at maktutøvelse skjer i praksis når noe blir mer sant enn noe annet. Et eksempel på dette kan være rusreformen som trådte i kraft i 2004 der personer i aktiv rus fikk pasientrettigheter (Helsedepartementet, 2004, s. 4). Det kan da tenkes at den rådende forståelsen i samfunnet ble endret fra å se personer i aktiv rus i hovedsak som kriminelle til å forstå dem som pasienter med helsehjelpsbehov. Dette vil ha konsekvenser for hvordan de blir møtt av hjelpetjenestene.

Engebretsen og Heggens bok *Makt på nye måter* (2012, s. 13) er basert på Foucaults maktforståelse, og har som hensikt å vise hvordan makt i vår tid fremtrer og forvaltes. Boka bruker begrepet «velferds makt» om maktformer knyttet til velferdsstaten og velferdsprofesjonene, og hevder at makten i moderne velferdssamfunn er indirekte og i liten grad viser seg i form av tvang og sanksjoner. Den moderne makten virker gjennom å stimulere, aktivisere og engasjere den som styres, og Foucault kaller dette styringsmentalitet. Dette er en form for innenfra-styring som internaliseres i individet (gjengitt i Lundgren, 2012, s. 22), slik som rådende diskurser i samfunnet ofte internaliseres i oss. Velferds makten er også pakket inn i et nytt språk der for eksempel klient er omdøpt til bruker, og kontroll omgjort til begreper som tilsyn og dokumentasjon (Engebretsen &

Heggen, 2012, s. 13). Slik indirekte form for makt kan virke tilslørende for både fagpersoner og brukere (Foucault gjengitt i Jensen & Ulleberg, 2019, s. 200).

Foucault skilte mellom tre ulike former for makt der styringsmakt er en av dem, og suverenitetsmakt og disiplineringsmakt er de to andre (gjengitt i Lundgren et al., 2012, s. 20). 1600-1700-tallets Europa bar preg av den suverene makten, der opposisjon var risikofyllt og kunne få konsekvenser i form av tortur og død. Fra 1750-1825 endret makten karakter til det Foucault kaller disiplineringsmakt. Maktens viktigste virkemiddel var da å administrere borgerne til lydighet (gjengitt i Lundgren et al., 2012, s. 21). Dette skjedde i sammenheng med at de moderne vitenskapene om mennesket, som psykologi og medisin, vokste fram. Dette bidro til at dokumentasjon om mennesker ble samlet, nedtegnet og arkivert gjennom journalskriving og administrative instanser. Et resultat av dette var at kontraster mellom det normale og det som avviker ble skapt, som sykdom og kriminalitet (gjengitt i Lundgren et al., 2012, s. 21). Alle de ulike maktformene preger velferdssamfunnet på ulike måter, der for eksempel suverenitetsmakten kan vises i domstolene, disiplineringsmakten i mye av sosial- og helsevesenets praksis og styringsmentaliteten gjennom for eksempel kostholdsveiledere og andre rådende diskurser i samfunnet.

4.3.2 Definisjonsmakt

Definisjonsmakt innebærer makt til å definere og beskrive virkeligheten og å kunne få gjennomslag for sin versjon (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 202). Profesjonsutøvere har i mange sammenhenger mulighet å definere hvilke rammer man forstår problemer innenfor, og over hvilke løsnings- eller endringsforslag som er gyldige eller «riktige». Paternalisme betyr «faderlighet», og innebærer i denne sammenhengen at profesjonelle vet hva som er best for brukeren, og avgjør hvilket tilbud brukeren skal få. Dette kan føre til at profesjonsutøvere foreskriver tiltak uten en reell dialog med brukere. Jensen og Ulleberg (2019, s. 203) fremhever derfor betydningen av å vedkjenne seg og tydeliggjøre maktforholdet i relasjonen til brukere, selv med de begrensningene det kan bringe med seg.

4.4 Det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg

Det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg er eksempler på motstridende perspektiver til recoveryorientering, og kan representere andre tankeganger som også er gjeldende innenfor lavterskel rusomsorg.

