



Høgskolen  
i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Mona Hauger Kjelsberg

Masteroppgave

«Et forandrende møte»

«A changing meeting»



*Haraldvangen ved Hurdalsjøen*

4PM791-1 19V Psykisk helsearbeid

2020

Antall ord: 24023

## **Forord**

Arbeidet med denne oppgaven har vært intenst og spennende. Avslutningen markerer slutten på mastergradutdanning som har gitt meg nye kunnskaper på psykisk helsefeltet. Personlig har det vært en utviklende reise i nye spennende bekjenskaper, personlig og faglig utvikling. Å komme i kontakt med både Høgskolen Innlandet i Elverum i øst og Hurdalsjøen Recoveryssenter i vest har vært en rik opplevelse for en voksen dame. Jeg vil rette en stor takk til de fire informantene som stilte opp og fortalte om sine erfaringer – dere er de tøffeste. Aldri lærte jeg så mye på så kort tid. Møter med dere forandrer.

En stor takk også til Hurdalsjøen Recoveryssenter og Tom Liudalen som tok sjansen og slapp meg til. Takk for god mottakelse, din tid og informasjon underveis. All mulig lykke til videre!

En helt spesiell takk til Jan Stensland Holte for god veiledning, spennende faglige innspill og litteraturtips.

Og til slutt – en hjertelig takk til min kjære kollega Ingrid Hartveit Svendsen for gjennomlesing og verdifulle kommentarer i innspurten!

Reinsvoll, 3. mai 2020

Mona Hauger Kjelsberg

# Innhold

Forord	2
Innhold	3
Sammendrag	5
Abstract	6
1.0 Innledning og bakgrunn	7
1.1 Hensikt, forskningstema og problemstilling	10
1.2 Sentrale begreper	11
1.3 Oppgavens struktur og avklaringer	12
1.4 Hurdalsjøen Recoverycenter	13
1.5 Forforståelse	15
2.0 Teoretisk referanseramme	17
2.1 Psykisk helsearbeid i Norge	18
2.2 Psykiske smerte og møter med hjelperne	20
2.3 Recovery	23
2.4 Illness, Management and Recovery (IMR)	27
2.5 Fysisk aktivitet	29
2.6 Hva hjelper	31
3.0 Metode	33
3.1 Valg av metode	33
3.2 Rekruttering av utvalg til studien	35
3.3 Gjennomføring av intervjuene	35
3.4 Forskningsetiske overveielser	37
4.0 Analyse	39
4.1 Systematisk Tekstkondensering (STC)	39
4.2 Metodediskusjon	43
4.3 Godkjenning av studien	45
5.0 Presentasjon av funn	47
5.1 Erfaringer fra tidligere innleggelse og en krenkelseskultur	48
5.2 Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen Recoverycenter	50

5.3 Minst mulig medisiner	51
5.4 Betydningen av fysisk aktivitet	53
5.5 Betydningen av IMR i egen bedring	54
5.6 Betydningen av å få nok tid	56
6.0 Drøfting	57
6.1 Et forandrende møte	57
6.2 Recoverynærende miljø, drøfting av IMR	59
6.3 Tid og rom til å gi behandling som oppleves som god	61
Konklusjon	68

**Vedlegg:**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere

Vedlegg 2: Intervjuguide

## Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien er å løfte fram og styrke brukerstemmen for personer med erfaringer fra alvorlige psykiske helseutfordringer og deres fortellinger om egen bedringsprosess. Studien søker å styrke brukerstemmen slik at møter med psykisk helsehjelp blir møter som hjelper. Studien ser på hvordan fire brukere forteller om hvordan de opplevde behandlingstilbudet på Hurdalsjøen Recoverycenter og setter dette i sammenheng med forskning om recovery.

Egenerfaringer kan utvikles til kunnskap og forståelse for hva som er til hjelp i bedringsprosesser. Datamaterialet bygger på fire kvalitative dybdeintervjuer, og er analysert med Systematisk Tekstkondensering (STC) (Malterud, 2012).

