



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SAB390

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Slutt dato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SAB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	209
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Utfordringer sosialarbeidere kan møte i recovery-orientert praksis i arbeid med mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser
Antall ord *:	7976

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 66
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Utfordringer sosialarbeidere kan møte i recovery-orientert praksis i arbeid med mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser

Barriers social workers can encounter in recovery-oriented practice when working with co-occurring mental health and substance use disorders

Kandidatnummer: 209

Sosialt arbeid

Fakultet for helse og sosialfag

15.05.2023

Abstract

Recovery-orientation is recommended in guidelines for local mental health and substance use care (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). The purpose of this bachelor thesis is to examine what barriers social workers can meet in a recovery-oriented practice in services in Norwegian municipality, working with people with co-occurring mental health and substance use disorders. I have used a literature study to answer my research question. To discuss my problem, my database has consisted of four articles, in which I have discussed findings with relevant presented theory. The three topics I have identified and discussed, are the framework in recovery-oriented services, social workers' attitudes toward people with co-occurring mental health and substance use disorders and uncertainty about what recovery actual entails in practices. I have discussed it through a conflict theory perspective and connected it to stigma in the community and social workers' power and defining power.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	4
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.3 PROBLEMSTILLING.....	5
1.3.1 Avgrensning og presisering.....	5
1.4 SENTRALE BEGREPER.....	6
1.4.1 ROP- lidelse	6
1.4.2 Recovery-orientert praksis.....	6
1.4.3 Sosialarbeider	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	7
2 METODE	7
2.1 SØKESTRATEGI OG FREMGANGSMÅTE.....	8
2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.2 DATAMATERIALE.....	8
2.3 KILDEKRITIKK	9
2.4 ETISKE OVERVEIELSER.....	10
3 TEORI	11
3.1 KONFLIKTTEORETISK PERSPEKTIV	11
3.1.1 Definisjonsmakt.....	11
3.1.2 Prestemakt.....	12
3.1.3 Stigma.....	12
3.2 ROP-LIDELSE.....	13
3.3 RECOVERY-ORIENTERT PRAKSIS	13
3.4 RECOVERY	14
3.5 SOSIALARBEIDERENS ROLLE OG RAMMEBETINGELSER I MØTE MED BRUKERE.....	15
3.5.1 Sosialarbeideres yrkesetiske grunnlagsdokument.....	15
3.5.2 New Public Management	16
4. PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTING	16
4.1 RAMMEBETINGELSER TILKNYTTET NPM SOM EN UTFORDRING FOR SOSIALARBEIDERE I RECOVERYORIENTERTE TJENESTER FOR MENNESKER MED ROP-LIDELSE.....	16
4.1.1 Funn	17
4.1.2 Effektivisering som strukturell barriere i recovery-orientert arbeid med mennesker med ROP-lidelse	17
4.1.3 utfordringer knyttet til tidsperspektivet i recovery-orienterte tjenester blant ROP-lidelser.....	18
4.2 HVORDAN HOLDNINGER KAN VÆRE EN UTFORDRING FOR Å UTØVE EN RECOVERY-ORIENTERT PRAKSIS.....	19
4.2.1 Funn	20
4.2.2 Holdning om at mennesker med ROP-lidelser ikke vet sitt eget beste.....	20
4.2.3 Aksept av rusmiddelbruk.....	21
4.3 HVORDAN FOREGÅR RECOVERY-ORIENTERTE PRAKSISER EGENTLIG I PRAKSIS?	22
4.3.1 Funn:	22
4.3.2 utfordringer med å implementere recovery-orienterte verdier i tjenestene	23
4.3.3 Ulik forståelse av recovery-orienterte praksiser.....	24
5. AVSLUTNING.....	25
REFERANSELISTE	26

1 Innledning

I samfunnet er ikke utfordringer i helse og levekår rettferdig fordelt. Mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelse) har blant annet levekårsutfordringer, høyere risiko for somatiske helseutfordringer, vold og overgrep, fengselsstraff samt tidlig død (Brekke, 2022, s. 320). Samtidig er mennesker med ROP-lidelse en av gruppene som venter lenge på behandling og faller utenfor behandlingstilbudene både i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester (Evjen et al., 2018, s. 243). Tilnærmingen fra helsetjenestene har vært preget av fragmenterte tjenester med akutt og kort varig hjelp fremfor langsiktig hjelp, hvor fokuset har vært på medikamentell behandling (Brekke, 2022, s. 320). På grunn av at hjelpeapparatet er fragmentert, kan de som trenger hjelp flere steder, falle mellom ulike stoler. For å møte slike utfordringer har helsemyndighetene satset på brukergruppen og utvikling av nye arbeidsmetoder (Borg et al., 2013, s. 9). Helsedirektoratets veileder for lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne, påpeker recovery som et sentralt perspektiv, og bør prege tjenestene knyttet til psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). I følge NAPHA (2010) vil det å arbeide recovery-orientert gi en mer likeverdig relasjon mellom brukere og ansatte, hvor brukerrollen blir mer myndiggjort og den ansatte får mindre makt. Denne oppgaven vil se på utfordringer knyttet recovery-orientert tilnærming i arbeid med mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser gjennom et konfliktteoretisk perspektiv.

Konfliktteoretisk perspektiv fokuserer på at sosiale problemer ikke bare er individuelle, men samfunnsskapt (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 87). I motsetning til dette, knyttes ofte sosiale problemer og sosiale forskjeller i samfunnet opp til individuelle valg (Ellingsen & Martinsen, 2019, s. 13). Selv om det ofte er enkeltindividet som blir betegnet å ha sosiale problemer, blir det ikke nødvendigvis riktig å tolke det som individuelle problemer. Det handler om å se individet i samfunnet, eller personen i situasjonen, og se sosiale problemer i en kontekstuell forståelsesramme (Berg et al., 2015a, s. 26). I sosialt arbeid blir dette betegnet som et helhetssyn. Med et helhetssyn på mennesker vil fokuset ligge både på å identifisere barrierer, muligheter og potensiale som finnes hos den enkelte og i samfunnet. Den enkeltes situasjon vil bli sett i en større samfunnsmessig kontekst. Eksempelvis er psykiske lidelser knyttet opp mot samfunnsstrukturer som arbeidsledighet, sosial ulikhet, fattigdom og stigma (Lauveng, 2020, s. 196). I arbeid med mennesker med ROP-lidelse, krever det derfor både arbeid på samfunnsnivå og individnivå. I lys av det konfliktteoretiske perspektiv vil jeg se

nærmere på sammenhengen mellom recovery-orienterte tjenester og undertrykkende strukturer tilknyttet maktbruk og stigmatisering mot mennesker med ROP-lidelser.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg var i praksis i en kommunal psykisk helsetjeneste var det stort fokus på at arbeidet skulle ha en recoveryorientert tilnærming. I samtale med de ansatte om det viktigste jeg måtte føre videre i min fremtidige yrkeskarriere som sosialarbeider, påpekte flere recovery og å ha bruker i sentrum. Jeg opplevde selv viktigheten av å ha fokus på recovery med brukermedvirkning og brukerens ressurser i arbeid med brukerne. Samtidig erfarte jeg at implementeringen av en recovery-orientert praksis var utfordrende på noen områder, blant annet at det skulle passe inn i tjenestens rammebetingelser. Jeg ønsker derfor å utforske hvordan strukturer og samfunnet påvirker implementeringen av recovery-orienterte tjenester og hvilke utfordringer dette kan medføre. Jeg anser strukturelle utfordringer som sentral kunnskap i arbeid med mennesker, hvor sosialarbeidere har en forpliktelse til å påvirke rammebetingelser som kan gi uheldige konsekvenser for grupper eller enkeltpersoner (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2). I tillegg anser jeg kunnskap om recovery-orientert tilnærming som relevant, fordi jeg tenker det vil prege arbeidet med mennesker med ROP-lidelser i fremtiden, og derfor vil være relevant på mange arbeidsplasser for sosialarbeidere i fremtiden.