Det mekaniske paradigmet fremhever delene fremfor helheten (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 71). Et paradigme er de til enhver tid gjeldende rammene vitenskapen må holdes innenfor for å kalles vitenskap (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 69). Årsak-virkning-tenking er en sentral komponent innenfor dette, og går ut på at dersom man skal løse et problem, må man finne den bakenforliggende årsaken til problemet. Denne tankegangen finnes særlig innenfor medisin, men er også sentral innenfor psykologien når vi for eksempel leter etter forklaringer på menneskelige problemer i pasientens første leveår (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 72-74). Ut ifra en slik tankegang, vil man forstå rusbruk som en konsekvens av tidligere hendelser.

Traumebevisst omsorg brukes i arbeid med personer i aktiv rus, og kan ses i sammenheng med det mekaniske paradigmet. Ruskonsulent Rørendal (2018) argumenterer i Fontene for at det er nødvendig med kunnskap om traumer når man jobber med personer med rusutfordringer. Hun refererer til en australsk studie som viser at personer med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har fem-seks ganger forhøyet risiko for en samtidig ruslidelse, sammenlignet med de uten PTSD (Mills et al., 2006). Rusmiljøer er også ofte belastet, og kan derfor være en arena for nye traumer. Rusen brukes ut ifra denne tankegangen som et middel for å regulere vanskelige følelser som kommer som en konsekvens av traumatiske hendelser. Stabilisering, bearbeiding og integrering er ofte sentrale faktorer innenfor traumebevisst omsorg, og fagpersoner forsøker å hjelpe klientene med å finne andre stabiliserings- og reguleringsteknikker enn rusmidler (Rørendal, 2018). Tilnærmingen tilfører dermed også et viktig perspektiv i arbeid med personer i aktiv rus.

5 Drøfting

Recoveryorientering krever en god relasjon mellom personalet og beboere på rusinstitusjoner. Samtidig står personalet i et asymmetrisk maktforhold til beboerne. Det følgende vil drøfte og styrker og svakheter ved recoveryorientert tilnærming på rusinstitusjoner, og hvordan relasjoner, omgivelser og maktforhold kan påvirke tilnærmingen i praksis.

5.1 Rådende diskursers påvirkningskraft

Det finnes altså ulike forståelser av recovery og av hvordan fagpersoner bør møte personer i aktiv rus. Dette kan knyttes til Foucaults diskursforståelse. Oppgavens recoveryforståelse er som tidligere nevnt preget av en relasjonell diskurs, som forstår mennesker i sammenheng med omgivelsene. Det er innenfor denne forståelsen av stor betydning at beboeres ønsker og mål er i førersetet, og at personalet og andre ressurser i beboerens omgivelser fungerer som en støtte i recoveryprosessen. Blant andre, viste Nordaunet (2019) og Biong & Soggius (2015) studier styrker ved en slik forståelse av recovery. De ansattes relasjonelle recoveryforståelse bidro til at beboerne kjente seg som aktører i samarbeidet, og deltakelse i meningsfylt aktivitet økte brukernes mulighet for sosial støtte og samfunnsdeltakelse. Denne forståelsen drøftes videre i neste del.

I motsetning til dette, er Larsens debattinnlegg i Fontene (2022) preget av en diskurs som forstår recovery individualisert. Hun benytter en individorientert definisjon av recovery som ligner Anthonys (1993) (oversatt og gjengitt i Karlsson & Borg, 2017, s. 117), når hun forklarer begrepet. Larsen (2022) forstår recovery som at individet skal tilpasse seg samfunnet, at samfunnet og hjelpetjenestene ikke ansvarliggjøres og at ressurser i recoveryssammenheng viser til individets iboende ressurser (Larsen, 2022). Dersom denne diskursen var rådende på en rusinstitusjon, kan det tenkes at personalet ville inntatt en distansert rolle til beboerne. Det er sannsynlig at ansvaret for beboernes liv og bedringsprosess dermed ville blitt overlatt beboerne, og at tilgjengelige ressurser i beboernes nettverk og omgivelser ville blitt oversett. Ut ifra en slik diskurs, kan Larsens

kritikk av recovery være berettiget. Samtidig kan deler av den individuelle forståelsen, som å oppdage ressurser i seg selv som gjør det mulig å leve et meningsfylt liv, også ha sine styrker.

