



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1055

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Recovery er hva vi vil, men strekker rammene til?

Antall ord *: 8461

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

Recovery er hva vi vil, men strekker rammene til?

Kull: 2015

Antall ord: 8461

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

SYKHB3001
Kandidatnr: 1055
26.04.2018

Sammendrag

Tittel: Recovery er hva vi vil, men strekker rammene til?

Bakgrunn: Verden helseorganisasjon spår at innen 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land. Helsedirektoratet møter disse utfordringene ved at de i 2014 kom med anbefalinger om bruk av Recovery som visjon for psykisk helsevern. Recovery er et faglig perspektiv som fokuserer på å gi mennesker livskvalitet tross for sykdom.

Problemstilling: *Kan man arbeide recovery-orientert innenfor psykisk helsevern, og hvordan påvirker de institusjonelle rammene forutsetningene for å gjennomføre det i praksis?*

Hensikt: Med en fremtid hvor det spås økende belastning på psykisk helsevern, er det behov for utvikling og innovasjon. Recovery-visjonen representerer et slik skifte. Hensikten med denne oppgaven blir derfor å se på om det er mulig, og i tilfelle hvordan, man kan implementere Recovery i de allerede eksisterende rammene av institusjon for psykisk helsevern.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor både forskning og annen faglitteratur er anvendt for å prøve å besvare problemstillingen.

Funn: Det fremkommer av forskningen at dagens institusjoner for psykisk helsevern har flere hinder som gjør Recovery-orientert arbeid utfordrende. Det kreves et paradigme skifte fra et biomedisinsk ståsted til en brukerrettet tjeneste. For å oppnå dette må det skje et kulturskifte hvor institusjonen forplikter seg til Recovery-visjonen, har et holistisk menneskesyn og validerer erfaringsbasert kunnskap. Sykepleieren bidrar til en Recovery-orientert tjeneste ved å inngå i likeverdige, terapeutiske relasjoner med pasientene.

Nøkkelord: Recovery, Brukermedvirkning, Institusjonelle rammer, Miljøterapi, Relasjon

Abstract

Title: Recovery is what we want, but does the institutional framework allow it?

Background: The world health organization estimates that by 2020 mental disorders will be the main cause of disease in western countries. The norwegian health directorate faces these challenges by publishing recommendation on the use of Recovery as a vision for mental health care. Recovery is a professional perspective that focuses on giving people quality of life despite illness.

Research question: *Can you work recovery-oriented within mental health care , and how do the institutional frameworks affect the prerequisites for implementing it in practice?*

Aim: With a future where there is a growing strain on mental health services, there is a need for development and innovation. The recovery vision represents such a change. Therefore, the purpose of this assignment, is to see if it is possible and how one can implement Recovery in the already existing framework of the mental health care institution.

Method: The Bachelor thesis is a literature study where research and professional literature has been utilized to answer the research question.

Findings: In light of the research it comes across that today's institutional frameworks for mental health care represent several challenges, which makes Recovery-oriented work difficult. A paradigm shift, from a biomedical point of view to a user-oriented perspective in the services, is necessary. To achieve this, there must be a cultural change where the institution commits itself to the Recovery vision, has a holistic view of humanity and validates experience-based knowledge. The nurse contributes to a recovery-oriented service by entering into equal therapeutic relationships with the patients.

Keywords: Recovery, User participation, Institutional framework, Milieu therapy, Relationship

Innholdsfortegnelse

1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
2.0 Teoretisk perspektiv	3
2.1 Recovery	3
2.2 Relasjonens sentrale rolle	4
2.3 De institusjonelle rammene	5
2.4 Miljøterapi	6
3.0 Metode	7
3.1 Litteraturstudie som metode	8
3.2 Kilde og kildekritikk	8
3.3 Etske overveielser og personvern	9
3.4 Søkestrategi	10
4.0. Resultat	12
4.1 Artikkel 1	12
4.2 Artikkel 2	13
4.3 Artikkel 3	14
4.4 Artikkel 4	15
4.5 Artikkel 5	16
4.6 Hovedfunn	17
5.0 Drøfting	18
5.1 Fra symptomer til ressurser	18
5.2 En ny profesjonalitet	21
5.3 Erfaringsbasert kunnskap	23
6.0 Konklusjon.....	25
6.0 Litteraturliste	26

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

De siste årene har det blitt et større samfunnsfokus på viktigheten rundt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Året 2013 ble historisk da FN inkluderte mental helse og rusmisbruk som en del av deres bærekraftige utviklingsmål (WHO, 2013). Samfunnet utvikler seg i retning av å likestille psykiske lidelser med fysiske plager. Tall fra statistisk sentralbyrå anslår at omtrent 30% av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (SSB, 2001). Videre har verdens helseorganisasjon spådd at innen 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land (Helsedirektoratet, 2014, s.3). Slike tall tydeliggjør behovet for en helsetjeneste som tilbyr gode behandlingsopplegg for personer som er rammet av en psykisk lidelse og et økt fokus på viktigheten av en god mental helse. Helsedirektoratet publiserte i 2014 en veileder som skulle fungere som verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten i møte med psykisk helsearbeid og rusarbeid. I denne veilederen var fokuset å sikre enkeltmennesket en bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen på samfunnet. Et av verktøyene som ble presentert var bruk av Recovery (Helsedirektoratet, 2014, s.38).

Recovery er et faglig perspektiv som fokuserer på å gi mennesker livskvalitet tross for sykdom (Helsedirektoratet, 2014, s.31). Recovery kan defineres på ulike måter, men i denne oppgaven vil begrepet forstås i lys av *personlig recovery*. Personlig recovery omhandler en personlig og unik prosess med endringer av verdier, holdninger, følelser, mål og ferdigheter. Videre er målet med recovery at hver enkelt skal finne mening og livskvalitet tross de utfordringene sykdommen fremkaller hos hver enkelt (NAPHA, 2018). Som det fremkommer i definisjonen innebærer recovery både brukermedvirkning og selvbestemmelse. Bruk av recovery innenfor psykisk helse vil derfor innebære et likeverdig pasient og hjelper forhold, hvor relasjonen vil bestå av en faglig ekspert og en erfaringsekspert (NAPHA, 2018). På denne måten verdsettes pasientens egne erfaringer og man flytter fokuset bort fra den medisinske symptom-tenkningen.

Videre vedtok Helse Vest i 2016 at regionen skal være med på å fremme en recovery-orientert tjeneste innenfor psykiskhelsevern. Det innebærer blant annet fokus på brukermedvirkning, brukerstyrtesenger og ansettelse av erfaringskonsulenter (Helse Vest, 2016). Recovery tenkningen har blitt hyllet for sin personsentrerte måte å arbeide på innenfor psykiskhelse. Praksiserfaringer har derimot presentert utfordringer rundt Recovery-tenkningen i dagens institusjonelle rammer. Mitt møte med en Recovery-orientert praksis gav meg et inntrykk av at helsearbeiderne var klar over hva Recovery innebar, og var i helhet opptatt av å fremme individualisert pleie og brukermedvirkning for mennesker med psykiske helseplager. Utfordringen oppstod derimot når pasientene uttrykket ønsker som ikke forente seg med den strukturen og de rammene intuisjonen hadde. Personlig opplevde jeg at Recovery/brukermedvirkning var til stede som begrep, men i praksis ble det utfordrende å gjennomføre.

1.2 Hensikt

Med en fremtid hvor det spås en økende andel av befolkningen som vil oppleve å bli rammet av en psykisk lidelse, har vi behov for utvikling innenfor psykisk helsevern. I følge Mike Slade (2017) bør det å arbeide recovery orientert være i alles interesse. Hensikten med denne oppgaven blir derfor å se på om det er mulig, og i tilfelle hvordan, man kan implementere Recovery i rammene av institusjon for psykisk helsevern.