1.3 Problemstilling

- *«Hvilke utfordringer kan sosialarbeidere møte i en recovery-orientert praksis for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse)?»*

1.3.1 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til sosialarbeidere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Norden. Kommunene har ansvar for helse- og velferdssektoren ovenfor mennesker med ROP-lidelse (Evjen et al., 2018, s. 219). Ifølge Helse og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) skal tjenestene forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom og lidelse. For mennesker med ROP-lidelse vil dette gjelde områder som ruskartlegging og psykososial oppfølging, henvisning til behandling, nødvendig helsehjelp og vurdering av behov for tjenester samt bistand i dette (Helsedirektoratet, 2012, s. 75-76). Tjenestene skal sikre enkeltindividers mulighet til en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre, samt å sikre et likeverdig

tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Jeg avgrenser også oppgaven til å se på sosialarbeideres erfaringer når jeg skal besvare problemstillingen, og derfor vil oppgaven bli skrevet ut fra et yrkesutøvers perspektiv. Jeg vil presisere at sosialarbeidere arbeider tverrfaglig, og mitt datagrunnlag inkluderer derfor erfaringer fra ulike yrkesgrupper som arbeider i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Jeg vil også presisere at oppgaven vil fokusere på ulike samfunnsmessige forhold som fører til utfordringer i arbeidet. I denne sammenhengen kan samfunn forstås som de strukturer og tenkemåter som er gjeldende i omgivelsene (Levin, 2015, s. 38). I tillegg vil jeg presisere at det ikke vil være begrensninger med tanke på avhengighet av spesifikke rusmidler eller spesifikk psykisk lidelse.

1.4 Sentrale begreper

1.4.1 ROP- lidelse

En ROP-lidelse indikerer at et menneske har minst to selvstendige lidelser samtidig, både psykisk lidelse og ruslidelse (Evjen et al., 2018, s. 24). I denne oppgaven vil det gjelde både mennesker med samtidig alvorlig psykiske lidelser og ruslidelse, samt mennesker med mindre alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse når hver av disse er forbundet med betydelig nedsatt funksjon. Ruslidelse vil være avhengighet eller skadelig bruk av både legale og illegale rusmidler.

1.4.2 Recovery-orientert praksis

Recovery-orientert praksis er støttende innsats mot recovery, hvor målet er at hvert individ kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene som følge av psykisk helse- og/eller rusutfordringer (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). I recovery-orienterte praksiser skal oppfølgingen foregå ut fra livssituasjonen til hvert enkelt individ (Brekke, 2022, s. 319). Den det gjelder skal være i førersetet og fokuset skal være på egne muligheter og ressurser.

1.4.3 Sosialarbeider

Sosialarbeider er en fellesbetegnelse for ulike yrkesgrupper som utfører sosialt arbeid (Ellingsen & Martinsen, 2019, s. 9), blant annet sosionomer og vernepleiere. Sosialt arbeid handler om å fremme sosial endring og utvikling, sosialt samhold og myndiggjøring av

mennesker. Sosialarbeidere skal bistå mennesker med behov for hjelp til å sikre menneskeverdig levekår og livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2). De arbeider for å styrke menneskers muligheter for likeverdig deltakelse i samfunnet, både med individuelle forhold og samfunnsforhold (Berg et al., 2015b). I denne oppgaven vil hovedfokuset ligge på samfunnsmessige forhold, hvor sosialarbeidere skal bidra med å synliggjøre samfunnsmessige forhold som bidrar til ekskludering og marginalisering og fører til sosiale problemer.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem deler. Første del består av innledningen, hvor jeg introduserer tema og ser på bakgrunnen for mitt valg av dette, samt problemstilling med avgrensning og avklaring av sentrale begreper. Del to handler om metoden. Jeg skriver om litteraturstudie som metode, søkeprosessen, samt kildekritikk og etiske overveielser i min litteraturstudie. Tredje del består av ulike teoretiske tilnærminger som skal brukes videre i drøftingen. Det er teorier som konfliktteoretisk perspektiv, makt, stigma, ROP-lidelser, recovery i tillegg til sosialarbeiderens rolle og rammebetingelser i arbeid med mennesker. I del fire skal jeg presentere funn fra datamaterialet mitt og drøfte det opp mot presentert teori, før avslutningen kommer til slutt.

2 Metode

For å besvare problemstillingen min har jeg brukt en tilnærmet litteraturstudie og foretatt en tilnærmet systematisk analyse. En litteraturstudie er en metode som inkluderer data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). I følge Aveyard (2018, s. 2) vil en systematisk analyse i en litteraturstudie innebære å søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur for å prøve å besvare en valgt problemstilling. Ved å bruke allerede eksisterende forskning vil man kunne få et bredere og mer helhetlig bilde av temaet, og derfor har jeg valgt litteraturstudie som metode. Aveyard (2018, s. 3-4) peker på fire komponenter en litteraturstudie burde inneholde. Komponentene er en problemstilling, en metode, presentasjon av funn samt en diskusjonsdel. Alle fire komponentene er med i denne litteraturstudien.

2.1 Søkestrategi og fremgangsmåte

For å komme frem til mitt datamateriale har jeg søkt i ulike databaser, blant annet IDUNN, Web of science og SocINDEX. Den databasen jeg fant mitt datagrunnlag var på Web of Science, som er en samling av flere databaser. Der fant jeg fire relevante artikler. Jeg har benyttet søkeord både på norsk og engelsk. For å finne de mest relevante søkeordene til min oppgave, hentet jeg inspirasjon fra relevante artikler gjennom snøballmetoden i tillegg til å prøve meg frem. Søkeord jeg benyttet på norsk er: recovery-orientert, recovery, ROP, rusmiddelproblem, psykiske lidelser, strukturelle utfordringer og sosialarbeider. Engelske søkeord som ble benyttet er: recovery-oriented practice, recovery, barriers, dual diagnose, substance use og mental health. Jeg søkte gjennom avanserte søk, som tillot meg å bruke flere begreper med samme betydning samt avklaring gjennom bruk av AND/OR/NOT mellom søkeordene. I følge Aveyard (2018, s. 85) blir AND/OR/NOT brukt for enten å begrense eller utvide søket, eller å ekskludere begreper under søket. De gir mulighet for å implementere inklusjons- og eksklusjonskriterier under søkeprosessen.

2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidrar til å finne data som adresserer problemstillingen, og hvilken data som ikke gjør det (Aveyard, 2018, s. 75). Et av mine inklusjonskriterier er at dataen skal være fra de siste 10 årene, altså 2013-2023. Denne begrensningen er basert på at jeg ønsker nyere data, samtidig som jeg ikke ønsker å utelukke relevant data. Andre inklusjonskriterium er kvalitative data og som ser på yrkesutøver erfaringer fra Norden. Derfor er kvantitativ data og brukerperspektivet to eksklusjonskriterier.

2.2 Datamateriale

For å komme frem til mitt datamateriale brukte jeg søkesammsetningen «recovery oriented practice» AND «mental health» AND «substance use» AND «qualitative». Jeg avgrenset til artikler skrevet i Norge og Danmark. Jeg fikk åtte treff på artikler, og etter å se gjennom sammendragene, kunne jeg luke ut flere som ikke hadde et tjenesteyterperspektiv. Etter en grundigere gjennomgang av artiklene, kom jeg frem til mitt datamateriale, som består av fire artikler. Jeg valgte de fire artiklene fordi de ser på yrkesutøveres erfaringer med recovery-orienterte tjenester og fokuserer blant annet på ulike faktorer og utfordringer i tjenestene. Dette er eksempelvis rammebetingelser og holdninger, som vil bli utdypet mer i presentasjon av funn. Artiklene jeg har valgt er:

Tittel	Forfatter, årstall
Mutual learning: exploring collaboration, knowledge and roles in the development of recovery-oriented services. A hermeneutic-phenomenological study	Klevan, Jonassen, Topor, Borg, 2021
Easier to Say 'Recovery' than to Do Recovery: Employees' Experiences of Implementing a Recovery-Oriented Practice	Kvia, Dahl, Grønnestad, Jensen, 2021
Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of staff experiences in Norway	Brekke, Lien, Nysveen, Biong, 2018
Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals	Jørgensen, Hansen & Karlsson, 2022

2.3 Kildekritikk

Ved å bruke kildekritikk finner en ut om en kilde er til å stole på. Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere eget datamaterialet (Dalland, 2020, s. 152). Jeg har brukt sjekkpunktene til Dalland (2020, s. 153) for å vurdere relevans, gyldighet og holdbarhet på mine artikler. Sjekklisten innebærer blant annet spørsmål om innholdet i artiklene er relevant og kan bidra til å besvare problemstillingen, hvem som har skrevet den og formålet med teksten. Jeg vurderer at mitt datagrunnlag er til å stole på og relevant til å besvare min problemstilling. Samtidig har artiklene både styrker og svakheter.