Studien handler om møte med en tilnærming til personer med psykiske helseutfordringer, hvor hver enkelt møtes med anerkjennelse, forståelse og respekt. Her tilbys hjelp til å trappe ned på medisiner, opplæring i livsmestringslæring (IMR), fysisk aktivitet og tid til rådighet.

Recovery er valgt som faglig og teoretisk ståsted. Recovery som fagperspektiv har fotfeste internasjonalt og nasjonalt, og forskningen rapporterer om tilfriskning fra alvorlige psykiske helseutfordringer. Recoveryperspektivet bygger på en personsentrert tilnærming der egenerfaring anerkjennes som kunnskapskilde. Kunnskapsbasert praksis der forskning, erfaring og brukerkunnskap likestilles, omtales som beslutningsgrunnlag for behandling. Samarbeid mellom pasient og behandler og andre nære relasjoner i et *recoverynærende miljø* har en sentral plass i oppgaven.

Studien peker på sentrale utfordringer i dagens psykiske helsevern. Brukerne forteller om møter som krenker og om møter som anerkjenner. Studien søker å løfte fram brukernes ønsker om å endre tilnæringsmåter slik at behandling kan utvikles til en psykisk helsehjelp som pasientene selv ønsker. Likeverdige samarbeid, muligheter for erfaringsdeling, opplæring i livsmestring og aktivitet kan være veiledende strukturer.

Nøkkelord: Recovery, Hurdalsjøen, erfarte bedringsprosesser, IMR, fysisk aktivitet, brukerkunnskap, respekt, anerkjennelse, samarbeid, forandrende møte, kvalitativt intervju.

## Engelsk sammendrag (abstract)

The aim of this study is to raise and strengthen the user voice for people with experiences of severe mental health challenges and their stories of their own improvement process. The study seeks to strengthen the user voice so that meetings with mental health help become meetings of use. The study looks at how four users talk about how they experience the treatment offer at Hurdalsjøen Recovery center, and put this in the context of research on recovery.

Self-experience can be developed as knowledge and understanding of what is helpful in improvement processes. The data is based on four qualitative in-depth interviews, and has been analyzed with Systematic Text Condensation (STC) (Malterud, 2012). The study is about meeting with mental health challenges, where each one meets with recognition, understanding and respect. It offers help to reduce medication, life skills training (IMR) physical training, activity and time available.

Recovery is chosen as a professional and theoretical point of view. Recovery as a professional perspective has a point of view internationally and nationally, and the research reports on recovery from severe mental health challenges. The recovery perspective is based on a person-centered approach where self-experience is recognized as a source of knowledge. Knowledge-based practice where research, experience and user knowledge are equated is referred to as the basis for decision making. Collaboration between patient, and therapist, and other close relationships in a recovering environment has a central place in the task.

The study points to key challenges in today's mental health care. Users tell about meetings that hurt and about meetings that heal. The study seeks to highlight users' desires to change interventions so that treatment can be developed into a treatment that patients themselves desire. Equal collaboration, places for sharing experiences, life skills training and physical activity can be guiding structures.

**Keywords:** Recovery, Hurdalsjøen, experienced improvement processes, IMR, physical activity, user knowledge, respect, recognition, collaboration, changing meeting, qualitative interview.

## 1.0 Innledning og bakgrunn

Behandling i psykisk helsevern spesialisthelsetjeneste er organisert sammen med rusbehandling i Helsedirektoratet under avdeling for Folkehelse og forebygging. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordna ansvaret for kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i Norge (Helsedirektoratet, 2020b). Sykehusene tilbyr blant annet spesialisert behandling til befolkningen, og det går et skille mellom somatiske sykehus og psykiatriske sykehus. Den Norske Stat eier de offentlige sykehusene. Noen sykehus er under privat eie og organisasjon, slik som Incita AS hvor denne studien er forankret. De private driver etter avtaler med Helfo, som er en etat i Helsedirektoratet. Helfo forvalter blant annet forskjellige økonomiske oppgjør til leverandører og tjenesteytere (Helsedirektoratet, 2020a).

Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsefeltet både i offentlig og privat regi, er regulert av Lov om spesialisthelsetjeneste og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lov om pasient og brukerrettigheter sikrer befolkningens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Psykisk helsefeltet står over for betydelige faglige dilemmaer blant annet om sykdoms- og symptomfokus og helhetlig personsentrert behandling og om reell kunnskapsbasert praksis.

Oppgaven begrenser seg til behandling i spesialisttjenesten til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Behandling i psykisk helsevern i Norge deler seg i flere retninger, og to av dem er den biomedisinske behandlingen og den recoverybaserte behandlingen. Fokus her blir hva brukerne selv sier er til hjelp.

Informanter til studien er utskrevet eller i ettervern til noe som Hurdalsjøen Recoverycenter kaller «recoverypiloter». Recoverypilotene har betydelig erfaring med innleggelse og behandling i psykisk helsevern forskjellige steder i Norge, og beskriver blant annet erfaringer med feildiagnostisering, tvangsbehandling og en kultur for overmedisinering. De beskriver konsekvenser av dette med personlige, kroppslige og psykiske arr. Dette må anses som spesielle og viktige erfaringer som kan bidra til å videreutvikle psykisk helsefeltet. Å bli møtt med håp og anerkjennelse kan bety en stor forskjell for bedring i psykisk helse. Derav oppgavens tittel. Så kan da en personsentrert helhetlig tilnærming hindre feildiagnostisering og fremme recovery? En av deltakerne sa:

*«Men å bli møtt som et menneske, da, og ikke som en diagnose. Nå har jeg fått PTSDdiagnose, og jeg kjenner meg jo veldig igjen i den. Det er mer en traumebiografi – at jeg sliter på grunn av tidligere traumer. Det har jo hjelpt meg til å forstå meg selv på en annen måte. Jeg var jo veldig tungt diagnostisert da jeg kom inn her. Jeg hadde jo fått paranoid schizofreni, jeg hadde fått borderline – misvisende, villedende diagnoser som jeg ikke kjente meg igjen i. Jeg skjønnte jo ikke hvordan jeg skulle jobbe når jeg ikke visste hva som var feil, da – eller galt. Jeg visste ikke hvordan jeg skulle klare å forstå meg sjøl. Men nå begynner jeg å skjønne litt mer.*

Den teoretiske – og kanskje den forskningsbaserte, evidensbaserte og vitenskapelige kunnskapen spesielt, må kunne sies å ha en forrang som grunnlag for dagens praksis. Kunnskapssamfunnet bygges på så sikker kunnskap som mulig (Thurén, Gjerpe, & Gjestland, 2009, p. 26). Den erfaringsbaserte kunnskapen blir ofte nedvurdert som ugyldig av den evidensbaserte (Eriksson & Hummelvoll, 2012).

Studien ser nærmere på betydningen av sosial støtte og anerkjennelse i miljøet hvor bedringen skal foregå. Kontekst og omgivelser for gode recoveryprosesser er lite beskrevet i litteraturen ifølge Karlsson og Borg, som understreker konsekvensen av at bruker og fagperson ofte ikke gis mulighet til den tid som er nødvendig for at en person skal finne trygghet til å bli kjent og finne den nødvendige vilje, tillit og åpenhet, til å finne ut hva en selv trenger å jobbe med for å få det bedre (Karlsson & Borg, 2017, p. 16). Tid har blitt en knapphet i den offentlige tjenesten, samtidig som tid som ressurs kan ha avgjørende betydning. Foretaksmodellen og fokus på effektivitet om økonomi og tidsbruk kan være en faktor for at tjenestene ikke lykkes i stor nok grad (Karlsson, 2011, p. 61). Effektivitetskravene legger også føringer for det faglige kunnskapsgrunnlaget i og med at de samme myndighetene utvikler nasjonale retningslinjer for klinisk arbeid og praksis. Utredding, diagnostisering og behandling skal gå raskt, noe som ikke tar hensyn til betydningen av det gode relasjonelle møtet, der bruk av tid kan være en avgjørende ressurs (Karlsson, 2011). Nå i 2020 kan det virke som utvikling i retninga av tilpasning til nye føringer fra myndighetene og utvikling i psykisk helsefeltet har vært noe ujevn i Norge. Noen har kommet godt i gang med recoverybaserte tjenester mens andre støtter seg til et biologisk medisinsk fundament.