1.3 Problemstilling

Kan man arbeide recovery-orientert innenfor psykisk helsevern, og hvordan påvirker de institusjonelle rammene forutsetningene for å gjennomføre det i praksis?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven vil det fokuseres på Recovery-orientert arbeid være innenfor spesialisthelsetjenesten. Fokuset vil derfor være å forsøke å finne kunnskap om hvordan en Recovery-orientert tjeneste kan utarte seg innenfor rammene av en institusjon.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Recovery

Psykiske helsetjenester har i lang tid vært preget av det medisinske perspektivet. Dette innebærer blant annet at man ser pasienten utenifra ved å kartlegger symptomer og plassere pasienter inn under ulike diagnoser (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2015, s.80). Dette kan være nødvendig for å bringe systematisk kunnskap, men faren er at man ser diagnosen og individet bak. Det er utfordrende, og gjerne motstridende, å velge en sykepleieteori som bakteppe for denne oppgaven da Recovery-orientert praksis i stor grad handler om en omdefinering av rollen som sykepleier. Det er tjenesten som skal tilpasses brukeren, ikke omvendt. Jeg velger derfor å bruke personlig-recovery som teoretisk grunnlag.

Personlig recovery bygger på fire hovedelementer: håp, identitet, mening og personlig ansvar (Slade, 2017). Ut fra disse elementene har Slade (2017) utviklet fire recovery-prosesser som er vanlige når en person gjennomgår recovery:

1. Utvikling av en positiv identitet

Dette innebærer at personen må se ut over de psykiske lidelsene og danne en positiv identitet om seg selv som menneske. Identitet er en høyst personlig prosess og de elementene som er viktig for en persons identitet vil være individuelle. Det betyr at personen selv må avgjøre hva som er viktig, dette kan ikke helsepersonell gjøre for vedkommende.

2. Innramming av de psykiske helseutfordringene

Personen må danne en forståelse sine psykiske helseutfordringer. Det betyr at man må finne mening i de erfaringene man har, slik at de kan settes inn i en forståelsesramme som er en del av en selv, men ikke hele personen. Man trenger ikke benytte en diagnose, eller faglig modell, for å uttrykke denne meningen.

3. Personlig ansvar

Når man har rammet inn de psykiske helseutfordringene blir de en del av livets utfordringer. Dette betyr at man nå kan ta personlig ansvar for eget liv, ved at du har et ansvar for eget velvære. Man står ikke alene, men kan vise ansvar ved å oppsøke hjelp og støtte fra andre når man trenger det.

4. Utvikle verdsatte sosiale roller

Den siste recovery prosessen er å utvikle verdsatte sosiale roller som gjerne ikke har noe med den psykiske lidelsen å gjøre. Dette vil bidra til den positive identitetsutviklingen og gi næring til mennesket som er i utvikling. Relasjoner er viktig for bedringsprosessen.

Om en institusjon arbeider recovery-orientert skal helsepersonellet arbeide i tråd med disse prosessene og støtte hver enkelt i de fire recovery-oppgavene (Slade, 2017). De største forskjellene fra den tradisjonelle institusjonen og recovery-orienterte tjenestene er: flytter fokus fra diagnose, symptom, og systematiske kunnskapsstudier, til fokus på person, ressursorientering og en praksis med vektlegging av erfaringskunnskap. Pasient og pleier blir likestilte, to eksperter på hver sitt felt, en erfaringseksperter og en fagligeksperter (Slade, 2017, s.16).

2.2 Relasjonens sentrale rolle

I recovery-orientert arbeid står relasjonen mellom pasient og pleier sentralt. Hvordan pasientene opplever å bli møtt av helsepersonell, kan være avgjørende for om deres recovery-prosess bedres eller begrenses av samhandlingen (Eriksen, Davidson, Sundfør & Karlsson, 2014). Gjennom sykepleieutdanningen lærer vi at vi skal ha en profesjonell relasjon til pasientene vi møter. En profesjonell relasjon er derimot ikke synonymt med avstand. En hver relasjon krever følelsesmessig involvering, ved at vi påvirkes av pasientens velvære. Sykepleieren skal være personlig ovenfor mennesker en ikke kjenner (Kristoffersen, 2015, s.85).

Det som skiller relasjonen mellom helsearbeider og pasient i tråd med recovery-tenkningen med andre profesjonelle relasjonelle forhold, er at man skal møtes som likemenn. Det er pasienten som skal sitte i førersetet av sitt eget liv og de ansatte skal kun være en støtte på denne bilturen. Dette betyr at så sant pasientens handlinger er i tråd med lovverk og etikk, skal det være pasienten som tar avgjørelser rundt sin egen helse. Videre er sentrale nøkkelbegreper for recovery identitet, mening i livet, håp, empowerment og følelse av å være i kontakt (Eriksen, Davidson, Sundfør & Karlsson, 2014). Disse begrepene utvikles i samhandling med andre. Gjennom relasjonen til pasient kan man enten fremme eller hemme deres identitet, deres håp om fremtiden og deres følelse av å være i kontroll over eget liv. Dermed har helsearbeideren en reell påvirkning på deres personlige recovery-prosess.

I følge Slade (2017) skal recovery-arbeideren arbeide side om side med pasient, i et likeverdig partnerskap. Relasjonen skal bygge på gjensidighet og den ansatte sine oppgaver skal være å gi personen valgmuligheter og ikke løse hans problemer. Man skal gå inn i relasjonen med åpenhet om at man vil bli utfordret, påvirket og forandret av personen som mottar helsehjelpen. Videre bør det poengteres at om man skal arbeide Recovery-orientert bør menneskesynet være holistisk. Et holistisk menneskesyn innebærer at psykiske utfordringer er noe som kan ramme oss alle, det er menneskelige erfaringer. Det innebærer at mennesket er grunnleggende sosialt og man vil derfor søke å gå inn i meningsfulle relasjoner med andre. Samarbeidet om å overkomme psykiske helseutfordringer vil basere seg på å den andres opplevelse av vansker og dens kunnskaper om hva som kan være bedring og mestring. Man ser på mennesket som en helhet med både fysiske, sosiale og åndelige dimensjoner. I praksis vil dette innebære at det er pasientens opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig som er det sentrale (Borg & Karlsson, 2017, s.71).

2.3 De institusjonelle rammene

Da fokuset for oppgaven er å avdekke muligheten for Recovery-orientert arbeid innenfor rammene av sykehus og distrikt psykiatriske sentre (DPS), bør de institusjonelle rammene kartlegges. Psykiatriske sykehus som institusjon har siden 2001 vært statlige foretak (Kristoffersen, 2015, s. 297). Dette innebærer at det er staten som har det økonomiske og organisatoriske ansvaret for driften av både psykiatriske sykehus og DPS. De psykiatriske sykehusene har pasienter som innlegges akutt eller til korttidsopphold. De distrikt psykiatriske sentrene har pasienter som krever mer langvarig behandling. I begge institusjonene finner man pasienter som både er innlagt frivillig og uten eget samtykke. I følge psykisk helsevernloven (1999) er det lege med spesialistutdanning eller klinisk psykolog med relevant videreutdanning som skal fatte vedtak og beslutte videre tiltak for den enkelte pasient i møte med psykiskhelsevern. Dette betyr at det er legen, og ikke pasienten selv som avgjør retten til helsehjelp.

Psykiatriske sykehus som institusjon endret seg drastisk etter at psykofarmaka ble introdusert i 1950-årene (Kristoffersen, 2015, s.297). Rollen til sykepleierne gikk fra å være en vokter som skulle skjerme pasientene, til å bli mer sentrale og relasjonelle. Som yrkesutøver skulle man nå sørge for aktiv behandling, ved siden av medisin, i tråd med miljøterapi. Siden den

gang har psykisk helsevern gjennom de siste 30 årene stadig utviklet seg mot et mer brukerrettet perspektiv. I 1998 ble psykisk helsearbeid videreutviklet mot brukermedvirkning og en sentral pasientrolle, gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (NAPHA, 2018). Videre har samhandlingsreformen som inntrådte i 2011 forårsaket endringer i de institusjonelle rammene. Samhandlingsreformen fremhever betydningen av brukermedvirkning og mestring av egen sykdom, i tråd med recovery-tenkningen (Kristoffersen, 2015, s. 302).