En styrke ved mitt datagrunnlag er at alle de utvalgte artiklene er fagfellevurdert. I tillegg er all forskning fra Norden og gitt ut mellom 2018-2022. Dette betyr at forskningen er av nyere tid og gir oppdatert kunnskap ut fra dagens situasjon på feltet. Datamaterialet benytter også kvalitativ metode, som er en styrke fordi det foregår i direkte kontakt med feltet og går i dybden for å få frem meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s. 54-55). Det som er en svakhet med mitt datamateriale er at artiklene har relativt få deltagere, altså mellom 11 og 18 deltakere. Dette kan resultere i at kunnskapen ikke kan generaliseres i like stor grad og at fagpersoner med viktig kunnskap ikke har deltatt og derfor kan relevant kunnskap på området kan være tapt. Samtidig vil datagrunnlaget uansett gi relevant kunnskap om recovery-orientert praksis med mennesker med ROP-lidelse.

I en av artiklene mine, Klevan et al. (2021) er det både tjenesteytere og brukere som er deltakere, noe som kan være en svakhet med tanke på at jeg skal besvare problemstillingen ut fra et tjenesteyterperspektiv. Samtidig har artikkelen klart å skille mellom hvem som uttrykker hva. En annen mulig svakhet fra samme artikkel er at de ble intervjuet i par, og at tjenesteyterne ble rekruttert ved at brukere skulle ta med en yrkesutøver de stolte på. Dette kan bety at tjenesteyter ikke har snakket fritt under intervjuene. Jørgensen et al. (2022), har gjort kvalitative intervju i spesialisthelsetjenesten fremfor kommunale tjenester, som kan være en svakhet. Samtidig vurderer jeg denne artikkelen som relevant fordi de uttrykker et tett samarbeider med kommunene og forklarer at de må forholde seg til like strukturelle betingelser. Til tross for svakhetene ved de ulike artiklene har jeg likevel vurdert de som relevante og inkludert de i min litteraturstudie.

2.4 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser handler om å tenke gjennom etiske utfordringer som kan forekomme i arbeidet med studien (Dalland, 2020, s. 167). Mitt datagrunnlag består av fagfelleverderte artikler som allerede har blitt godkjent av en etisk komite. Dette punktet vil derfor bestå av etiske overveielser fra min egen litteraturstudie og vil ikke ta for seg forskningsetikk fra datagrunnlaget.

Datagrunnlaget jeg benytter i min litteraturstudie vil være sekundærkilde, hvor jeg skal analysere allerede eksisterende forskning (Dalland, 2020, s. 157). Det kan føre til at jeg kan mistolke resultatene fra primærstudiene og må være bevisst dette i min analyse. Alle artiklene i mitt datagrunnlag er også skrevet på engelsk, som kan føre til mistolkning basert på min oversettelse av artiklene.

En annen etisk overveielse jeg må være bevisst, er «cherry-picking». Cherry-picking er å velge ut data som støtter under egne argumenter, og utelater studier som motbeviser argumentene (Aveyard, 2018, s. 13-14). For å unngå dette, er systematisk søkestrategi viktig (Aveyard, 2018, s. 74). Jeg kan ikke påpeke at all relevant forskning på temaet mitt er gjennomgått, men jeg har forsøkt å være bevisst potensielle cherry-picking gjennom min systematiske søkestrategi.

En siste etisk utfordring som kan forekomme i arbeid med min litteraturstudie handler om hvordan jeg fremstiller brukergruppen og vinkler studien. Jeg skal blant annet skrive om stigmatisering blant mennesker med ROP-lidelser, og må være bevisst hvordan jeg fremstiller det for å unngå selv å bidra til stigmatisering av menneskene. Jeg har bevisst valgt å skrive «mennesker med ROP-lidelse» fremfor «ROP-lidelser» fordi diagnosen ikke definerer mennesket bak, som også er et viktig prinsipp i recovery-orientert praksis.

3 Teori

3.1 Konfliktteoretisk perspektiv

I konfliktteori blir virkeligheten sett på som en sosial konstruksjon skapt i en kulturell, politisk og økonomisk sammenheng (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 98). Perspektivet kobler sosiale problem til samfunnet fremfor egenskaper ved individet. Konfliktteorier erkjenner at makt er sentralt og ulikt fordelt der «svake» grupper, eksempelvis mennesker med ROP-lidelse, blir forstått som undertrykt av samfunnet (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 87). Menneskers opplevelse av avmakt kan føre til en oppfatning av at de ikke har mulighet til å styre sitt eget liv. Slike oppfatninger kan internaliseres og føre til en tro på at endring ikke er mulig. Innenfor konfliktteori omfatter empowerment-begrepet arbeid med enkeltindivider og på samfunnsnivå med mål om maktmobilisering som frigjøring fra avmakt (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 89). Med et konfliktteoretisk perspektiv på sosiale problem vil arbeid med mennesker med ROP-lidelser foregå ved å bidra til frigjøring fra negative internaliserte oppfatninger om seg selv. I tillegg vil dette innebære arbeid med frigjøring fra undertrykkende mekanismer og barrierer som ekskluderer i samfunnet. Arbeidet må derfor rettes både mot enkeltpersoner, grupper, organisasjoner og på samfunnsnivå (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 87).

3.1.1 Definisjonsmakt

Det erkjennes at makt er ulikt fordelt i samfunnet hvor gruppene med størst makt har stor innflytelse og gode muligheter for å bli ivaretatt (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 88). Blant annet er makt til stede i alle relasjoner mellom brukere og yrkesutøvere (Skau, 2013, s. 31). Denne makten er ofte tilslørt og skjevfordelt. Et eksempel på slik makt er definisjonsmakt. Definisjonsmakt foregår blant annet ved at dominerende grupper får sin sannhet oppfattet som

samfunnets rådende diskurs (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 84). En diskurs er en rådende oppfatning på et samfunnsområde som tas for gitt. Definisjonsmakten handler derfor om retten til å definere den sosiale virkeligheten. Eksempelvis makten til å definere hvordan mennesker med ROP-lidelser blir sett i samfunnet og i hjelpeapparatet. Gjeldende diskurs kan opprettholde maktforholdet både i samfunnet samt mellom yrkesutøver og bruker. Det kan bidra til å opprettholde undertrykking og diskriminering av mennesker. På den andre siden kan yrkesutøvere gi definisjonsmakten til brukerne, og bidra til maktmobilisering. Dette er i tillegg sentrale prinsipper i recovery.