For personer med alvorlige lidelser, kan det spesielt i en akutt fase, forekomme at de kan være til fare for eget eller andres liv eller helse. Noen mangler forståelse for at de er syke, eller at



de står i fare for å få sin tilstand betydelig forverret. I slike tilfeller anses det ofte som nødvendig med tvangsbehandling og medisiner (Dahl & Aarre, 2012, p. 606), blant annet med tanke på sikkerhet. Samtidig melder pasienter, brukere, pårørende og ansatte om at dagens tvangsbehandling og tvangsmedisinering ofte oppleves krenkende, traumatiserende og unødvendig. Mange opplever problematiske bivirkninger av medikasjon. Noen opplever at bivirkninger av medisiner er vanskeligere å leve med enn symptomene de er ment å redusere. (Husum, Hem, & Pedersen, 2018, pp. 99-110; Pedersen, Nortvedt, Ribe, & Keeping, 2017). Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om denne arbeidsmåten kan begrense eller hindre bedringsprosessene ved at den for eksempel er for standardisert og diagnosestyrt i stedet for å være personorientert. Det er også kjent at langvarig bruk av psykofarmaka kan være skadelig (Aarre, 2018). Helsemyndighetene i Norge og flere andre land i Europa har de senere årene satt fokus på tvang i behandling og ønsker en reduksjon. Høsten 2019 kom forslag til ny lov om tvangsbegrensing (Regjeringen, 2019).

Flere av brukerorganisasjonene har gått sammen for å kjempe fram legemiddelfrie behandlingstilbud, og i 2013 ble «Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp» dannet (Aarre, 2018, p. 58). Siden juni 2016 har de regionale helseforetakene i Norge vært forpliktet til å tilby legemiddelfrie behandlingstilbud. Dette innebærer at pasienter i psykisk helsevern selv kan velge mellom forskjellige behandlingstiltak, herunder behandling uten medikamenter så langt dette er forsvarlig. Det understrekes at dette handler om muligheten til å velge siden mange opplever press til å ta medisiner de ikke har lyst til å bruke. Det handler altså ikke om antipsykotisk medisin har effekt. Pasientene skulle ha muligheter til å velge den behandlingen en selv tror virker for seg. En så for seg at slike tilbud også bl.a. kunne redusere bruk av tvang (Aarre, 2018, p. 58).

Med dette bakteppet er mitt forskningsprosjekt å fokusere på hva brukerne selv forteller om hva som kan påvirke deres bedringsprosess. Jeg vil belyse hva brukerne trekker fram som kan styrke opplevelsen av å bli forstått, hindre unødig bruk av medisiner og tvang, og fremme helhetlig behandling, slik som Helsedirektoratet anbefaler blant annet i veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014). Det anses som en vesentlig utfordring for behandlingsfeltet at en gir tradisjonell behandling til personer med rus- og psykiske vansker som de selv ikke ønsker eller er motivert for. Derfor er det viktig å utvikle tjenestene i tråd med den behandlingen pasientene selv uttrykker ønske om.

## 1.1 Hensikt og forskningstema

Denne studien vil søke å bidra til å videreutvikle balanse i kunnskap ved å styrke brukerstemmen. Hensikten med studien er å få fram levde erfaringer og pasientkunnskap, og bidra til å løfte den fram til sentral kunnskap om hvordan mennesker med alvorlige psykiatriske diagnoser erfarer bedringsprosesser. Jeg prøver å gå fra et fortellende og narrativt materiale til generaliserbar kunnskap – fra recoveryfortellingen og recoveryprosessen til relevant kunnskap. Jeg søker å øke reell medinnflytelse i behandling ved å få fram kunnskap som styrker egenerfaringer som bidrag i utvikling av behandling og i fagfeltet. Den erfaringsbaserte kunnskapen i denne studien understreker relevans i diskursen om kunnskapsbasert praksis. Studien ser på erfaringer fra før og etter innleggelse og behandling ved Hurdalsjøen Recoverysentersenter.