Likevel representerer lovgivningen et strømlinjede og standardisert behandlingsopplegg. Samhandlingsreformen har et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, og med forankring i evidensbasert kunnskap som er koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater (Kristoffersen, 2015, s.299). Det store fokuset på evidensbasert kunnskap som grunnmur i møte med pasientene, kan føre til en nedgradering av erfaringskunnskap som både ansatte og pasienter er innehavere av (Borg & Karlsson, 2011). Videre viser omorganiseringen til at staten krever økonomiske innsparinger og at det legges til rette for en effektivitetskultur i pasientforløpet. Det strømlinjede pasientforløpet tyder på at diagnosesystemet og det medisinske perspektivet på psykiskhelse fortsatt står sentralt i psykiatrien, selv om helsepolitiske føringer tilsier noe annet.

2.4 Miljøterapi

Miljøterapi brukes som benevnelse for den behandlingen som gis ved psykiatriske institusjoner. Da miljøterapi er en så utbredt behandlingsform innenfor det psykiske helsevernet i Norge vil behandlingsformen være med på å gi visse institusjonelle føringer. Jeg velger derfor å se recovery i lys av miljøterapi for å se om dagens miljøterapeutiske virksomhet påvirker forutsetningene for å gjennomføre en recovery-orientert praksis.

Behandling med fokus på miljøet kom som en reaksjon mot den moralske behandlingen innen psykiskhelsevern. Den moralske behandlingen utartet seg ved at overlegen hadde all makt og pasientene skulle skjermes fra miljøet (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s.198). Maxwell Jones blir ansett som en av pionerne som satte miljøterapi på kartet. Han anså relasjonen mellom behandler og pasient, og miljøet rundt behandlingen som en viktig del av bedringsprosessen (Ingeberg, et.al, 2006, s.199). Da miljøterapi er et komplekst begrep som kan innebefatte ulike komponenter anser jeg det som nødvendig å presisere hvordan

miljøterapi vil bli ansett videre i oppgaven. På bakgrunn av at mine praksiserfaringer er underlagt Rogaland velger jeg å bruke Gundersens forståelse av miljøterapi da denne definisjonen ligger til grunn for miljøbehandlingen ved de fleste psykiatriske institusjoner i dette fylket (Ingeberg, et.al, 2006, s.201-203).

Gundersen presiserer miljøterapi ved å trekke frem fem hovedelementer for klinisk tilrettelegging av et terapeutisk miljø. Det første elementet er 'containment' og dette innebærer at man som helsepersonell skal ivareta pasientenes fysiske velvære og beskytte dem fra skadelig atferd. Videre er 'støtte' et vesentlig element i betydning av at målet er at pasienten skal føle bedring og hjelp til å få økt selvfølelse. Det tredje elementet er 'struktur' som innebærer forutsigbarhet hva det gjelder tid, sted og person. Validering er det fjerde elementet i et terapeutisk miljø og det vektlegger det å bekrefte pasientens individualiserte identitet. Siste element er 'involvement' og Gundersen mener at pasientene skal bidra aktivt og målet er at pasientene føler seg kompetent og respektert (Ingeberg, et.al, 2006, s.201-203).

3.0 Metode

Sykepleieforskning er praktisk anrettet og har som hensikt å besvare eller løse problemer som er knyttet opp mot sykepleieutøvelsen. Forskningen kan enten ha som mål å utvide kunnskapen til helsepersonell innenfor et bestemt emne, eller finne løsninger på eksisterende utfordringer (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne, 2015, s.17). For å utføre forskning må man ta i bruk en *metode*. Metode omhandler prosessen som utføres når vi skal finne ny, eller etterprøve eksisterende kunnskap. Begrepet har mange definisjoner, men den mest anvendte er:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2014, s. 111).

Man skiller mellom kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, og man velger metode etter hvilket problem man ønsker å se nærmere på. Da jeg ønsker å se nærmere på om man kan arbeide recovery-orientert, og har valgt å bruke definisjonen 'personlig recovery', vil jeg i hovedsak se på kvalitative forskningsartikler. Årsaken til dette er at kvalitativ forskning går i dybden og belyser det som er særegent for hver enkelt. Jeg ønsker å avdekke om pasienter og pleieres egen erfaring med recovery og da vil kvalitativ forskning være det mest

hensiktsmessige (Dalland, 2014, s. 113). Utfordringen med kvalitativ forskning er derimot at det er et mindre utvalg personer med i undersøkelsen og det blir dermed problematisk å generalisere resultatene. Likevel kan man finne ut det som er spesielt, en tendens (Dalland, 2014, s.113).

Videre inneholder oppgaven flere vitenskapelige artikler som går under kategorien *systematisk oversikt*. Systematiske oversiktsartikler oppsummerer og sammenstiller resultater av relevante studier og har strenge krav til kvalitet og utvalg. Noen av disse kravene er at artiklene skal ha et klart formål, omfattende og dokumentert søkestrategi, klare kriterier for hvilke artikler som inkluderes, kvalitetsvurdering av utvalgte studier og det skal brukes anerkjente metoder for å sammenstille resultatene (Dalland, 2014, s. 79). Årsaken til at denne oppgaven inneholder flere slike systematiske oversiktsartikler er at temaet for oppgaven er lite forsket på og det har derfor vært utfordrende å finne nok materiell til oppgaven. Ved å inkludere slike systematiske oversikter får man en sammenstilling av aktuell kunnskap på området og får et mer helhetlig bilde, enn om man baserer seg kun på enkeltstudier.

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven skal jeg ikke forske selv, men finne svar på problemstillingen gjennom allerede utført og publisert forskning. Denne måten å arbeide på omtales som *litteraturstudie*. Litteraturstudie har visse formelle krav som innebærer at studiene som brukes skal velges systematisk og utvalgsprosessen skal defineres. Videre stilles det krav til en tydelig problemstilling, definering av søkestrategi og begrunnelse for valg av studie. Til slutt skal det gjøres en analyse av studiene før man vurderer kvaliteten av utvalget ved hjelp av sjekklister (Christoffersen, et.al, 2015, s.62-63).

3.2 Kilde og kildekritikk

Alt materiell som bidrar til en oppgave omtales som *kilder*. Kilder må gjennomgå en prosess for å se at de holder en viss kvalitet og har relevans til den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2014, s. 63). I denne oppgaven er det viktig at jeg har kunnskap om kildekritikk for å sikre at materialet som benyttes i oppgaven har kredibilitet. I følge Dalland (2014) er det særlig tre kriterier en bør ha med når man utøver kildekritikk: relevans, gyldighet og holdbarhet.

Da recovery-tenkningen innenfor psykisk helsevern er et relativt nytt satsningsområde opplevde jeg at jeg måtte utelukke noen kriterier i utvelgelsen av relevante artikler. Årsaken til dette var at utvalget av forskning viste seg å være mer snevert enn det jeg i utgangspunktet hadde sett for meg. Videre er problemstillingen for oppgaven svært spesifikk da den setter recovery-tenkningen opp mot de institusjonelle rammene i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. Recovery er i utgangspunktet mest rettet mot behandling i nærområdet, i kommunen, og dermed ble forskningsutvalget snevret betydelig inn i det man knyttet det opp mot rammene av institusjonen. For å vurdere relevans av artiklene måtte jeg derfor se på hovedelementene i Recovery-tenkningen og trekke ut temaer som stod i tråd med denne måten å arbeide på, selv om recovery ikke alltid ble uttrykket eksplisitt som begrep i artiklene.

Et flertall av artiklene har jeg ansett som relevante ved at de fokuserer på brukermedvirkning innenfor rammene av en institusjon. Brukermedvirkning står sentralt i recovery-tenkningen da det omhandler en brukerstyrt tjeneste. Da disse artiklene videre var publisert av anerkjente forskere innenfor fagmiljøet, og utgitt i relativt nyere tid, anså jeg dem som både gyldige og holdbare for denne oppgaven. Videre var et flertall av disse artiklene systematiske oversiktsartikler og disse ligger høyt oppe på kunnskapshierarkiet (Dalland, 2014, s.71). Videre hadde jeg i innledningen av søkeprosessen valgt at jeg skulle ha en grense på fem år gamle artikler. Dette kriteriet måtte jeg avse da forskningsmaterialet var for lite, og grensen ble endret til 10 år. Jeg velger likevel å forsvare dette med at kunnskapen som fremstilles i artiklene er like høyst aktuell i dag og har derfor valgt å ta artiklene med i oppgaven.