3.1.2 Prestemakt

Sosialarbeidere er iverksettere av velferdspolitiske mål, og har makten til å tolke velferdspolitiske målsettinger og regler samt å prioritere ressurser (Askheim & Pettersen, 2022, s. 301). Arbeidet foregår i et spenningsfelt mellom brukernes interesser samt krav og forventninger fra organisasjonen. Foucault (2002, sitert i Askheim & Pettersen, 2022, s. 301) karakteriserer profesjonsutøverens makt som en prestemakt. Han beskriver makten gjennom rettledning, veiledning og omsorg i stedet for repressiv kontroll (Foucault, 1982, sitert i Askheim & Pettersen, 2022, s. 301). Fagpersonen skal gi brukeren nødvendig kunnskap som skal gjøre de i stand til å ta selvstendige, men «riktige», valg. Brukerne skal ta valg som oppleves som selvstendige og bygger på deres ressurser og autonomi (Askheim & Pettersen, 2022, s. 302). Samtidig skal valgene gjøres innenfor aksepterte rammer, og ut fra bestemte normer, regler og grenser. Prestemakten gjør at ikke alle valg og utsagn brukere foretar i dialog med yrkesutøveren respekteres og godtas. Brukerne læres derfor til å ta frie valg, men som egentlig er produkter av bestemte diskurser, praktiske teknikker og maktforhold. I recovery-orienterte praksiser hvor brukerens egne mål og ønsker skal være førende, må det være en bevissthet rundt prestemakt (Askheim & Pettersen, 2022, s. 302). De møter et dilemma mellom samtidig å være lojal mot organisasjonen og brukere.

3.1.3 Stigma

Stigmatisering foregår i situasjoner hvor individet ikke fullt ut er sosialt akseptert (Goffman, 1963, s. 9). Det er et sosialt fenomen som skapes og opprettholdes av samfunnets kultur og strukturer. I følge Goffman (2009, s. 43) blir mennesker delt inn i ulike grupper i samfunnet, hvor noen egenskaper preger hvordan gruppen oppfattes av andre (Goffman, 2009, s. 20). Stigma blir sett på som nedvurderte egenskaper ut fra samfunnets oppfatning. Blant grupper

som blir tilskrevet en nedvurdert egenskap kan dette gå på bekostning av de andre aspektene ved enkeltindivider. Mange kan derfor bli betraktet som en diagnose i stedet for individet de er (Elstad & Norvoll, 2013, s. 121), eksempelvis mennesker med ROP-lidelse. Denne stigmatiseringen kan føre til at diagnosen overskygger andre identiteter og ressurser hos enkeltmennesket. «Stigmatisering er direkte knyttet til sosial eksklusjon ved at den kan føre til dehumanisering, diskriminering og ekskludering i sosiale sammenhenger, både privat, i arbeidsliv eller skole» (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Stigmatisering kan derfor begrense enkeltindivider og gruppers muligheter i samfunnet, og utestenge de fra det sosiale fellesskapet.

3.2 ROP-lidelse

Det har vært en økende erkjennelse at rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse ofte opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Statistisk sett har mennesker med rusmiddelavhengighet en klar overhyppighet av psykiske lidelser, samtidig som mennesker med psykisk lidelse ofte har rusmiddelavhengighet eller et overforbruk av rusmidler (Bramnes, 2022, s. 129). Sammenhengen er kompleks, og tolkes på ulike måter. Rusmiddelbruk kan forsterke psykiske plager og de psykiske plagene kan forverre rusmiddelbruken, samtidig som de kan gjensidig forverre hverandre (Lie, 2022, s. 45).

En ROP-lidelse kan føre til store konsekvenser for individet selv, samt for familie og nettverk (Evjen et al., 2018, s. 24). Individuelle konsekvenser kan blant annet være preget av redusert livskvalitet, bostedsløshet, økonomiske utfordringer, arbeidsløshet, høy risiko for selvmord samt behov for langsiktig og omfattende oppfølging. Dette fører til at hjelpeapparatet bør ha en helhetlig oppfølging og rehabilitering med mennesker med ROP-lidelse (Evjen et al., 2018, s. 223; Fekjær, 2016, s. 317). Det bør inkludere etablering av trygg boligsituasjon, økonomisk stabilitet, arbeidsrettede tiltak, familiestøtte samt krisehåndtering.

3.3 Recovery-orientert praksis

I recovery-orientert praksis skal oppfølgingen foregå ut fra den enkeltes livssituasjon med vekt på ressurser og muligheter (Brekke, 2022, s. 319). Det skal være et klart samarbeid mellom sosialarbeider og bruker. En forutsetning er at det ikke er sosialarbeideren som er ekspert og skal sitte på svaret, men brukeren anses som ekspert på seg selv (Dahl, 2021, s. 69). Individet skal selv sette målene og en må arbeide med en klar tanke om at alle er i stand

til å ta kontrollen over eget liv. Likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit bør derfor være sentralt i relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). I dette arbeidet bør sosialarbeideren samarbeide med brukeren om å bygge opp rundt dens ressurser, bidra til å skape håp eller til at sosiale roller og identitet endres i positiv retning (Evjen et al., 2018, s. 42). Med andre ord skal sosialarbeidere som arbeider i en recovery-orientert praksis bidra i brukers recovery-prosess.

3.4 Recovery

Recovery innen psykisk helse- og rusarbeid er et perspektiv med utgangspunkt i at bedring er en personlig og sosial prosess. En av de mest kjente definisjonene på personlig recovery i en sosialfaglig kontekst er:

Recovery er 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 bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Anthony, 1993, s. 17, oversatt av Borg et al., 2013, s. 10)

Målet er at hvert individ kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene som følge av psykisk helse- og rusutfordringer (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Det handler derfor ikke nødvendigvis om å bli frisk fra sykdom, men om å finne måter å leve med begrensningene og de sosiale konsekvensene som medfølger. Sentrale elementer under bedringsprosessen vil være myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv. Det vil være fokus på brukerens ressurser, selvbestemmelse og hva de selv mener de trenger for å leve et godt liv (Dahl, 2021, s. 69).

Fra et sosialt perspektiv vil recovery også handle om å utforske og håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av begrensningene som følger fra ROP-lidelsen. Fokuset rettes mot lokalmiljøets og fagpersonenes evne til å samarbeide med den enkelte i recovery-prosessen (Borg et al., 2013, s. 14). I eget lokalmiljø vil hverdagslivet være en av de viktigste arenaene for endring (Brekke, 2022, s. 323). Dette innebærer at recovery-prosessen også inkluderer sosiale aspekt som brukers økonomi, bolig, aktivitet, tilhørighet og relasjoner til andre som

viktige element. Tew et al. (2012, sitert i Borg et al., 2013, s. 14) peker på at omgivelsene må legge til rette for en personlig recoveryprosess. Det innebærer inkluderende lokalmiljøer og betingelser i sosiale strukturer. Fravær av diskriminering og stigma i miljøet vil være en forutsetning for å skape en tilknytning til det sosiale miljø og gjenoppbygging av en positiv identitet. Tew et al. (2012, sitert i Borg et al., 2013, s. 15) viser derfor til at arbeidet i en recoveryprosess ikke kun bør være individorientert. Å forstå og arbeide med det som gir mulighet for opplevelsen av en positiv og sosial identitet er derfor sentralt. I tillegg er det viktig at sosialarbeiderne viser respekt og anerkjennelse av personens erfaringer.

3.5 Sosialarbeiderens rolle og rammebetingelser i møte med brukere

I sosialt arbeid handler rammebetingelser om forhold som skaper ytre vilkår for arbeidet (Berg, 2015, s. 68). Det som utgjør rammeverket er blant annet samfunnets politikk, lovverk og økonomi, samt organisering av tjenester og kulturen på arbeidsplassen. Sosialarbeidere har samtidig et handlingsrom med mulighet til å benytte faglig skjønn. Dette gir sosialarbeideren et selvstendig ansvar for å utføre arbeidet i tråd med lovverk samt faglige og etiske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012, s. 34).