En klinisk diskurs av recoverybegrepet vil vektlegge andre forhold. Forståelsen kan ses i sammenheng med det mekaniske paradigmet og traumebevisst omsorg, siden begrepet da knyttes til symptomreduksjon og behandlingsresultater (Karlsson & Borg, 2019, s. 22). En slik recoveryforståelse kan muligens presse personalet til få beboere ut i behandling eller i egen bolig. Dette kan se bedre ut på papiret, men vil kanskje ikke alltid være i tråd med beboernes ønsker, og kan dermed være en svakhet ved forståelsen. På en annen side, har mange beboere på rusinstitusjoner opplevd mye traumatisk det kan være hensiktsmessig å ta hensyn til. Dersom behandlere lykkes med å hjelpe brukere til å håndtere traumereaksjoner, kan kanskje noen få et mer kontrollert rusbruk, hvilket også kan vise styrker ved en slik tilnærming. Dette viser at det kan være nyttig for personalet å ha flere faglige perspektiver i verktøykassa i møte med personer i aktiv rus. Oppgavens recoveryforståelse kan muligens også overse kliniske forhold som kan være sentrale for mange beboere.

Dette viser at rådende recoverydiskurser kan påvirke måten personalet møter beboere på rusinstitusjoner. Foucaults maktforståelse kan på denne måten vises i praksis, ved at én forståelse blir den gjeldende på institusjonen, og derav forplanter seg i personalets praksis i møte med beboerne. Denne flertydigheten av recoverybegrepet kan medføre en svakhet ved tilnærmingen, og vise betydningen av at institusjoner definerer hvilken forståelse de bruker i sin praksis. Ifølge oppgavens og Karlsson og Borgs forståelse, bør denne praksisen være relasjonell dersom den kalles recovery, og oppgaven vil videre ta utgangspunkt i denne forståelsen.

5.2 Relasjoner og omgivelsenes betydning i recovery

Denne delen vil drøfte omgivelsenes betydning for recoveryprosessen, og styrker og utfordringer ved relasjonell recoveryorientert tilnærming på rusinstitusjoner.

Recoveryorientering krever at de ansatte er fleksible og tilgjengelige for beboerne, slik de kan være i førersetet for hvilke mål som settes, og når og hva noe skal gjøres. Studiene til Biong og Soggiu (2015, s. 55-57), Ervik et al. (2012, s. 309) og Vibeto et al. (2019, s. 97) viser

alle hvordan de ansattes recoveryorienterte arbeidsmetodikk la til rette for at brukerne opplevde autonomi og ble sett som eksperter i samarbeidet. Dette kan ses i sammenheng med subjektodontologi fordi det var brukernes erfaringer av samarbeidet som var i fokus, og deres opplevde behov tjenesten forsøkte å imøtekomme. Personalet på rusinstitusjoner kan i stor grad møte beboerne på denne måten, ved å være fleksible, lydhøre og la beboerne lede samarbeidet. Denne måten å møte beboerne på kan sannsynligvis bidra til at de kan oppleve å få mer kontroll over eget liv og et mer meningsfylt samarbeid med institusjonen. Dette kan, som studiene viser, få positive utslag i beboernes selvoppfattelse og forsterke beboernes mulighet til å påvirke samarbeidet med institusjonen. Dette viser styrker ved slik recoveryorientert praksis.

På en annen side, finnes også begrensninger i systemet og ved institusjonens rammer som kan hemme muligheten for fleksibilitet og tilgjengelighet. Den begrensede botiden på institusjonen, krever for eksempel at beboerne må komme seg videre til mer varige botilbud. Dette kan påvirke relasjonen mellom beboer og personalet, siden personalet ikke alltid kan vise like stor fleksibilitet når botid nærmer seg slutten, og tilgjengelighet når botiden er avsluttet. Beboere er også ofte avhengig av bistand fra andre deler av systemet eller annet nettverk som ikke institusjonen rår over. Både studien til Ervik et al. (2012, s. 308-309) og Biong og Soggiu (2015, s. 56) viste at det til tider var utfordrende å få kontakt med instanser og personer utenfor institusjonen. Dette kan gjøre det utfordrende å møte beboernes behov akkurat når det trengs, hvilket kanskje kan hemme recoveryprosesser. Begrenset botid og begrenset tilgjengelighet fra systemet og i omgivelsene kan dermed være utfordrende å kombinere med recoveryorientert tilnærming.