Som et teoretisk ståsted for studien, var det nødvendig å utvikle en oversikt over fremveksten av recovery som forsknings- og praksisfelt. Dette var viktig for å identifisere og plassere elementer som informantene fortalte om. Det som sies å fornye recovery i våre dager, er fokuset på at recovery er del av en humanistisk og sosial tradisjon (Karlsson & Borg, 2017). Begreper som «recoverynærende miljøer» understreker viktigheten av relasjoner og gode sosiale miljøer for å fremme recovery (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, p. 22). Folk utvikler seg gjennom deltakelse i sosiale relasjoner, i lokalsamfunnet og i samfunnsstrukturene. I en humanistisk forståelse av recovery er autonomibegrepet sentralt når samhandling, samvær og samarbeid på et likeverdig nivå skal utøves i praksis. Studien har som mål å tilføre recoveryforskningen nye elementer som utvider kunnskapen om opplevde recoveryprosesser og spesielt betydningen av medvirkning.

### **Problemstilling:**

**Hva trekker tidligere pasienter ved Hurdalsjøen Recoverysentersenter fram som betydningsfullt og avgjørende i sin recoveryprosess? Og hvordan kan slike erfaringer bidra til å endre dagens praksis?**

Studien bygger på bedringsfortellinger fra informanter som selv har erfart innleggelser i psykiatrien, og som har fått erfare bedringsprosess innenfor rammene av Hurdalsjøen Recoverysentersenter. Studien anerkjenner informantenes egne tanker og følelser gjennom bedringsprosessen, og ser nærmere på elementer i behandlingstilnærming og tiltak som deltakerne selv beskriver som god hjelp og bidrag til recovery.

## 1.2 Sentrale begreper i studien

Alle har en psykisk helse. Helsemyndighetene legger føringer for helsetjenestene og for samfunnet som fremmer mestring, samhandling og opplevelse av mening (Helsedirektoratet, 2014). De nasjonale retningslinjene legger planer for hvordan vi kan oppnå bedre psykisk helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer **helse** på denne måten:

*«Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom og svekkelse»* (Thurén et al., 2009, p. 20).

I denne studien vil jeg bruke denne definisjonen som en forankring for recoverybegrepet.

**Pasient/brukerbegrepet** er mye diskutert. Det vil kanskje skinne gjennom i oppgaven at jeg ikke er helt komfortabel med «bruker»-begrepet. For meg gir begrepet assosiasjoner til noe som belaster helsetjenesten, i stedet for å tilføre for eksempel kunnskap og samhandling. Det er likevel slik at brukerbegrepet etter hvert er innarbeidet i bl.a. faglitteratur, lovverk, veiledere fra myndighetenes side. Brukerbegrepet blir benyttet i denne studien som beskrivelse på en person som ikke lenger er innlagt, men som tar imot helsehjelp. Pasientbegrepet tilsier at denne personen er i behov for hjelp og behandling i døgnavdeling på sykehus, og utløser også rettighet til spesialisert hjelp.

Med **brukerkunnskap** forstås her en anerkjennelse av menneskelige erfaringer som kunnskap som er likeverdig med andre kunnskapsformer. Livserfaringer anerkjennes som grunnlag for kunnskapsutvikling. Brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap brukes om hverandre (Klevan, Sjøfjell, Borg, & Karlsson, 2018, p. 9).