3.3 Etiske overveielser og personvern

Som i all annen livsførsel er det også i forskning krav om god etikk. Etikk omhandler en riktig og god livsførsel. Forskningsetikk dreier seg om at man skal planlegge, undersøke og gjennomføre forskning på en slik måte at personene som er involvert i forskningen får ivarettatt sitt personvern (Dalland, 2014, s.96). Da min målgruppe for denne oppgaven er personer som er innlagt på psykiatrisk institusjon er det viktig å forsikre meg at fremgangsmåten og gjennomføringen av den aktuelle forskning er gjort på en forsvarlig måte. Ved gjennomgåelse av artiklene så jeg om de var vurdert av etisk komite, om personopplysninger var tilstrekkelig anonymisert og om det var tydeliggjort at pasientene som var delaktig i noen av artiklene var frivillige deltakere.

En del av artiklene involverer ikke personer og da blir den etiske overveielser enklere. Videre har noen av forskerne hatt fokus på ansattes erfaring av pasientene og ikke direkte pasientkontakt. Dette er en god måte å beskytte personvernet til pasientene på, samtidig som man får en informasjonen man trenger.

3.4 Søkestrategi

For å finne aktuell litteratur for besvare problemstillingen er det blitt tatt i bruk pensumlitteratur, gjort manuelt søk etter bøker på biblioteket og systematiserte søk i ulike databaser. Det ble foretatt søk i Cinahl, PubMed og British nursing index. Søkeprosessen ble begrenset i Cinahl ved at det kun ble søkt etter fagfellevurderte artikler. Videre ble det satt en grense på 5 år gamle artikler. Årsaken til dette var for å sikre at jeg fant den mest oppdaterte kunnskapen i tråd med den problemstillingen jeg skulle besvare. For å sikre at kredibiliteten i innholdet i artiklene ble det tatt i bruk sjekklister for kvalitativ forskning utarbeidet av Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2011).

I Cinahl ble det gjort flere ulike søk. Ved å ta bruk søkeordene: *Mental health and recovery and health policy*, var hensikten å finne forskning som innbefattet alle disse elementene. 'and' ble satt i mellom 'Mental health' og de øvrige søkeordene for å begrense søket. Videre ble søket avgrenset ytterligere til kun kvalitative forskningsartikler da jeg er på utkikk etter personers egen erfaring med bruk av recovery i helsetjenesten. Dette søket gav totalt 8 treff. Videre ble sammendrag lest på artiklene som ble sett på som relevante for problemstillingen. Ingen av de aktuelle artiklene var relevante for min oppgave da de fleste omhandlet recovery-arbeid innenfor kommunen. Jeg forsøkte videre å utvide søket mitt for å få flere treff. Jeg tilføyde *and institution* og inkluderte alle typer artikler. Dette resulterte i 20 treff. Ingen av disse treffene anså jeg som gode for å besvare problemstillingen min. Det ble gjort flere forsøk, hvor jeg utvidet og byttet ut søkeord, uten at det resulterte i det jeg anså som gode funn.

I PubMed ble det tatt i bruk 'Recovery' or 'user participation' and 'mental health' and 'milieu therapy'. Søket resulterte i 23 ulike artikler. AND ble igjen brukt mellom søkeordene for å begrense antall treff. OR ble brukt for utvide søket da recovery har hovedvekt på brukervedvirkning. Videre i prosessen leste jeg overskriftene og sammendraget på fire artikler jeg anså som relevante. Etter å ha lest oppsummering av de fire utvalgte artiklene satt

jeg igjen med en artikkel jeg mente var relevant for å besvare problemstillingen. Selv om artikkelen har hovedvekt på selve recovery-begrepet tar den opp kjernen i recovery-styrt arbeid: brukervedvirkning. Videre ser den brukervedvirkning opp mot de institusjonelle rammene som her har miljøterapi som bakteppe. Artikkelen er skrevet av Bjelland, Skorpen & Anderssen (2009). Det kan diskuteres om artikkelen er noe gammel, dette forsvares med at den svarer grundig på problemstillingen. Videre prioriteres relevansen fremfor utgivelsesår da problemstillingen som belyses er like aktuell i dag.

Søk i British Nursing Index viste seg også å være utfordrende. Jeg startet med å bruke følgende søkeord: Mental health AND recovery model AND hospitalized. Videre sørget jeg for at de skulle være fagfellevurdert. Dette gav 55 treff, men ingen av artiklene så ut til å besvare min problemstilling. Jeg prøvde å endre søkeord for å se om dette gav resultater. Søk nummer to inneholdt søkeordene: mental health AND recovery oriented work AND user participation AND inpatient care AND institutional framework. Dette gav 37 resultater, men heller ikke her var det relevante funn.

Med stadig nye søk, uten hell, bestemte jeg meg for å ta en ny innfallsvinkel for å finne relevant fagstoff. Det at problemstillingen min var så spesifikk gjorde at jeg enten fikk for mange resultater, eller ingen overhode, i det jeg søkte i ulike databaser. Da inspirasjonskilden til min problemstilling var Mike Slade sin 100 råd om Recovery, bestemte jeg meg for å gå inn i litteraturlisten på dette heftet for å se om jeg fant relevante artikler på denne måten.

Ved å søke opp de ulike artiklene som var grunnmuren for hans arbeid, fant jeg mine resterende artikler. Jeg vurderte dem som gode da flere av dem nettopp så på hvordan Recovery kunne implementeres i en sykehus-setting. Videre var 3 av dem systematiske oversiktsartikler, som har strenge formelle krav ved utførelse og jeg anså dem derfor som holdbare. Forfatterne som gikk igjen var Leamy, Boutillier, Slade, Storm, Williams og Bird. Alle er anerkjente innenfor recovery-forskningen og dette gav artiklene kredibilitet. Selv om denne fremgangsmåten ikke er å anbefale, var søkeprosessen så utfordrende at jeg anså det som nødvendig. Dette kan indikere at det er lite forskning på det område som jeg ønsker å undersøke, og at det dermed er noe som bør ses mer på.

4.0. Resultat

4.1 Artikkel 1

Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis

Forfattere: Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. & Slade, M. (2011)

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å systematisere publiserte artikler som beskriver den personlig recovery-modellen og strukturere det til et konseptuelt rammeverk som er empirisk basert og dermed anvendbar i praksis. Forskerne ville forsøke å gjøre recovery-teorien mer praktisk anvendbar innenfor psykiskhelsevern.

Metode: Metoden som ble brukt var systematisk oversikt. Totalt 366 artikler ble grundig gjennomgått og 97 artikler ble utpekt og dermed inkludert i artikkelen. Ved utvelgelse av artikler var det flere inkluderingskrav. De måtte inneholde en begrepsdannelse av personlig-recovery hvor det kunne utvinnes et kortfattet sammendrag. Artikkelen presenterte en original modell eller ramme for recovery. Videre skulle artikkelen være basert på enten systematisk oversikt over tilgjengelig litteratur eller kvantitativ/ kvalitativ data basert på minimum tre forsøkspersoner. Til slutt måtte artikkelen være tilgjengelig i trykt eller nedlastbar form og være tilgjengelig på engelsk.

Resultat: Det ble funnet 13 kjennetegn på recovery-prosessen ved å hente ut gjennomgående temaer fra artikkelen. På bakgrunn av dette ble det utviklet et rammeverk som bestod av fem overordnede kategorier: verdiene i recovery-prosessen, tro om recovery, recovery-fremmende holdninger hos ansatte, prosesser for recovery og stadiene av recovery-prosessen.

Recovery prosessene bestod av fem gjennomgående temaer som har størst klinisk relevans. Dette var håp og optimisme om fremtiden, identitet, mening med livet, Empowerment og samhörighet.