Le Boutilliers et al. (2011) områder innebærer, som vist, blant annet å støtte opp om personens egne recoverymål og samarbeidsrelasjoner preget av partnerskap og likeverd (gjengitt i Karlsson & Borg, 2017, s. 80). For at dette skal være mulig er personalets anerkjennelse av beboeren helt sentralt. Dette innebærer som tidligere nevnt en likeverdig relasjon, der personalet aktivt forsøker å forstå beboerens perspektiv (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 236). Batesons kontekstforståelse kan trekkes inn i denne sammenhengen, fordi anerkjennelse vil kreve at personalet etterstreber å forstå beboeres forståelsesramme i ulike situasjoner, og hvordan de gir situasjonene mening. På denne måten kan personalet

anerkjenne beboernes forståelser av virkeligheten og av problemområdene, hvilket kanskje også kan bidra til at beboeren føler seg hørt i samarbeidet. Dette viste studien til Vibeto et al. (2019, s. 97) at hadde betydning for at beboernes rolle ble muliggjort og styrket i samarbeidet med personalet.

På en annen side, kan en slik holdning være krevende å opprettholde, særlig i situasjoner der beboerens handlinger fra utsiden kan oppleves destruktive. Dersom personalet for eksempel vet at en beboer er i et forhold der hun blir utsatt for vold, kan det trolig være fristende å innta en paternalistisk holdning og forsøke å stoppe beboeren fra å møte kjæresten. I slike sammenhenger er det trolig likevel svært sentralt å møte beboeren med en anerkjennende holdning, siden det kan innebære mye skam å bli værende i voldelige kjærestereelasjoner (Simonsen, 2018). Recoveryorientert praksis, krever at personalet unngår paternalistiske holdninger og lar beboeren ha definisjonsmakt over problemområdet og håndteringen av disse. Til tross for at dette kan oppleves som utfordrende for personalet, kan dette sannsynligvis bidra til å skape tillit til institusjonen og virke skadereduserende ved at beboeren kan oppsøke institusjonen dersom hun har behov for støtte av personalet.

Samlet viser dette betydningen av relasjoner i recoveryprosesser og at mennesket ikke kan ses løsrevet fra omgivelsene, hvilket er i tråd med relasjonell recovery. Delen har også vist utfordringer ved relasjonell recovery i praksis, som begrenset botid på institusjonen og tilgjengelighet fra andre instanser og personer, og utfordringer ved å ikke innta en paternalistisk holdning overfor beboeren.

5.3 Recoveryorientert tilnærming i asymmetriske maktrelasjoner

Personalet på rusinstitusjoner og beboere er i et asymmetrisk maktforhold, selv om recoveryorientert praksis forsøker å jevne ut disse. Det følgende vil drøfte noen utfordringer ved dette, og knytte det til definisjonsmakt og Foucaults maktformer.

Personalet på rusinstitusjoner sitter i stor grad med makten over hvilke tiltak som kan iverksettes, selv om de jobber recoveryorientert. Dette kan knyttes til definisjonsmakt, siden personalet i mange sammenhenger kan få gjennomslag for sine definisjoner av beboernes

problemområder. Dette kan for eksempel gjelde dersom personalet er farget av en klinisk recoverydiskurs og denne definisjonen blir førende for samarbeidet. I noen tilfeller kan dette bidra til at beboerens ønsker og mål kan bli overkjørt, hvilket kan gjøre beboeren mer avmektiggjort. En slik form for maktutøvelse er i strid med oppgavens recoveryforståelse der beboeren skal forstås som ekspert på hva som er til hjelp for en selv. Dette kan, ut ifra oppgavens recoveryforståelse, vise hvordan maktutøvelse kan hemme recoveryorientert samarbeid med beboere.

På rusinstitusjoner kan man se de tre maktformene Foucault viser til i ulike sammenhenger, hvilket kan påvirke personalets mulighet for recoveryorientert tilnærming i møte med beboerne. Det finnes for eksempel institusjonsregler som kan knyttes til suverenitetsmakt. Brudd på disse vil kunne få konsekvenser, som utskrivelse av institusjonen ved truende atferd. Disiplineringsmakt kan vises på institusjoner ved at personalet blant annet skriver rapporter om beboerne som videresendes og lagres hos NAV, og dermed kan påvirke hva slags bistand de kan få rett på. Personalets faglige kunnskap spiller også en rolle for hvordan beboerne blir møtt, hvilket ifølge denne maktforståelsen også kan bidra til å opprettholde asymmetriske maktforhold. Dette viser at personalet i noen sammenhenger må overstyre beboernes ønsker og behov, og at indirekte maktformer alltid vil være til stede på rusinstitusjoner. Maktformene kan være utfordrende å kombinere med recoveryorientert tankegang.