**Recovery** er et engelsk ord, og oversettes ofte med tilfriskning eller som det «å komme seg» (Slade, 2017). Recovery har etter hvert etablert seg i fagfeltet psykisk helsearbeid. Det er et stort og omfattende begrep, og beskrives som et perspektiv som bygger på at bedring både er en sosial og en personlig prosess der målet er å få et meningsfullt og godt liv til tross for de begrensningene som de psykiske helseutfordringene gir (Helsedirektoratet, 2014, p. 31). Perspektivet bygger på en god relasjon mellom bruker og tjenesteutøver, og at brukeren selv er ekspert på seg og sitt liv. I motsetning til tradisjonell behandling i psykiatrien som bygger på fokus på symptomer, at psykiateren vet best og på at symptomer bør medisineres, hevder

Karlsson og Borg at recovery hører hjemme i en humanistisk og sosial tradisjon (Karlsson & Borg, 2017, p. 13).

Recovery utdypes senere innenfor de teoretiske rammene for studien.

**Motstandsressurser eller motstandskrefter** er et viktig begrep i salutogeneseperspektivet og i recoveryperspektivet. Salutogenese som begrep ble første gang brukt av sosiologen Aron Antonovsky i 1987. Salutogeneseperspektivet bygger på et helsefremmende fokus og helhetlig syn på behandling, der det å finne motstandsressursene i seg selv er grunnleggende for helse og livsmestring. Jeg velger å tenke at salutogenese er godt integrert i recoverytenkningen, fordi både i recovery- og i salutogeneseperspektivet ser en på hvilke ressurser mennesker bruker for å opprettholde og utvikle bedre helse til tross for belastninger (Langeland, 2014).

I recoveryorientert praksis legger en vekt på å bruke disse kreftene eller finne de potensielle motstandskreftene, mens en i patologisk praksis ofte fokuserer mer på å redusere risikofaktorer. Motstandsressurser er krefter i mennesket som kan fremme mestring av stress. Motstandsressurser er faktorer som påvirker måten vi takler krevende situasjoner på. Dette kan handle om tilgang på sosial støtte og nære relasjoner, identitet og selvbylde, kunnskap og innsikt, intelligens og oversikt, kultur og deltakelse, religion og verdier som gir mening og evne til å regulere følelser. Gode, kloke mestringsstrategier beskrives som hovedområde for motstandsressurser (Langeland, 2014, p. 13).

### **1.3 Oppgavens struktur og avgrensinger**

Fokus i oppgaven er diskursen mellom recoverybasert og sykdoms- og biomedisinsk tilnærming til personer med alvorlig psykisk lidelse – tilnærminger som ofte blir sett på som motsatser med samme mål om å gi god psykisk helsehjelp. Men selv om motsetningene er der og diskursen er viktig, er det også viktig å se på mulige gode overlappinger sett fra et personorientert ståsted. Jeg har valgt å belyse noen av disse dilemmaene gjennom erfaringene som mine informanter har, gjennom å ha opplevd en recoverybasert tilnærming. I første kapittel belyses elementer i den komplekse virkeligheten som dagens psykiske helsefelt står i. I kapittel to forankrer jeg oppgavens teoretiske fundament gjennom et kort blikk på psykisk helsefeltets historie der den biologisk orienterte og den recoverybaserte modellen gikk hver

sine retninger, og har fått prege psykisk helsefeltet til ulike tider. Erfaringer med psykose er en rød tråd gjennom fortellingene fra mine informanter. Derfor presenteres et utvalg av relevant teori og forskning for å belyse retningene spesielt med tanke på behandling av psykosefenomenet. Jeg har valgt å la samlebegrepet recovery ha en posisjon som det bærende begrepet i min forankring og stå som utgangspunkt for mine analyser og diskusjon. Kapittel tre beskriver og begrunner hvilken vitenskapelig tilnærming og forskningsmetode som er brukt for å hente inn data til studien. I fjerde kapittel belyser jeg de ulike fasene og avveiningene jeg gjorde av mine data i analysefasen, og i kapittel fem belyses resultatene som kommer fram via analysedelen. I sjette kapittel forsøker jeg å sette dataene inn en teoretisk kontekst og reflekterer over hva undersøkelsen kan bidra med for videreutvikling av en recoveryinspirert praksis.