3.5.1 Sosialarbeideres yrkesetiske grunnlagsdokument

Fellesorganisasjonens (2019, s. 2) grunnlagsdokument gir forpliktende fellesverdier for sosialarbeidere og tar for seg etiske utfordringer i arbeidet. Verdier som er forpliktende for sosialarbeidere er ansvar, et grunnleggende menneskesyn, respekt for den enkeltes integritet, ikke diskriminere og anerkjenne ulikheter, ha et helhetssyn på mennesker, møte de med tillit, åpenhet og redelighet, samt med omsorg, nestekjærlighet, rettferdighet og solidaritet. Sosialarbeidere skal i tillegg ta utgangspunkt i brukerens egne verdier, kunnskap og ressurser (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2). Dette samsvarer med verdier i en recovery-orientert praksis. Grunnlagsdokumentet fremmer også etiske utfordringer det er viktig å reflektere rundt. Noen av utfordringene er møtet mellom mennesket med en bevissthet over egen væremåte, verdier og fordommer, skjønn og dømmekraft i møte med brukere, dialog og samarbeid, lojalitet og bruk av makt.

3.5.2 New Public Management

New Public Management (NPM) er en styringsrasjonalitet som gradvis er blitt innført i den offentlige sektor. Økt profesjonell ledelse og en tanke om økt delegering av beslutningsmyndighet blir vektlagt (Eide & Skorstad, 2020, s. 219). Noe av makten flytter seg fra sosialarbeidere og til utsiden av organisasjonen, samt fra mellomledere til ledere høyere opp i hierarkiet (Dahlstedt & Lalander, 2019, s. 223). I tillegg har NPM medført at sosialt arbeid har blitt tilpasset markedet, hvor ulike metoder og verktøy blir kjøpt og tilpasset ulike målgrupper. Markedslignende styringsmodeller har ført til at ledere har sterkere fokus på økonomisk besparelser og effektivitet i arbeidet.

Effektiviseringen har ført til standardiserte prosedyrer og rapportering som ytre form for kontroll over arbeidet, og vil påvirke hva som vektlegges i det sosiale arbeidet (Oterholm, 2015, s. 178). Dahlstedt og Lalander (2019, s. 223) peker på at denne måten å styre sosialt arbeid på kan føre til at det som er utfordrende å måle samt langsiktige og tidkrevende arbeidsmetoder blir utelatt og ansett som uinteressant. Dette kan gå på bekostning av profesjonell skjønnsutøvelse, relasjonsarbeid, forebygging, og strukturendringer.

4. Presentasjon av funn og drøfting

I denne delen skal jeg presentere mine funn og drøfte dem i lys av presentert teori for å belyse hvilke utfordringer sosialarbeidere kan møte i recovery-orienterte praksiser for mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse. Jeg skal drøfte problemstillingen gjennom et konfliktteoretisk perspektiv med fokus på hvordan samfunnet og rammebetingelser kan påvirke utfordringene sosialarbeiderne møter i praksis. I mitt datagrunnlag kom jeg frem til tre ulike temaer. Det første temaet handler om rammebetingelser i recovery-orienterte tjenester. Andre tema er sosialarbeideres holdninger i møte med ROP-lidelser, før jeg skal se på siste tema som er usikkerhet om hva recovery faktisk innebærer i praksis. Innenfor hvert tema skal jeg først presentere mine funn, før jeg drøfter det i lys av presentert teori.

4.1 Rammebetingelser tilknyttet NPM som en utfordring for sosialarbeidere i recoveryorienterte tjenester for mennesker med ROP-lidelse

Recovery-orienterte praksiser bør ha et helhetlig fokus i arbeid med mennesker med ROP-lidelse (Evjen et al., 2018, s. 223). For å støtte hver enkelt i sin personlige prosess mot

recovery trenger sosialarbeidere rammer som tillater individuelle tilpasninger til arbeidet. Samtidig har sosialarbeidere ytre rammebetingelser som kan begrense handlefriheten deres. Hvilke utfordringer rammebetingelsene tilknyttet New Public Management (NPM) kan medføre i recovery-orienterte tjenester for mennesker med ROP-lidelse skal jeg se nærmere på nå.

4.1.1 Funn

Tre av artiklene, Brekke et al. (2018); Jørgensen et al. (2022); Klevan et al. (2021) tematiserer ulike måter ytre rammer skaper utfordringer i utførelsen av recovery-orientering i tjenestene. Flere av informantene i artikkelen av Klevan et al. (2021) pekte på at en recovery-orientert praksis ble begrenset av effektivisering i tjenestene, og at det kunne føre til mindre fleksibilitet i arbeidet. Yrkesutøverne peker også på at rammebetingelsene kan være motstridende mot målene i arbeid med recovery. I artikkelen skrevet av Brekke et al. (2018) viser informantene til at de må prioritere mellom ulike oppgaver på grunn av knappe ressurser, og knytter det opp mot strukturelle forhold i tjenestene. Videre viser Jørgensen et al. (2022) til at strukturelle rammebetingelser kan utfordre den helhetlige tilnærmingen i arbeidet med ROP-lidelser og tematiserer tidsaspektet i arbeidet. Alle tre artiklene presentert her peker på at strukturelle rammebetingelser kan være en utfordring sosialarbeidere møter i recovery-orienterte tjenester.

4.1.2. Effektivisering som strukturell barriere i recovery-orientert arbeid med mennesker med ROP-lidelse

NPM har ført at ledelsen i offentlig sektor har et sterkere fokus på økonomiske besparelser og effektivitet i arbeidet (Dahlstedt & Lalander, 2019, s. 223). Flere av informantene i artikkelen skrevet av Klevan et al. (2021) mener at effektiviseringen av tjenestene begrenser recovery-orientering fordi yrkesutøverne har mindre fleksibilitet over hvordan de skal samarbeide med brukerne. Samarbeid er essensielt for at mennesker med ROP-lidelser skal bli myndiggjort og oppleve gjenvunnet kontroll over eget liv. Hjelpeapparatet har tradisjonelt sett hatt en tendens til å skyve fra seg brukergruppen, som fører til at brukerne opplever seg selv som kasteballer i systemet (Fekjær, 2016, s. 317). Dårlige erfaringer kan føre til at de møter nye hjelpere med mistillit, og kan heve terskelen for å oppsøke hjelp. I recovery-orienterte praksiser burde likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit være sentralt i relasjonen (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Sett fra mitt ståsted, kan rammebetingelsene som går på bekostning av samarbeidet

mellom mennesker med ROP-lidelser og yrkesutøverne være en utfordring sosialarbeiderne møter i dette arbeidet. Rammene for arbeidet som kan sette begrensninger for hvordan sosialarbeiderne samarbeider med brukergruppen, er motstridende fra en recovery-orientert tilnærming.

Informantene i Klevan et al. (2021) opprettet begrepet «retorisk recovery», som viser til at effektivisering har ført til en forenklet og målrettet forståelse av ROP-lidelser i arbeidet med brukergruppen. Standardiserer prosedyrer på arbeidsplassen kan legge føringer for dette. Informantene i Jørgensen et al. (2022) var inne på det samme, og pekte på at strukturelle forhold kunne utfordre den helhetlige tilnærmingen i møte med mennesker med ROP-lidelse. Dette kan føre til et fokus på diagnosen og å arbeid mot å bli symptomfri fremfor individet og ønsket livssituasjon. Strukturelle rammer kan derfor utelukke arbeid med sosiale prosesser som eksempelvis brukers økonomi, bolig, aktivitet og tilhørighet i lokalmiljøet. Dette er viktige aspekt under recovery-prosessen for mennesker med ROP-lidelser for å bidra til å endre deres sosiale roller og identitet i positiv retning (Evjen et al., 2018, s. 42). Min vurdering er at dette er motstridende mot recovery-orientert tilnærming, og skaper utfordringer i tjenester der fokuset skal ligge på brukerinvolvering og være basert på den enkeltes livssituasjon. Et fokus på diagnose fremfor individet kan være basert på makten sosialarbeidere har til å definere mennesker med ROP-lidelser som individuelle mennesker, eller som stigmaet knyttet til diagnosen. Ved å fokusere på diagnosen kan dette bidra til å opprettholde undertrykkende barrierer, hvor yrkesutøvere definerer hvordan mennesker med ROP-lidelser skal bli møtt i hjelpeapparatet.