Recovery kan også knyttes til velferdsrett og det Foucault kaller styringsrett. Borg & Karlsson (2011, s. 314) diskuterer recoveryperspektivets innflytelse på helse- og omsorgstjenestene, og om myndigheter og kliniske miljøer faktisk anser recovery som teoretisk interessant eller kun som politisk korrekt. Diskusjonen kan vise at recoverybegrepet i noen tilfeller kan tilsløre maktbruk. Dette kan for eksempel være tilfelle dersom institusjoner uttalt sier at de jobber recoveryorientert, mens det samtidig legges sterke politiske føringer om standardiserte metoder og krav om effektiv kartlegging og rask videreføring av beboere. Recovery vil da brukes som et moderne og politisk korrekt begrep, uten at det får noen reell virkning i møte med beboere i praksis. Dette kan trolig bidra til å tilsløre maktutøvelse.

Samtidig, kan personalet vedkjenne seg og tydeliggjøre maktforholdet i samarbeidet med beboerne. Respondenten i Biong og Soggius studie (2015, s. 57) viste at tydeliggjorte rammer for samarbeidet var viktig for å ikke føle seg avvist. Dette kan også bidra til at personalet selv blir bevisst maktposisjonen de står i, og kan gjøres i praksis ved at beboeren skriver under på husordensregler eller ved å få tilbud om å lese dokumenter som blir skrevet om seg på institusjonen. Det er sannsynlig at dette kan gjøre maktforholdet noe mindre hemmende, og kanskje også konstruktivt ved at beboeren selv kan ta stilling til maktforholdet i samarbeidet.

Det ovennevnte har vist at asymmetriske maktforhold mellom beboere og personalet alltid vil være til stede på rusinstitusjoner. I noen tilfeller kan dette være utfordrende å forene med recoveryorientert praksis, hvilket viser betydningen av å gjøre maktforholdet uttalt.

5.4 Politikken og ledelsens styrende hånd

Direktiver fra øvrige hold kan påvirke personalets praksis i møte med beboere. Le Boutilliers et al siste område, handler om organisasjonsmessig lojalitet gjennom en ledelse, kultur og rammebetingelser som muliggjør recoveryorientert praksis (gjengitt i Borg & Karlsson, 2017, s. 80). En slik lojalitet er trolig avgjørende for personalets muligheter for recoveryorientert tilnærming i møte med beboere. En samstemt ledelse og personalgruppe, kan sannsynligvis også bidra til å fremme beboeres recoveryprosess, fordi samstemthet kan skape kontinuitet og forutsigbarhet i et samarbeid der beboeren leder an.

På en annen side, viser Borg & Karlssons diskusjon (2011), at slik organisasjonsmessig lojalitet kan være utfordrende. Diskusjonen viser hvordan markedsliberalistiske prinsipper og det dominerende evidensbaserte kunnskapssynet, kan fungere som hinder for reell brukermedvirkning, brukeres autonomi og tiltak og tilbud i helse- og omsorgstjenestene basert på brukeres erfaringer (Borg & Karlsson, 2011, s. 315-317). Lavterskel rusinstitusjoner ligger i Oslo kommune under velferdsetaten (Oslo kommune, u. å. b), som vil si at institusjonene drives ut ifra politiske føringer og må forholde seg til en presset kommuneøkonomi. Institusjonsledelsen kan derfor få direktiver fra etatsledelsen og videre oppover i systemet om å redusere kostnader og øke effektivisering og målinger. Dette er

faktorer som i liten grad lar seg forene mer recoverytankegang der tid, reell brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester står sterkt. På en annen side, er stortingsmeldingen om Fremtidens primærhelsetjeneste » (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 1) en føring som i større grad kan forenes med oppgavens recoverytankegang, siden den oppgir å tilrettelegge for innspill og dialog med brukere av helse- og omsorgstjenester.

Det ovennevnte viser at institusjonsledelsen ikke står helt fritt til å drive den praksisen de selv ønsker, men må forholde seg til føringer ovenfra. Slike føringer vil kunne prege hvordan personalet på institusjoner møter beboere ved at krav fra ledelsen, etter politiske føringer, trolig kan overstyre personalets ønske om en relasjonell recoveryorientert tilnærming på institusjonen. Samtidig kan sannsynligvis en ledelse med tro på recoveryorientering kunne bidra til å innlemme en recoveryorientert praksis innenfor de rammene institusjonen til enhver tid må forholde seg til.