### **Oppgavens avgrensning**

Oppgaven er avgrenset til å fokusere på tidligere pasienter ved Hurdalsjøen Recoverycenter og deres personlige recoveryfortellinger. Det ble gjennomført til sammen fire utforskende samtaler med fire informanter som hver og en er viktige kunnskapskilder til studien. Studiet ser nærmere på informantenes opplevde forskjeller mellom en tradisjonell psykiatrisk/medisinsk praksis og recoveryorientert praksis.

Salutogenese som teoretisk referanseramme kunne muligens bidratt til å gi studien en enda mer solid forankring. Jeg har likevel valgt å avgrense oppgaven ved å ta utgangspunkt i at salutogenese er en integrert del av recovery.

## **1.4 Hurdalssjøen Recoverycenter – en recoveryorientert praksis**

Hurdalssjøen Recoverycenter henvendte seg til Høgskolen Innlandet Elverum for å få hjelp til å gjøre en brukerundersøkelse ved Avdelingen for Behandling av psykiske helseutfordringer. Hurdalssjøen Recoverycenter er en avdeling under det private helseforetaket Incita AS, og har en naturskjønn beliggenhet ved Hurdalssjøen. I følge senterets hjemmeside og senterets ledelse som jeg møtte et par ganger før studien startet opp, tilbys her heldøgns behandlings- og omsorgstilbud til mennesker med alvorlige psykiske helseutfordringer. Hurdalssjøen Recoverycenter har plass til ca 30, og har gitt slike tjenester til denne målgruppe siden 2015 da ordningen om «Fritt behandlingsvalg» ble etablert. Senteret er også et supplement til kommunale tjenester eller statlige spesialisthelsetjenester. Det finnes ulike botilbud knyttet til

senteret. Haraldvangen er en underavdeling av sykehusavdelingen. På Haraldvangen bor flere av institusjonens «recoverypiloter». Hurdalsjøen Recoverycenter har sitt faglige ståsted i Aron Antonovsky's helsefremmende og helhetlige salutogeneseperspektiv, der det å finne motstandsressursene i seg selv er grunnleggende for helse og livsmestring.

Denne oppgaven tar for seg opplevde recoveryerfaringer fra tidligere pasienter ved Hurdalsjøen Recoverycenter, avdelingen på Haraldvangen. Alle informantene har erfaring fra sykehusavdelingen. Flere ansatte og andre medhjelpere har egne erfaringer med psykiske helseutfordringer, og utgjør bemanningen sammen med tverrfaglig helseutdannet personale, som ledes av psykiater og psykolog. Recoverypilotene er personer som tidligere har vært pasienter, og som har innsikt og erfaring om recovery og utfordringer i bedringsprosesser. I følge senterets ledelse, gjøres undervisning og aktiviteter felles for personale og pasienter. Senteret praktiserer medlevertturnus som innebærer at ansatte er på jobb fra kl. 08.00 – 22.00 i sju dager for så å ha fri i sju dager. Kontinuitet er en av flere generelle anbefalinger for god praksis i tjenestene (Helsedirektoratet, 2013, p. 29).

I følge ledelsen ved Hurdalsjøen Recoverycenter, er det et mål å hjelpe mennesker med psykiske helseproblemer til å leve gode og selvstendige liv uten unødvendige eller overdreven bruk av medikamenter. Senterledelsen har erfaring med at mange greier å håndtere psykiske helseplager med andre tiltak og mestringsteknikker enn medikamenter. Det er fokus på reell brukermedvirkning gjennom sterk involvering og individuell tilpasning. Sentrale elementer i tilbudet er behandlingsprogrammet Illness Management and Recovery (IMR) med blant annet individuelle serviceplaner med recoverymål, daglig fysisk aktivitet, støttesamtaler med ansatte og med recoverypiloter, aktiv miljøterapi, struktur, økologisk kosthold og bruk av naturen som behandlingsmetode. På Hurdalsjøen Recoverycenter gjennomføres IMR en time hver ukedag. Når en har gjennomført, kan en gjerne delta på nye runder. Slik lærer en mer selv samtidig som en blir en ressurs for andre. IMR beskrives nærmere som en del av det teoretiske rammeverket for denne oppgaven.