4.1.3 Utfordringer knyttet til tidsperspektivet i recovery-orienterte tjenester blant ROP-lidelser

En annen utfordring sosialarbeidere kan møte som oppstår på grunn av NPM, er at de i større grad må prioritere mellom oppgaver når de opplever at tiden ikke strekker til. I artikkelen av Klevan et al. (2021) peker informantene på at effektiviseringen påvirker rammebetingelsene for arbeidet blant annet gjennom å regulere hvor lenge og hvor ofte møte med brukerne skal foregå. Videre viser de til at dette ikke vil fremme recovery, fordi recovery-prosessen for mennesker med ROP-lidelser ikke er lineær eller tidsbegrenset. Tidsperspektivet blir også tematisert i Jørgensen et al. (2022) hvor informantene pekte på at tidsaspektet i recovery-orienterte tjenester for mennesker med ROP-lidelse er viktig fordi det kreves tilstrekkelig med tid for å bygge en god relasjon. Alle informantene var enige i at en god relasjon mellom yrkesutøver og bruker var en forutsetning for god recovery-orientert praksis. Dahlstedt og

Lalander (2019, s. 223) mener at effektiviseringen fra NPM gjør at langsiktige og tidkrevende arbeidsmåter kan bli nedprioritert, og ser relasjonsarbeid som et eksempel på dette. Hvilke prioriteringer som blir gjort, er det yrkesutøverne som bestemmer. De har definisjonsmakten til å bestemme hva som er viktigst og som derfor blir prioritert i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser, selv om det kan gå på bekostning av recovery-prosessen deres.

At det er nødvendig å prioritere mellom viktige oppgaver kommer også frem blant informantene i Brekke et al. (2018). Eksempelvis fører knappe ressurser til at yrkesutøverne bruker mindre tid på å nå ut til mennesker med ROP-lidelse som ikke møter opp på timene sine. Brekke et al. (2018) reflekterer med at dette ikke er i samsvar med retningslinjene til kommunale helsetjenester for mennesker med ROP-lidelse som anbefaler oppsøkende arbeid for å nå brukergruppen. Denne prioriteringen kan bli sett i lys av stigmatiseringen av mennesker med ROP-lidelser. Det kan tenkes at mangelfull oppfølging og etterlevelse av retningslinjene ikke får så store konsekvenser når det går utover en gruppe som ikke har en så sterk posisjon i samfunnet, slik det gjerne er for mennesker med ROP-lidelser. Dette kan bidra til at mennesker med ROP-lidelser fortsetter å falle mellom to stoler og bidrar til å opprettholde undertrykkningen i samfunnet og avmaktsposisjonen. Selv om yrkesutøverne ønsker å arbeide recovery-orientert, kan rammebetingelser og tidsaspektet føre til at sosialarbeidere må gjøre prioriteringer som går på bekostning av recovery-orientert arbeid med brukergruppen, og kan derfor være en utfordring i arbeidet.

4.2 Hvordan holdninger kan være en utfordring for å utøve en recovery-orientert praksis

En viktig del av arbeidet i recovery-orientert tjenester foregår som et samarbeid mellom bruker og sosialarbeider. En forutsetning for at en tjeneste skal være recovery-orientert er at brukerne skal være ekspert over eget liv og egne behov (Dahl, 2021, s. 69). Det er individet selv som skal sette målene, og yrkesutøver skal ha en klar tanke om at alle er i stand til å ta kontroll over eget liv. Dette samsvarer også med sosialarbeidernes etiske grunnlagsdokument som påpeker at sosialarbeidere ikke skal diskriminere og skal møte brukerne med respekt for den enkeltes integritet, i tillegg til å ta utgangspunkt i brukernes egne verdier, kunnskap og ressurser (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2). Hvordan samarbeidet foregår i praksis og i hvilken grad mennesker med ROP-lidelse blir inkludert i beslutninger om seg selv er

avhengig av mange faktorer. En av de viktigste faktorene, og som vil bli drøftet videre er sosialarbeidernes holdninger ovenfor brukergruppen.

4.2.1 Funn

Yrkesutøvernes holdninger ble fremstilt på forskjellige måter i de ulike artiklene. I artikkelen skrevet av Kvia et al. (2021) kommer det blant annet frem at brukere ikke deltar i møter angående seg selv. Noen yrkesutøvere forteller at de selv tror de vet hva som er best for brukerne deres. I Brekke et al. (2018) beskrives det lignende holdninger. Informantene mente at delt beslutningstaking var problematisk, fordi brukere kan ha for lave ambisjoner.

Forfatterne av artikkelen knytter dette opp mot at yrkesutøverne ofte ikke tror brukere vet sitt eget beste.

Artikkelen til Brekke et al. (2018) fokuserer på ulike dilemma knyttet til recovery-orienterte tjenester, og informantene forteller at å balansere en dømmende og ikke-dømmende holdning kan være utfordrende. De peker på at en dømmende holdning kan føre til ujevn maktbalanse, samtidig som for mye aksept kan gi en opplevelse av at de gir opp brukerne. Videre kom det frem at informantene hadde integrerte en holdning om at alle burde være rusfri fordi de mente at rusmiddelavhengigheten var roten til andre problemer. Informantene i artikkelen av Jørgensen et al. (2022) pekte også på at rusmiddelbruk kunne være utfordrende i arbeidet med recovery-prosessen. I motsetning til de andre artiklene over, viser Jørgensen et al. (2022) en tro på brukeren og at de selv vet hva de ønsker for fremtiden. De har en holdning om at aktiv deltakende brukerne er viktig i egne recovery-prosesser.

4.2.2 Holdning om at mennesker med ROP-lidelser ikke vet sitt eget beste

I to av artiklene blir det beskrevet at noen informanter har en holdning om at brukerne ikke vet sitt eget beste (Brekke et al., 2018; Kvia et al., 2021). I følge Kvia et al. (2021) blir ikke alltid brukerne en gang invitert til møter hvor deres mål og drømmer blir diskutert. Dette går tydelig imot verdier i en recovery-orientert praksis hvor bruker skal myndiggjøres og sette egne mål. Informantene i Kvia et al. (2021) viser til at de gir brukerne alternativer ut fra hva de tror er det beste for dem, men at brukerne sjeldent blir spurt hva de selv tenker er det beste. Å gi brukerne muligheter de kan velge mellom kan knyttes til prestemakt, hvor brukerne kun får velge mellom allerede godkjente alternativer i forhold til normer, regler og grenser i

arbeidet. Sett fra mitt ståsted, kan holdninger om at mennesker med ROP-lidelse ikke vet sitt eget beste, knyttes opp mot stigmatisering fra samfunnet.

Stigmatisering kan være en faktor som begrenser forventningene hjelpeapparatet har ovenfor brukergruppen, og derfor begrenser mulighetene deres til å delta i saker angående seg selv. I følge Tew et al. (2012) vil det være en forutsetning i en sosial recovery-prosess at det er fravær av stigma og diskriminering for å gjenoppbygge en positiv identitet. Derfor krever også recovery-orientert arbeid endringsarbeid på samfunnsnivå. Stigmatiseringen kan gå på bekostning av et godt samarbeid og hjelp i egen personlig recovery-prosess. Det kan også føre til at mennesker med ROP-lidelse ikke får den hjelpen de har rett på. På denne måten kan stigma i samfunnet og holdninger i tjenesteapparatet være en utfordring i recoveryorienterte tjenester for mennesker med ROP-lidelser.

4.2.3 Aksept av rusmiddelbruk

En personlig recovery-prosess innebærer at enkeltmennesket skal leve et meningsfullt liv til tross for begrensninger (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). For mennesker med ROP-lidelse handler det dermed ikke nødvendigvis om å bli frisk eller slutte å bruke rusmidler. Mine funn viser at en utfordring sosialarbeidere kan møte i recovery-orienterte praksis for mennesker med ROP-lidelser er å akseptere brukeres ønsker om å fortsette med bruk av rusmidler. Dette ble tematisert av informantene i artikkelen til Jørgensen et al. (2022), hvor de pekte på at rusmiddelbruk kunne være en barriere i arbeidet, fordi de mener det kan hindre dem i å gjøre en god jobb. I følge Lie (2022, s. 45) er det en usikkerhet og uenighet i hjelpeapparatet om rusmiddelutfordringer eller psykiske lidelsen kom først og trigger den andre, samtidig som de ønsker å vite hva de skal gripe tak i først (Bramnes, 2022, s. 109).