6 Konklusjon

Denne litteraturoppgaven har forsøkt å vise styrker og svakheter ved recoveryorientert tilnærming i lavterskel rusomsorg på rusinstitusjon, sett i lys av makt og relasjon. En styrke ved tilnærmingen er at den kan bidra til at beboere får en ny selvoppfattelse, som sosiale og handlende aktører, med mer kontroll og myndighet over eget liv. Dette fordrer en fleksibel og tilgjengelig personalgruppe som lar beboeren lede samarbeidet og utvikler tjenester etter beboerens behov. Personalet må innta en anerkjennende holdning som søker å forstå brukers kontekstforståelse, og la beboerne ha definisjonsmakten over problemområdene. Recoveryorientering forstås på denne måten relasjonelt, som innebærer at nettverk, omgivelser og politiske rammer kan spille en viktig rolle i beboeres recoveryprosess.

Opgaven har også funnet noen svakheter ved tilnærmingen og forhold som kan være utfordrende å forene med recoveryorientert tilnærming i praksis. En svakhet kan være at ulike forståelser av recoverybegrepet kan gjøre at recoveryorientering kan se ulik ut i praksis. Opgaven kritiserer en individorientert og klinisk diskurs, samtidig som at den relasjonelle forståelsen også kan overse kliniske forhold som kan være sentrale for mange.

Begrensninger i systemet, politiske føringer og institusjonens fastsatte rammer, kan også skape utfordringer for reell brukermedvirkning. Foucault forstår dette som maktutøvelse i praksis, og viser at makt, både direkte og indirekte, til enhver tid finnes på institusjonen. Disse forholdene kan skape utfordringer for reell recoveryorientert tilnærming i praksis, og vise betydningen av å ha et bevisst forhold til makt som profesjonsutøver.

Kunnskapen denne oppgaven har skapt kan være relevant for ulike grupper. For profesjonsutøvere som jobber med personer i aktiv rus er recoveryperspektivet sentralt, siden målet for mange i denne brukergruppen ikke nødvendigvis er å leve rusfrie liv uten problemer, men å kunne ha et meningsfylt liv med de utfordringene man har. Perspektivet kan også være nyttig for andre samfunnsborgere, fordi en vanlig oppfatning er at personer i aktiv rus bør bli rusfrie, til tross for at personen selv ikke nødvendigvis ønsker dette. Perspektivet kan også være sentralt for politikere og de som utvikler rammer for helse- og sosialtjenester, fordi det kan være fornuftig å inkludere brukers erfaringskunnskap i denne prosessen.

Oppgaven har noen begrensinger jeg avslutningsvis vil trekke fram. Tidsrommet og oppgavens lengde er relativt begrenset, og hadde jeg hatt lengre tid og mulighet for å inkludere flere perspektiver ville oppgaven sett annerledes ut. Borg, Karlssons og Biongs syn på recovery har også farget min oppfatning av recovery, og har derfor preget denne oppgaven i stor grad selv om jeg aktivt har forsøkt å inkludere ander oppfatninger. Min utvelgelse av litteratur har også ført oppgaven i en bestemt retning, hvilket kan vise forskeres makt i studier som dette. Oppgaven er i hovedsak rettet mot profesjonsutøvere, og videre forskning av brukeres oppfatning av recoveryorientert tilnærming ville vært interessant.