Konklusjon: Artikkelen er med på å fylle flere kunnskapshull. Det konseptuelle rammeverket som fremstilles er med på å gi klarhet og bedre forståelse av stadiene og prosessene av personlig-recovery. Dette gjør at recovery-tenkningen kan forstås som en målbar dimensjon av endring. Videre kan rammeverket gi veiledning til klinisk arbeid i recovery-orienterte

praksiser. Forskningen gir et grunnlag for at det kan forskes videre på hvilke tiltak som bør iverksettes for å understøtte de ulike recovery-prosessene.

4.2 Artikkel 2

Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges

Forfattere: Storm, M. & Edwards, A. (2012).

Hensikt: Målet med artikkelen var å utforske omsorgsmodeller som omhandlet brukermedvirkning, pasientsentrert omsorg og recovery innenfor konteksten av psykiatriske sykehus. Videre var målet å diskutere noen av utfordringene ved implementeringen av disse omsorgsmodellene i praksis.

Metode: Systematisk oversikt hvor helsepolitiske dokumenter og publisert litteratur og forskning på pasientsentrert omsorg, brukermedvirkning og recovery ble gjennomgått.

Resultat: Hovedfunnene i artiklene har jeg systematisert i en liste på 9 punkter:

1. Det er behov for et paradigmeskift: fra fokus på symptomer/sykdom til ressurser.
2. Pasienter opplevde at det var manglende kunnskap angående brukermedvirkning hos ansatte
3. Det ble utfordrende med individuell brukermedvirkning når det kom i konflikt med husreglene og organisatoriske strukturen.
4. Pleier og pasient hadde ulike perspektiver på hva som innebar god pleie.
5. Sykehusstrukturen gjorde det utfordrende å danne likeverdige relasjoner mellom pasient og pleier.
6. Pasientene så på pleierne som eksperter og lot de ta avgjørelser, mens pleierne så på tilbaketrekningen som at pasientene var umotiverte og uengasjerte.
7. Ikke alle pasienter har behov for å delta aktivt i behandlingen i en bestemt periode, og trenger derfor mer trygghet og stabilitet på grunn av sykdommen.
8. Det utpekte seg viktig at for å opprettholde brukermedvirkning, recovery, personsentrert omsorg trengte ansatte undervisning og kompetanseutvikling.

9. Det fremkom at ansatte burde få erfaring med å omgås personer med psykiske helseplager i andre settinger enn som pasienter, for å klare å se mennesket i lys av sine ressurser og ikke begrensninger.

Konklusjon: De ulike omsorgsmodellene overlapper hverandre og er viktige bidragsyttere som utfordrer de sykdomsorienterte omsorgsmodellene innenfor psykisk helsevern. Likevel er det utfordringer ved implementeringen av dem. Hovedutfordringen er de ulike perspektivene pasienter og pleiere har på hva god behandling og pleie innebærer.

4.3 Artikkel 3

Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care.

Forfattere: Storm, M. & Davidson, L. (2010).

Hensikt: Hensikten med artikkelen var å øke bevisstheten angående brukermedvirkning og øke pasientbestemmelsen innenfor rammene av en institusjon.

Metode: Kvalitativ metode som fremkommer ved at 30 inneliggende pasienter på institusjon for psykiskhelsevern ble intervjuet angående deres opplevelse av brukermedvirkning under behandlingen. Videre var 20-25 ansatte med i undersøkelsen ved å delta på personalmøter hvor de diskuterte deres erfaring med brukermedvirkning i arbeidshverdagen. De ansatte deltok også på en seminar som skulle hjelpe dem å engasjere til brukermedvirkning med pasientene, familie og brukerrepresentanter. Data til artikkelen ble hentet fra intervjuene med pasientene, loggførte rapporter fra ansatte, data fra to seminarer og fra personalmøtene.

Resultat: Det var gjennomgående at pasientene opplevde liten påvirkningskraft angående egen behandling og at det var de ansatte som tok beslutninger. Videre tydet noe av informasjonen på at pasientene ikke selv var opplyst om sine egne rettigheter. Fra de ansatte sin side fremkom det i artikkelen at de fant det utfordrende å motivere pasientene til å delta i egen behandling og at de ikke alltid hadde innsikt i det som skulle gjennomføres. Videre var det utfordrende å skifte kultur på arbeidsplassen hvor de ansatte tidligere hadde fokusert på symptomer, men nå skulle de fokusere på ressurser og mål.

Konklusjon: Artikkelen har noen begrensninger ved at intervjuene med pasientene ble foretatt innenfor rammene av et sykehus, noe som kan ha satt noen begrensninger på deres svar. Videre ble ikke de ansatte intervjuet individuelt, det gjøre at man ikke får gått i dybden i deres perspektiv på brukermedvirkning. Likevel kan man konkludere med at de ansatte og pasientene har svært ulike perspektiver på brukermedvirkning, og man blir derfor nødt til å utforske dette videre for å kunne øke brukermedvirkningen i helsetjenesten.

4.4 Artikkel 4

User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?

Forfattere: Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009)

Hensikt

Hensikten med forskningen var å se hvordan brukermedvirkning ble implementert i behandlingen på et psykiatrisk sykehus i Norge ved samtidig bruk av miljøterapi.

Metode

Artikkelen representerer kvalitativ forskning. Dette fremkommer ved at forskerne har intervjuet 22 ansatte og 15 pasienter om deres bruk av brukermedvirkning i behandlingen. Videre er det brukt etnologisk metode som betyr at pasienter og ansatte har blitt observert 4 dager i uken av en utenforstående observatør. Både verbal og nonverbal interaksjoner har blitt observert og analysert av to ulike analytikere.

Resultat

I artikkelen fremkommer det at det ble funnet tre hovedutfordringer ved bruk av brukermedvirkning ved samtidig bruk av miljøterapi som terapeutisk verktøy:

- 1.** Ansatte fant det utfordrende å implementere individuell brukermedvirkning i miljøterapien når en samtidig skal ha felles husregler og struktur. Gikk individuelle behov på tvers av det felles miljøet ble det vanskelig å innfri pasientenes individuelle ønsker.

2. Det ble utfordrende å innfri brukermedvirkning ved f.eks. utforming av behandlingsplan om pasientene ikke delte samme syn på hvilke mål en hadde for behandlingen.

3. Dannelse av likeverdige relasjoner, som er sentralt i brukermedvirkning/recovery, ble utfordrende i et medisinsk hierarkisk system. De ansatte skulle både sørge for at pasientene hadde brukermedvirkning og i tillegg forberede dem til å resosialiseres i samfunnet. Disse faktorene ble til tider motstridende og gjorde det vanskelig for de ansatte å ivareta både brukermedvirkning og den miljøterapeutiske metoden.

Konklusjon: I artikkelen fremkommer det at det er utfordrende å implementere brukermedvirkning i rammene av et psykiatrisk sykehus. Ansatte kommer i en verdikonflikt, hvor man på den ene siden er de av lov pliktet til å sikre brukermedvirkning i både tilrettelegging av dagliglivet og i individuell pleie. På den andre siden skal de ansatte forberede dem på livet på utsiden av sykehuset ved å lære dem ferdigheter. Disse to oppgavene kommer ofte i konflikt med hverandre.

4.5 Artikkel 5

What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance.

Forfattere: Boutillier, C. L., Leamy, M. Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011).

Hensikt: Hensikten med artikkelen var å identifisere nøkkel komponentene av recovery-orientert arbeid innenfor psykiskhelsevern. Ved hjelp av nøkkel komponentene var målet å utarbeide et konseptuelt rammeverk for å gjøre det enklere å arbeide recovery-orientert i praksis.

Metode: Det ble gjennomført en kvalitativ analyse av 30 internasjonale dokumenter som omhandlet retningslinjer for recovery-orientert arbeid. Det ble brukt semantisk og tematisk analyse for å identifisere dominerende temaer. Deretter ble det brukt tolkningsanalyse for å gruppere temaene i ulike praksisrettede domener.

Resultat: Artikkene var mangfoldige, fra tilsammen 6 ulike nasjoner. Det nye konseptuelle rammeverket ble bestående av 16 dominerende temaer og gruppert i fire praksisdomener: fremme deltakelse i samfunnet, organisatorisk forpliktelse, støtte av personlig-recovery og arbeidsrelasjoner.