I artikkelen av Brekke et al. (2018) beskrev informantene utfordringer med balansen mellom aksept av rusmiddelbruk og totalavhold. Etter diskusjon innad i gruppen ble det bestemt å adoptere en 12-steps tilnærming som innebar en holdning om at alle kan og bør være rusfri. Rusmiddelbruken ble sett på som roten til andre problemer, og derfor måtte bli behandlet først. Ifølge 12-steps tilnærmingen er det å fortelle mennesker om å slutte med bruk av rusmidler, recovery-orientert praksis (Brekke et al., 2018). Dette kan vise til definisjonsmakten sosialarbeiderne har til å definere hvordan rusmiddelbruk blir sett som hovedproblemet for mennesker med ROP-lidelse. Min vurdering er at når definisjonsmakten

blir brukt på denne måten, kan det være motstridende mot verdiene i recovery-orienterte tjenester hvor brukerrollen skal blir myndiggjort og gi mer makt til mennesker med ROP-lidelser til å definere hvordan de ønsker at eget liv skal være.

4.3 Hvordan foregår recovery-orienterte praksiser egentlig i praksis?

Helsedirektoratet (2014, s. 11) peker på at recovery er et sentralt perspektiv som bør prege tjenestene for mennesker til ROP-lidelser. Samtidig viser de ikke til hvordan dette skal foregå i praksis. Implementeringen av recoveryorienterte tjenester foregår på lokalt nivå, altså i kommunene, og må de selv utvikle hvordan praksisen skal ha en recovery-orientert tilnærming (NAPHA, 2010). Yrkesutøverne har makt til å definere hvordan tjenestene skal forstå recovery, og derfor også utøve det. Hvordan definisjonsmakten blir brukt i implementeringen av tjenestene, vil påvirke i hvor stor grad fokuset ligger på brukerne. Videre vil jeg se på hvordan en uklar forståelse av recovery-orienterte tjenester kan være utfordrende for sosialarbeidere i arbeid med ROP-lidelser

4.3.1 Funn:

Alle artiklene i mitt datagrunnlag viser til forskjellige måter å forstå recovery-orientert tilnærming på i arbeid med mennesker med ROP-lidelse. Blant tjenesteytere kan dette skape forvirring og utfordringer i arbeidet. I første artikkel peker informantene i Klevan et al. (2021), på en felles forståelse av at recovery og kjerneverdiene er viktig i implementeringen av recovery-orienterte praksiser, men opplever at forståelsen kan være ulik. Begrepet «retorisk recovery» trekkes også fram her fordi recovery blir sett på som et nyttig begrep i arbeid med mennesker med ROP-lidelse, men kan mangle innhold dersom verdiene ikke blir integrert i praksis. Kvia et al. (2021) viser i sin artikkel til at informantene uttrykte brukermedvirkning som et viktig element, men siden det ikke blir definert på et høyere nivå, fører det til lokale variasjoner i definisjon av begrepene og kan skape usikkerhet om hva det bør innebære i praksis. Informantene peker på at de sliter med å finne sin nye rolle i relasjonen til brukerne med fokus på samarbeid og endret maktforhold. I neste artikkel, viser Brekke et al. (2018) at informantene hadde ulike meninger om hva recovery-orientert tilnærming innebar i praksis. I siste artikkel, fra Jørgensen et al. (2022) definerer ikke informantene klart hva recovery-orientert praksis betyr for dem, men arbeidet knyttes til definisjonen av personlig recovery. Informantene forstår praksisen som å møte brukerne i deres situasjon og hjelpe dem med å finne meningen med livet.

4.3.2 Utfordringer med å implementere recovery-orienterte verdier i tjenestene

Sosialarbeidere skal bidra i endringsarbeid på strukturnivå ved å synliggjøre forhold som skaper og opprettholder sosial ulikhet i samfunnet (Ellingsen & Martinsen, 2019, s. 11). Et av målene i recovery er at omgivelsene, deriblant organisasjoner, skal legge til rette for recovery-prosesser for mennesker med ROP-lidelser (Tew et al., 2012, sitert i Borg et al., 2013, s. 14). En utfordring sosialarbeidere møter på er uenighet i implementering av recovery-orientert tilnærming på strukturelt nivå. I Klevan et al. (2021) var alle informantene enig i at de arbeidet med en recovery-orientert tilnærming, men ikke på grunn av organisasjonen. Informantene har en felles forståelse av at recovery-begrepet og kjerneverdiene ikke er godt etablert blant ledelsen og beslutningstakerne. For å arbeide recovery-orientert måtte yrkesutøverne ofte bevege seg rundt rigide retningslinjer for å samarbeide med brukerne på gode måter, selv om det kunne innebære at de ikke fikk støtte fra ledelsen. Dette kan knyttes opp mot spenningsfeltet sosialarbeidere møter mellom å være lojal mot organisasjonen og brukerne. Min vurdering er at dette også kan knyttes til ledelsenes definisjonsmakt, som kan gå på bekostning av yrkesutøvernes meninger. Det er sosialarbeidernes ansvar å belyse denne utfordringen, fordi det kan bidra til å opprettholde undertrykkelse og avmakt for mennesker med ROP-lidelse, som er motstridende i praksiser som skal være recovery-orienterte.

Krysspresset ble også synlig i Jørgensen et al. (2022). Informantene hadde ikke en klar forståelse av hva recovery-orientert praksis innebar. Forståelsen de hadde var likevel tett knyttet opp mot recovery som en individuell og unik prosess i arbeid mot å endre holdninger, verdier, mål, ferdigheter eller roller (Anthony, 1993, s. 17). Samtidig peker Jørgensen et al. (2022) på at forventninger fra organisasjonen og omgivelsene kunne være motstridende mot brukers ønsker. Min vurdering er at rammene som setter grenser for arbeidet med mennesker med ROP-lidelser kan knyttes både til definisjonsmakt og stigma i samfunnet.

Rammebetingelsene i kommunene settes i politikken, som styres av samfunnet. Rådende diskurser og stigma i samfunnet kan derfor påvirke hvilke rammebetingelser sosialarbeidere har i arbeid med ROP-lidelser. Krysspresset mellom organisasjonen og brukernes ønsker er derfor enda en utfordring sosialarbeidere møter i arbeid med mennesker med ROP-lidelser, og dette gapet vil være viktig at sosialarbeidere belyser for å kunne endre.

Informantene i Klevan et al. (2021) peker på at for å utøve recovery-orientert praksis må organisasjonen basere seg på grunnverdiene om at bruker skal være sentral i arbeidet og

ekspert i eget liv. Dersom det ikke skjer, kan sosialarbeiderne utøve «retorisk recovery», som viser til at recovery-begrepet mangler innhold. Dette kan være utfordrende å forholde seg til, både for sosialarbeidere, men også mennesker med ROP-lidelser. Det kan gi feil signal til brukerne, og stride imot sosialarbeidernes verdi om å bidra med hjelp til selvhjelp. Det kan gi signaler om at brukerne bestemmer og legger føringer for arbeidet, når det egentlig foregår på yrkesutøverens premisser, og kan knyttes til prestemakten sosialarbeiderne har.