Litteraturliste

- Bailey, C., & Madden, A. (2015). Time reclaimed: Temporality and the experience of meaningful work. *Work, Employment and Society*, 31(1), 3–18.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.02.010>.
- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det»—Om recovery-tilnærmingen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51–60. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery—Og hva så?: Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 314–323.
- Brown, B., & Baker, S. (2018). The social capitals of recovery in mental health. *Health*.
<https://doi.org/10.1177/1363459318800160>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal norsk forlag.
- Ellingsen, I. T., & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 47–64). Universitetsforlaget.
- Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Makt på nye måter. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 13–18). Universitetsforlaget.
- Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S. (2012). Å gripe øyeblikket. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-03>
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen—Pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (1-8/2004)*. [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal norsk forlag.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal norsk forlag AS.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2018). Introduksjon. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid: Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 11–28). Vigmostad & Bjørke AS.
- Larsen, G. W. (2022). *Recovery—Bare for de friskeste syke?* Fontene. <https://fontene.no/debatt/recovery--bare-for-de-friskeste-syke-6.47.869630.f12f038672>
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm AS.
- Lundgren, V. G., Juritzen, T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 19–23). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 26 (2014-2015). (u.å.). *Fremtidens primærhelsetjeneste—Nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and Substance Use Disorders: Findings From the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 652–658.
- Moe, A., & Kiik, R. (2011). Integrasjon mellom teori og praksis. I G. A. Askeland (Red.), *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid* (s. 114–126). Universitetsforlaget.
- Nordaunet, O. M. (2019). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *16*(2), 70–79. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-02>
- Oslo kommune. (u.å.). *Plass på rusinstitusjon*. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjon/plass-pa-rusinstitusjon/>
- Oslo kommune. (u. å.). *Velferdsetaten*. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/etater-foretak-og-ombud/velferdsetaten/#gref>
- Rørendal, M. (2018). *Rus, traumer og behandling—Kan dette løses?* Fontene. <https://fontene.no/fagartikler/rus-traumer-og-behandling--kan-dette-loses-6.47.553296.18904c3773>
- Simonsen, H. N. (2018). *Å være offer for vold i nære relasjoner*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/aa-vaere-offer-for-vold-i-naere-relasjoner>
- Staal, A., & Jespersen, E. (2015). The Lived Experiences of Participating in Physical Activity among Young People with Mental Health Problems. A Recovery-Oriented Perspective. *Physical Culture and Sport Studies and Research*, *65*(1), 51–60. <https://doi.org/10.1515/pcssr-2015-0010>
- Svartdal, F. (2021). *Fagfellevurdering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/fagfellevurdering>

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal norsk forlag AS.

Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. N., & Karlsson, B. E. (2019). Relasjonell recovery—Utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90–100. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04>

Åm, H., & Magin, M. (2021). Bruk av andres forskning. I I. Stuvøy, G. Tøndel, & A. Tjora (Red.), *En smak av forskning: Bacheloroppgaven som prosjekt, prosess og produkt* (s. 145–154). Cappelen Damm AS.

Vedlegg 1: Liste over selvvalgt pensum

- Biong, S., & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det»—Om recovery-tilnærmingen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51–60. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06> (9 sider)
- Borge, & Almvik, A. (2014). *Å sette farger på livet: helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforl. (Introduksjon, Kapittel 1, 2, 4 og 8; 91 sider)
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery—Og hva så?: Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 314–323. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-04-04> (9 sider)
- Heggen, & Engebretsen, E. (red.) (2012). *Makt på nye måter*. Universitetsforl. (158 sider)
- Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S. (2012). Å gripe øyeblikket. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-03> (9 sider)
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen—Pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (I-8/2004)*. [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf> (Kapittel 1; 4 sider)
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal norsk forlag AS. (178 sider)
- Karlsson, B., & Borg, M. (2018). Introduksjon. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid: Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 11–28). Vigmostad & Bjørke AS. (Kapittel 1; 17 sider)
- Larsen, G. W. (2022). *Recovery—Bare for de friskeste syke?* Fontene. <https://fontene.no/debatt/recovery--bare-for-de-friskeste-syke-6.47.869630.f12f038672> (6 sider)
- Meld. St. 26 (2014-2015). (u.å.). *Fremtidens primærhelsetjeneste—Nærhet og helhet*. Helse-

- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (Del 1; 19 sider)
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and Substance Use Disorders: Findings From the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652–658. (6 sider)
- Nordaunet, O. M. (2019). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 70–79. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-02> (9 sider)
- Rørendal, M. (2018). *Rus, traumer og behandling—Kan dette løses?* Fontene. <https://fontene.no/fagartikler/rus-traumer-og-behandling--kan-dette-loses-6.47.553296.18904c3773> (14 sider)
- Simonsen, H. N. (2018). *Å være offer for vold i nære relasjoner*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/aa-vaere-offer-for-vold-i-naere-relasjoner> (9 sider)
- Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. N., & Karlsson, B. E. (2019). Relasjonell recovery—Utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90–100. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04> (10 sider)

Totalt antall sider: 548 sider.