Konklusjon: Hovedutfordringen for psykiskhelsevern er den manglende klarheten rundt hva recovery-orientert arbeid faktisk innebærer. Denne syntesen bidrar til forståelse rundt recovery-orientert praksis. Det betyr at det konseptuelle rammeverket kan brukes som et verktøy til å overføre teori om recovery til praktisk arbeid.

4.6 Hovedfunn

For å finne likheter i funnene i artikkene som er presentert ovenfor, ble resultatene plassert i en systematisk liste. Denne listen synliggjorde likhetstrekk mellom artikkene. Hvert tema som gjentok seg ble notert og det resulterte i tre hovedpunkter som vil bli utgangspunkt for drøftingen. De utvalgte temaene har vist seg gjentakende i alle artikkene og ses på som viktige for implementeringen av recovery-orientert arbeid innenfor rammene av institusjon for psykiskhelsevern, samtidig som de belyser utfordringene ved en slik innføring.

Utgangspunktet for drøftingen vil være:

1. Fra symptomer til ressurser
2. Rollekonflikt
3. Erfaringsbasert kunnskap

5.0 Drøfting

Nedenfor vil jeg drøfte forskningsfunnene og knytte det opp mot relevant teori og egne erfaringer fra praksisfeltet. Målet med drøftingsdelen er at den skal forsøke å besvare oppgavens problemstilling: *Kan man arbeide recovery-orientert innenfor psykisk helsevern, og hvordan påvirker de institusjonelle rammene forutsetningene for å gjennomføre det i praksis?*

5.1 Fra symptomer til ressurser

Gjennom å vise til evidensbasert forskning kan man avdekke at personer som har psykiske utfordringer opplever større bedring om man er en del av lokalsamfunnet og har verdsatte sosiale roller (Leamy, et.al, 2011). Likevel har psykiatrien en historie med stigmatisering og diskriminering. Mennesker som opplevde psykiske helseutfordringer ble sett på som avvik fra samfunnet og ble fjernet fra lokalsamfunnet ved å legges inn på institusjoner. Brukere har de siste årene stått frem og proklamert mot undertrykkelsen og fratagelse av menneskerettighetene. Personer som opplever psykiske helseutfordringer har en drøm om å bli anerkjent som vanlige innbyggere og selv bestemme over eget liv og helse (Karlsson & Borg, 2017, s.41). Recovery blomstret opp som et opprør mot den avmektige pasient- og brukerrelasjonen, og et av målene var å fremme pasientenes menneskerettigheter.

Et av hovedargumentene for at mennesker som er innlagt på institusjon fortsatt opplever å bli fratatt rettigheter er den faglige modellmakten som er styrende innenfor psykisk helsevern i Norge i dag. Den er basert på et diagnosesystem tilknyttet den medisinske disiplinen psykiatri. Dette innebærer at man har en faglig ekspert (lege/ psykolog) som skal sørge for at pasienten blir frisk (Karlsson & Borg, 2017, s.50). Det at den biomedisinske modellen sterkt preger dagens institusjoner, utfordrer utfoldelsen av Recovery-orientert arbeid. Forskning viser at det biomedisinske synet på to norske institusjoner for psykisk helsevern kom i konflikt med det brukerrettede perspektivet som Recovery står for. Det var et tydelig hierarki for hvem som bestemte og hvem som måtte spørre om tillatelse. Viktige avgjørelser angående pasientenes behandling ble foretatt av ansatte, og det var et misforhold mellom det biomedisinske synet og aktiv brukerdeltakelse (Oye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2009). Pasienter har ofte en forståelse om at de skal være lydige og at det er de ansatte som vet best om hva som var riktig behandling. Den medisinske modellen skaper avstand og asymmetri i pasient-pleier forholdet. Det er ikke individbasert slik Recovery står for (Karlsson & Borg,

2017, s.50). Det å arbeide etter Recovery-visjonen innenfor psykisk helsevern krever betydelige endringer, et paradigme skifte. I følge Slade (2017) er en av disse endringene at man må se den medisinske modellen som et delmål, et særrområde, og ikke la den dominere hele tjenesten.

For å kunne arbeide Recovery-orientert må man videre klargjøre menneskesynet som farger institusjonen. Dette menneskesynet bør være holistisk. Ved å ha en holistisk tilnærming flytter man fokuset bort fra kun å se symptomer, til å se hele mennesket. Det er fokus på ressurser og at pasienten selv kan bidra til å få en bedre helse. Dette kan i følge Leamy et.al (2011) oppnås ved blant annet å ha meningsfulle sosiale roller og det å finne mening utover de mentale utfordringene som pasientene opplever. Det å ramme inn de psykiske helseutfordringene er også en av de fire Recovery-prosessene som Slade (2017) fremstiller. Videre kan Recovery-orienterte tjenester bidra til at helsepersonell frigjøres fra urealistiske målsetninger som å gjøre personene friske, behandle sykdommen og endre personen som mottar tjenesten (Slade, 2017, s.56). Individuer som tar i bruk helsetjenesten er individer først, og skal derfor ikke bli definert av diagnosen deres. Det er viktig at rettighetene til pasientene blir ivaretatt og at ansatte har fokus på å ivareta personenes menneskerettigheter. Som ansatt i den mentale helsetjenesten er det derfor deres oppgave å ha kunnskap om pasientens rettigheter både innad i helsetjenesten, men også ellers i samfunnet. Man skal være forkjempere mot stigmatisering og promotere advocacy (Leamy, et.al, 2011).

Et annet hinder for pasientrettigheter har vist seg å være den miljøterapeutiske tilnærmingen som er en svært utbredt behandlingsform innenfor de institusjonelle rammene. Miljøterapien kan føre til at behandlingsmiljøet blir preget av for stor kontroll, nedsatt rom for skaperevne og en lite individualisert tilnærming (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s.201-203). Dette kan skape konflikt med pasientenes mulighet til brukermedvirkning. Innenfor rammene av en institusjon er det selvsagt nødvendig med regler og struktur, da det er en stor gruppe mennesker med ulike psykiske helseutfordringer som skal bo sammen. Likevel handler det om *hvordan* og på *hvilket* grunnlag disse reglene dannes. Man kan ivareta brukermedvirkning ved å inkludere pasientene i utformingen av 'husreglene' og dermed fremme deres rettigheter til medvirkning. I undersøkelsen til Oeye, et.al (2009) opplevde de at de ansatte ikke involverte pasientene i prosessen med å danne felles husregler. Selv om institusjonen stadfestet at de arbeidet etter en individrettet miljøterapi, tydet praksis på at dette ikke var

tilfellet. Den gruppebaserte miljøterapien ble et hinder for det individrettede arbeidet (Oye, et.al, 2009). På denne måten opplevdes det at brukermedvirkning ble en forventning som gav falske forhåpninger. Det utarter seg ved at pleiere inviterer pasientene til å delta aktivt i egen behandling, men om det blir uenigheter om hva som er best for pasientene, tar pleiere avgjørelsen for dem. Undersøkelsen viser tendenser om at institusjoner for psykisk helsevern fortsatt har innebygde moralistiske holdninger ved at de vet hva som er best for pasientene (Oye, et.al, 2009). Slike holdninger stemmer overens med mine egne praksiserfaringer, hvor brukermedvirkning ble gitt på falske premisser. Evidenser basert kunnskap har tydeliggjort at det å ivareta pasientenes rett til og bestemme over eget liv og helse er viktig for deres bedringsprosess. Brukermedvirkning bør derfor være fokus for behandlingen.