4.3.3 Ulik forståelse av recovery-orienterte praksiser

Siden recovery-orientert tilnærming blir implementert i praksis og skapt på lokale nivå vil det være ulik forståelse av hvordan brukere skal inkludere det aktivt i egne tjenester. Som sagt, viser artikkelen skrevet av Kvia et al. (2021) til en usikkerhet hvordan samarbeid med brukerne burde foregå i praksis. Informantene forteller at de har vanskeligheter med å involvere brukerne og endre egen rolle på grunn av behovet for kontroll over mulighetene som legges frem. Yrkesutøverne påpeker at de ønsker å gi brukerne autonomi, men ender opp med å begrense selvbestemmelsen til allerede bestemte alternativer. En av informantene viste til at de drev med brukermedvirkning og hadde en recovery-orientert tilnærming; «[...] det er opp til pasienten å gjøre som vi anbefaler. Så, han har et valg, og det er recovery» (Kvia et al., 2021). Sett fra mitt ståsted kan dette knyttes opp til prestemakten, hvor makten ligger i å rettlede brukerne. Brukerne kan få en opplevelse av å ta selvstendige og frie valg, men er egentlig begrenset av yrkesutøveren (Askheim & Pettersen, 2022, s. 302). Det kan også knyttes opp til definisjonsmakten, som viser til at yrkesutøveren definerer hva recovery-orientert praksis er, selv om dette ikke bygger på selvbestemmelse og myndiggjøring. Dette vil føre til ulike praksis om hva som er recovery-orientert arbeid, og kan være uheldig for brukerne.

I følge Brekke et al. (2018) hadde informantene ulik forståelse om hva recovery-orientert praksis innebar, spesielt med tanke på hvor vidt de skulle godta rusmiddelbruk. De var uenige i hvilken grad de skulle støtte mennesker med ROP-lidelsers selvbestemmelse dersom de hadde et ønske om å fortsette med å bruke rusmidler. Yrkesutøverne som sitter på definisjonsmakten, kan påvirke hvordan tjenestene skal foregå i praksis. Det vil påvirke hvordan recovery-orientert tilnærming blir implementert og hvilken betydning det vil få i akkurat den tjenesten. Sett fra mitt ståsted, kan derfor en utfordring sosialarbeidere i recovery-orienterte praksiser møter være å bruke definisjonsmakten på en god måte, og ikke overkjøre

brukers tanker om hva recovery er. Dette vil være i strid med både viktige prinsipper i recovery-orienterte praksiser og motstridende mot sosialarbeideres verdier om å anerkjenne ulikheter og møte brukerne med tillit og åpenhet.

5. Avslutning

I denne bacheloroppgaven har rettet søkelyset på implementering av recovery-orientert praksis i kommunalt rus- og psykisk helsevern sett fra sosialarbeiderens ståsted. Jeg har brukt litteraturstudie som metode for å undersøke hvilke utfordringer sosialarbeidere kan møte i recovery-orienterte praksiser. For å drøfte problemstillingen min, har mitt datagrunnlag bestått av fire artikler, som jeg har drøftet funn opp mot relevant presentert teori. Tre tema som ble drøftet var rammebetingelser i recovery-orienterte tjenester, sosialarbeideres holdninger i møte med ROP-lidelser og usikkerhet om hva recovery faktisk innebærer i praksis.

Utfordringer som ble drøftet var hvordan rammebetingelser fra New Public Management kan skape utfordringer og begrensninger knyttet til effektivisering og tidsaspektet i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser. I tillegg har jeg sett på utfordringer knyttet til hvordan holdninger i tjenesteapparatet og samfunnet kunne påvirke brukeres muligheter til å delta i egen recovery-prosess. Jeg har også belyst hvordan holdninger kan komme fra stigma og hvordan prestemakt og definisjonsmakt kan påvirke hvordan yrkesutøverne møter mennesker med ROP-lidelser. Det siste temaet jeg har drøftet er forståelsen om hva recovery-orientert tilnærming er i praksis og utfordringer rundt implementeringen på lokalt nivå. Jeg har sett at hvordan recovery-orientert praksis blir definert ofte er opp til yrkesutøveren eller ledelsen og deres valg om å inkludere brukere i utformingen. Uten klare retningslinjer kan det føre til ulike tilnærminger til arbeidet, og kan gå på bekostning av brukerens egen stemme. Ut fra et konfliktteoretisk perspektiv er det viktig å møte slike utfordringer gjennom å belyse og endre undertrykkende barrierer for å skape et godt samarbeid slik at mennesker med ROP-lidelse får delta i egen recovery-prosess. Mer forskning og klare retningslinjer kan løse noen av utfordringene. Samtidig er det viktig å være klar over hvordan stigmatiseringen i samfunnet og maktforholdet mellom bruker og tjenesteytere kan påvirke utøvelsen av arbeidet.

Referanseliste

- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Askheim, O. P. & Pettersen, H. (2022). Brukermedvirkning på ROP-området – lettere sagt enn gjort? I L. Lien & T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer og sammenvevde tiltak* (s. 289-309). Fagbokforlaget.
- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Open University Press.
- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I B. Berg, I. T. Ellingsen, C. Kleppe & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 65-79). Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Kleppe, C. & Levin, I. (2015a). Individ og samfunn. I B. Berg, I. T. Ellingsen, C. Kleppe & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Kleppe, C. & Levin, I. (2015b). Introduksjon: Sosialt arbeid. I B. Berg, I. T. Ellingsen, C. Kleppe & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 13-17). Universitetsforlaget.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (4/2013). NAPHA. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Bramnes, J. G. (2022). Rusmidler: bruk og avhengighet. I L. Lien & T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak* (s. 109-133). Fagbokforlaget.
- Brekke, E. (2022). Recovery-orientert praksis. I L. Lien & T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (s. 319-336). Fagbokforlaget.
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: A

- qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Dahl, T. (2021). Recoveryperspektivet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 63-93). Gyldendal Akademiske.
- Dahlstedt, M. & Lalander, P. (2019). Ett solidarisk sosialt arbeid i tiden. I I. T. Ellingsen, K. H. Martinsen & E. Strøm (Red.), *Sosionom: Relasjoner og muligheter*. Fellesorganisasjonen.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg.). Gyldendal.
- Eide, S. B. & Skorstad, B. (2020). *Etikk: Til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, I. T. & Martinsen, K. H. (2019). Sosionom - hvem er vi og hva gjør vi? I I. T. Ellingsen, K. H. Martinsen & E. Strøm (Red.), *Sosionom: Relasjoner og muligheter*. Fellesorganisasjonen.
- Elstad, T. & Norvoll, R. (2013). Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 118-148). Gyldendal Akademisk.
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2019). Yrkes etisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. I. Fellesorganisasjonen (FO). <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes of the Management of Spoiled Identity*. Penguin Psychology.
- Goffman, E. (2009). *Stigma – Om avvigerens sociale identitet* (2. utg.). Samfundslitteratur.

- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROP-lidelser (Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet))* (IS-1948). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddb85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Veileder](IS-2076). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Jørgensen, K., Hansen, M. & Karlsson, B. (2022). Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10294. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610294>
- Klevan, T., Jonassen, R., Topor, A. & Borg, M. (2021). Mutual learning: exploring collaboration, knowledge and roles in the development of recovery-oriented services. A hermeneutic-phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies*

on Health and Well-being 16(1), 2001898.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2001898>

Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T. & Jensen, M. J. F. (2021). Easier to Say 'Recovery' than to Do Recovery: Employees' Experiences of Implementing a Recovery-Oriented Practice. *International journal of mental health and addiction*, 19(5), 1919-1930.

<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00285-1>

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid – det landskapet vi er mennesker i* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I B. Berg, I. T. Ellingsen, C. Kleppe & I. Levin (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 36-46). Universitetsforlaget.

Lie, T. W. (2022). Kartlegging og utredning. I L. Lien & T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer og sammenvevde tiltak* (s. 45-68). Fagbokforlaget.

NAPHA. (2010, 11. juni. 2022). *Recovery*. Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid. <https://napha.no/content/13883/recovery>

Oterholm, I. (2015). Skjønnsutøvelse i velferdsorganisasjoner. . I I. Ellingsen, Levin, I., Berg, B. & Kleppe LC (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 171-183). Universitetsforlaget

Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp - Om det flertydige forholdet mellom klienter og hjelpere* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Tew, J., Ramon, S. & Slade, M. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>