Videre er det viktig å påpeke at en Recovery-tilpasset tjeneste krever mye mer av pasientene enn tidligere. Med økte rettigheter, kommer også økt ansvar. Personlig ansvar er en av hovedprosessene i Recovery-tenkningen. Dette innebærer at man selv har ansvar for eget liv og velvære (Slade, 2017). Når man legges inn på institusjon for psykiskhelsevern i Norge i dag, skyldes det en betydelig forverring av den psykiske helsen. Det stadige fokuset på at pasientene skal stå opp for seg selv og delta aktivt, kan være for mye å kreve når man står i en krise i livet. Det økte fokuset på ressurser kan problematiseres ved at det kan føre til at pasientene føler seg mislykkede og oppleve økte negative følelser rundt egen identitet om man ikke klarer å leve opp til forventningene. Personlig tror jeg at man må føle seg frem, la deltakelsen skje på pasientenes premisser og la de lede vei. Recovery-prosessen trenger ikke starte i det pasienten kommer inn døren, men det er pasienten selv som skal bestemme når han ønsker å komme i gang. Personlig ansvar innebærer ikke at man står alene, man viser ansvar ved å oppsøke hjelp og støtte fra andre når man trenger det (Slade, 2017). Ansatte skal være en støtte som er til disposisjon og som fremmer håp, mulighet og promoterer pasientenes rettigheter. For at pasientene skal kunne ivareta sine menneskerettigheter er det like viktig at de faktisk vet hva de har krav på. De bør undervises i deres rettigheter og lovverk, slik at de selv blir bevisste på hva de kan forvente. Praktiske tiltak for å styrke den enkeltes selvbestemmelse kan være at man utarbeider og implementerer klageprosedyrer og gi pasientene mulighet til å bytte behandler (Slade, 2017).

5.2 En ny profesjonalitet

Recovery-orientert arbeid krever endringer i forståelsen av profesjonalitet. Som helsearbeidere lærer man helt fra starten av studie at man skal opptre seg profesjonelt i møte med pasientene. Innholdet i begrepet 'profesjonell' er ofte beskrevet som å opptre i tråd med hva som er korrekt og god skikk på den aktuelle arbeidsplassen. Selv om dagens sykepleierstudenter lærer at profesjonalitet ikke skal være synonymt med avstand, ser man at det med tiden ofte blitt forstått med at man ikke skal involvere seg følelsesmessig i det arbeidet man utfører (Topor, 2003, s.53). Tradisjonelt er institusjonen lagt opp hierarkisk hvor man har en lege eller psykolog med videreutdanning øverst og som tar de endelige beslutningene angående pasientenes behandling og medisinerings. Videre er det ulike helsearbeidere som sykepleiere, sosionomer og vernepleiere som jobber nærest pasienten med den daglige miljøterapien. Helsearbeiderne blir sett på som faglige eksperter som sitter med evidensbasert kunnskap om hvordan pasienten kan bedres. Dette fører til en maktstruktur hvor pasientene blir underdanige. I Recovery tenkningen står derimot relasjonelle forhold sentralt for bedring og man er derfor avhengig av profesjonalitet blir forstått som nærhet til pasientene om det skal være gjennomførbart i praksis og ikke en ekspert som skal løse pasientens problemer. Slade (2017) definerer recovery-arbeideren som en person som skal arbeide side om side med pasient og gi valgmuligheter, i stedet for løsninger. Pasient er i førersetet av egen behandling og det har han som skal lede veien mot bedring.

Forskning på personer som er i Recovery avdekker nettopp at møte med pleiere som likeverdige partnere er avgjørende for bedringsprosessen. Tar man utgangspunkt i at profesjonalitet blir sett på som avstand, betyr det at de likeverdige relasjonene oppstår når helsepersonell avviker fra rollen og involverer seg som menneske i samhandlingen med pasientene. Oeye, et.al (2009) fant i sin studie at pasientene som var innlagt på psykiatrisk sykehus ikke opplevde brukermedvirkning, nettopp på grunn av at de profesjonelle visste best og dermed satt med all makten. For å kunne danne et partnerskapsforhold til pasientene, en likeverdig relasjon, er det nødvendig at profesjonalitet omdefineres til hva pasientene anser som viktig. Det skal ikke bli sett på som uskikkethet å la seg lede av pasienten og heller stille sin kunnskap til disposisjon når pasienten etterspør den. En bevegelse mot Recovery-orienterte tjenester innebærer å forstå og endre maktforholdet mellom pleier og pasient (Karlsson & Borg, 2017, s.26).

Brukermedvirkning og aktiv deltakelse blir først reelle når relasjonen til fagfolk er likeverdig, og maktbalansen er utjevnet. Økt brukermedvirkning gir en bedre opplevelse av pleien som mottas og en bedre helse (Oye, et.al, 2009). Gjennomgående forskningen som er anvendt i oppgaven er at brukermedvirkning står svært sentralt i recovery-prosessen. Likevel viser ulike funn at implementering av brukermedvirkning og likeverdige relasjoner er utfordrende innenfor sykehusstrukturen. En av utfordringene var at ansatte følte seg splittet i arbeidet sitt. De uttrykket at det var utfordrende å legge til rette for individrettet pleie og brukermedvirkning, og samtidig ta hensyn til de kollektive reglene. Konsekvensen av dette ble ofte at om ønskene til pasientene stred med husregler, ble forespørselene deres raskt avfeid. Dette førte igjen til at pasientene ikke følte seg hørt og mistet motivasjon til aktiv deltakelse. Fra ansatte sin side ble denne reaksjonen fra pasientene sett på som liten interesse og tiltaksløshet (Oye, et.al, 2009). En kan si at brukermedvirkning var tilstede som begrep, men i praksis var det kun gjennomførbart på de ansattes premisser.

Storm & Davidson (2012) uttrykker at slik sykehusstrukturen er i dag, blir ansatte satt opp mot motstridende krav. Helsepolitiske føringer fremmer brukermedvirkning og aktiv deltakelse, men de institusjonelle rammene tilsier at pleierne er eksperter og vet hva som er best for pasienten. For å kunne fremme likeverdige relasjoner, brukermedvirkning og partnerskap, mener de at det trengs et kulturelt skifte innenfor psykisk helsevern. Det er derfor viktig å avdekke når det oppstår interessekonflikt mellom institusjonelle rammer og individrettet pleie. Forskningsfunn viser at brukermedvirkningen blir utfordrende når pasient og pleier har ulike perspektiver på hva som er riktig behandling. I slike situasjoner opplever pasienter at ansatte tok styringen og fremmet egne ønsker, i stedet for pasientens (Storm & Davidson, 2010). For å oppnå et kulturelt skifte trenger ansatte å undervises og læres opp i Recovery-orientert arbeid. Videre må organisasjonen ha Recovery som visjon og arbeidsplassen må fremme troen på bedring i samhandlingen med pasientene (Boutillier, et.al., 2011). Igjen sirkuleres det tilbake til en endring av roller og profesjonalitet. Skal man kunne fremme brukermedvirkning, er man nødt til å se på pasientene som likeverdige. Vi må ha tiltro til at pasientene vet hva som er best for dem og at man gjennom samarbeid skal hjelpe dem til mestring av egen sykdom. I utgangspunktet trenger det ikke å være så komplisert, men det krever en organisatorisk forpliktelse til endring og det å følge Recovery-visjonen. Alle deler av institusjonen må ha Recovery som bakteppe for arbeidet en utfører. Hvordan skal pasienten ha tro på bedring om de som hjelper ham dit ikke har det? Recovery

promoterende holdninger hos ansatte er viktig for Recovery-prosessen og implementeringen av den i praksis (Leamy, et.al, 2011).

Likevel er det viktig å ikke stille seg naiv til rollen som helsearbeider i møte med pasientene. Pasientene som legges inn på sykehus grunnet en forverring av deres sykdom og symptomer, og kan derfor ha nedsatt kapasitet til å ta beslutninger. Ansvar det innebærer å være aktiv deltaker i egen behandling kan være for mye å bære. Noen pasienter kan ha behov for stabilitet og trygghet i en tøff sykdomsperiode (Storm & Edwards, 2012). Det er da viktig at helsearbeiderne trer inn og hjelper pasient med å ta beslutninger, som han på det aktuelle tidspunktet ikke er i stand til å ta ansvar for selv. Recovery-tenkningen er ikke basert på ansvarsfraskrivelse hos ansatte, men det å samarbeide mot et felles mål. Man skal ikke være ukritiske og gjøre alt pasienten sier. Man er som sykepleier fortsatt pliktet til å handle etisk og ikke å sette pasient eller andre i fare på grunn av pasientens egne ønsker. Målet er derimot at en alltid skal aktivt prøve å la seg lede av pasienten, noe som krever gode relasjonelle forhold i bunn (Slade, 2017, s. 21). Igjen er det viktig å påpeke at det er pasienten selv som bestemmer når recovery-prosessen skal starte og etterhvert som pasienten kommer seg vil kapasiteten til brukermedvirkning øke. Recovery er ikke en lineær prosess, men noe som kontinuerlig arbeides med over tid. Pasientene skal være viktige bidragsyttere til å utvikle tjenesten og sette nye rammer for institusjonen. Målet er at evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap skal sidestilles og gjennom likeverdige relasjoner gi en helhetlig og individbasert pleie til pasientene. Gjennom å omdefinere profesjonalitetsbegrepet knyttet til hva pasientene anser det å være, unngår man at helsearbeideren må bryte med sin faglige rolle for å arbeide Recovery-orientert.

5.3 Erfaringsbasert kunnskap

Det grunnleggende i recovery-prosessen er personens egne erfaringer og opplevelser rundt sine egne helseutfordringer. Dette gjør at erfaringsbasert kunnskap bør være grunnleggende i utviklingen av psykiske helsetjenester. I følge Borg & Karlsson (2011) er ansettelse av brukereksperter nøkkelen for å arbeide recovery-orientert. Ser vi historisk på psykiatri som fagfelt, har erfaringskunnskap hatt liten kredibilitet sammenlignet med evidensbasert forskning. Det har vært utdannet fagpersonell som har hatt monopol på kunnskapen og dermed har ikke subjektivitet fått en sentral plass (Borg & Karlsson, 2011, s.24).

Erfaringsbasert kunnskap blir i flere av forskningsartiklene trukket frem som et vesentlig verktøy for å kunne arbeide recovery-orientert. Boutillier et.al (2011) påpeker viktigheten av ansettelse av personer som selv er i recovery, i helsetjenesten. For å kunne arbeide recovery-orientert mener de at man bør ha erfaringskunnskap som en viktig kunnskapskilde i det kliniske arbeidet. Ved å ha personer med brukererfaring, som en del av ansattgruppen, kan de dele egne erfaringer om recovery-prosessen og fremme læring, selvstyring og personlig ansvar. Liknende resultater blir også belyst av Storm & Edwards (2012), som gjennom sin forskning på utfordringer ved å implementere ulike omsorgsmodeller i praksis, avdekket at personer med psykiske helseutfordringer bør involveres i helseorganisasjonen på alle nivåer og i alle roller. Dette innebærer at personer med brukererfaring bør brukes til opplæring av ansatte, ansettelse av andre brukereksperter og generelt pasientrettet arbeid. Storm & Edwards (2012) begrunner dette med at ansatte innenfor psykiskhelsevern bør være i kontakt med personer med psykiske helseutfordringer i andre roller, enn kun som pasienter. På denne måten kan de få en bedre forståelse for dem som mennesker, med ressurser og styrker. Dette kan gjøre at ansatte får en større forståelse av at menneskene som er innlagt på institusjon, er mye mer enn sin sykdom og at recovery er mulig. Ved å implementere recovery-fremmende holdninger hos de ansatte, kan det være med på å gi håp og tro til pasientene som de samhandler med.

Likevel kan man argumentere for at det stilles motstridende krav fra helsepolitiske hold hva det gjelder erfaringsbasert kunnskap. Selv om psykiskhelsevern stadig utvikler seg mot et mer brukerrettet perspektiv, ser man også at effektiviseringskulturen står sterkt.

Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2011 representerer en strømlinjede og standardisert behandlingsopplegg med forankring i evidensbasert kunnskap med målbare resultater (Kristoffersen, 2015, s.299). Dette fokuset på evidensbasert kunnskap som grunnmur i behandlingen, kan føre til en nedgradering av erfaringsbasert kunnskap som er ansett som en grunnstein i Recovery-praksisen (Borg & Karlsson, 2011). Videre har New Public Management (NPM) påvirket rammene for institusjonen. NPM er betegnelsen på en reformbølge som siden 1980-tallet har hatt som mål å effektivisere den offentlige sektoren. Som en konsekvens av disse reformene har psykisk helsevern utviklet seg i en retning hvor alt og alle kan måles, med fokus på det kvantitative og en reduksjonistisk definisjon av hva som er omsorg og behandling. Videre utvikles nasjonale retningslinjer og standardiserte prosedyrer for klinisk arbeid, hvor kunnskapsgrunnlaget er basert på evidensbasert kunnskap

utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier (Borg & Karlsson, 2011, s.32). Effektivitet står i fokus, noe som står i sterk strid til recovery-tenkningen. Med rammer rundt psykisk helsevern som baserer seg på en effektivitetskultur og evidensbasert kunnskap, samtidig som helsedirektoratet oppfordrer til recovery-orientert arbeid med bruker i sentrum, kan kravene til psykiskhelsevern oppfattes motstridende. Det blir svært krevende for helsepersonell å kunne opprettholde krav til standardisert behandling og utredning og i tillegg kunne være individorienterte og ha pasient i førersetet for egen behandling, i tråd med Recovery (Borg & Karlsson, 2011, s. 33).

6.0 Konklusjon

All forskning viser til at Recovery fungerer og at det burde satses på. I en ideell verden burde psykiskhelsevern være et koldtbord av ulike behandlingsmetoder hvor pasientene selv kan plukke og velge selv hva som fungerer for dem, og bytte om de ikke oppnår ønsket effekt. Helsetjenesten bør bygges rundt brukeren, og ikke at brukeren må tilpasse seg de institusjonelle rammene. Jeg anser hovedelementene for å innføre en Recovery-orientert tjeneste innenfor rammene av en institusjon for psykisk helsevern å være: en organisatorisk forpliktelse til Recovery, en validering av erfaringsbasertkunnskap og et paradigme skifte hvor de profesjonelle yrkesutøverne skifter fokus fra symptomer til ressurser. Skal recovery-orienterte tjenester få blomstre opp trengs det et kulturskifte, en kollektiv innsats, hvor menneskene bak symptomene blir hentet frem og ressursene deres benyttet til å utvikle et psykisk helsevern som er bærekraftig og kan møte morgendagens utfordringer.

6.0 Litteraturliste

- Borg & Karlsson (2011). Recovery og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, P.A. Tufte. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, Å.K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). *Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness*. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23(2), 110-117.
doi:10.1111/inm.12024.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 12. januar fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helse Vest. (2016). *Tenestetilbudet innan psykisk helsevern*. Hentet 12. januar fra <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2016/07.12.2016/Sak%2013516%20Tenestetilbudet%20innan%20psykisk%20helsevern.pdf>.
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2006). *Tilbud om hjelp og støtte- Miljø og miljøterapi*. I *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N.J. (2015). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J., Slade, M., & ... Slade, M. (2011). *What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance*. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. doi:10.1176/appi.ps.001312011.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C. Williams, J. & Slade, M. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. *The British Journal of Psychiatry*, 199:445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- NAPHA. (2018). *Recovery: Recovery er en filosofi og holdning som fremmer muligheter. Tjenester kan være mer eller mindre recoveryorienterte*. Hentet 14. januar fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?. *Nursing Inquiry*, 16(4), 287-296. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00463.x.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1 .
- Skårderud, F., Haugsgjerd S. & Stanicke, E. (2015). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2017). *100 Råd som fremmer recovery: En veildning for psykisk helsepersonell*. Hentet 12. januar fra <http://www.melkeveien.me/NAPHA-Rapport-2-2017/Rapport-2-2017.html#p=1>.

- Statistisk Sentralbyrå. (2001). *Større åpenhet om psykiske lidelser*. Hentet 12. januar fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>.
- Storm, M. & Davidson, L. (2010). *Inpatients' and Providers' Experiences with User Involvement in Inpatient Care*. *Psychiatric Quarterly*. doi: 10.1007/s11126-009-9122-6.
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). *Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges*. *Psychiatric Quarterly*. doi:10.1007/s11126-012-9247-x.
- Topor, A. (2003). En annen profesjonalitet. I M. Borg, & A. Topor., *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- World Health Organization. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Hentet 12. januar fra http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.
- World Health Organization. (2013). *Mental health included in the UN Sustainable Development Goals*. Hentet 12.januar fra http://www.who.int/mental_health/SDGs/en/