Det viktigste virkemiddelet ved Hurdalsjøen Recoverycenter hevdes å være det å møte det enkelte menneske med forståelse og respekt. Så langt det er mulig, anerkjennes den enkeltes historie og begrunnelse for hvorfor situasjonen er blitt som den er. Den enkelte pasient er unik og forskjellig, og hjelpen tilpasses individuelt. Et forløp her kan bestå av utviklingsprosessen fra pasient til recoverypilot og til arbeid eller utdanning i trygge rammer.

## **Fysisk aktivitet**

Det har i mange år vært kjent at det å drive fysisk aktivitet er godt mulig og særdeles viktig også når en har alvorlig psykisk lidelse (Karlsson, Bahr, & Norge, 2008). Hurdalsjøen Recoverycenter tilbyr sine pasienter veiledet trening hver dag, og har ansatt personale med idrettsfagutdanning til formålet. Det kom fram under intervjuene at de ansatte trener sammen med pasientene. Styrketreningsrom og stier i naturen rundt er eksempel på treningsarenaer. Senteret støtter seg til idrettsforskeren Jan Hoff som sammen med kollega Jan Helgerud har kommet fram til at treningsopplegget 4X4 gir den beste og mest effektive måte å bedre kondisjon på (Helgerud, Engen, Wisløff, & Hoff, 2001). For å stimulere avspenning, bevegelse og kjernemuskulatur, tilbys yoga, og ballspill i gymsalen bidrar til idrettsglede og samhold.

## **1.5 Forforståelse – mitt personlige innsteg**

Forforståelsen preger vår måte å se ting på, og den er ofte ubevisst. Thurén forklarer forforståelse med at en ikke kan oppfatte virkeligheten kun gjennom egne sanser - den vil alltid være påvirket av en god portsjon tolkning (Thurén et al., 2009, p. 66). Også Malterud sier at det er umulig å ikke påvirke kunnskapsutviklingen i det fortolkende paradigmet. Tolkningens læren eller hermeneutikken handler om å forstå med innlevelse, og her skiller hermeneutikken seg fra positivismen. Som mennesker kan vi sette oss inn i og forstå hva andre føler og opplever (Malterud, 2017, pp. 41-46).

Jeg beskriver her mitt faglige ståsted i forhold til hensikt og tema for studien. Utdannings- og arbeidsbakgrunn beskrives for å klargjøre bakgrunn og utgangspunkt for oppgaven. I kvalitativ forskning befinner vi oss i det fortolkende paradigmet. Forskerens perspektiv, interesser og erfaringer påvirker problemstillingen og forskningsprosessen. Det er likevel et mål å gjengi informantenes erfaringer og meninger nøytralt, transparent og beskrivende.

### **Mitt ståsted – faglig og personlig**

Tema er valgt ut fra faglig og personlig interesse. Min faglige forståelse har opprinnelse i sosialt arbeid og humanistiske fagtradisjoner. Jeg har bachelor fra sosialt arbeid og videreutdanning fra psykisk helsearbeid og tverrfaglig veiledning. Spesielt har veilederutdanning og –praksis økt bevisstheten om respekt, anerkjennelse og likeverd – de

humanistiske verdiene i relasjoner. Det er min mening at likeverdig tverrfaglig samarbeid i større grad bør være beslutningsgrunnlag for god behandling. Min bakgrunn som sosionom og sosialarbeider vil favorisere det humanistiske perspektivet med spesielt fokus på helhetstenkning og kontekstuell forståelse – gode, aktive og sosiale miljøer med bevissthet om maktposisjoner. Å tilrettelegge for bedringsprosesser med forankring i tilhørighet, mestring, anerkjennelse av ressurser basert på frivillighet og i et trygt miljø er det som gir meg arbeidsglede og faglig engasjement.

Da jeg valgte tema for studien, var det med utgangspunkt i en interesse for behandlingstilbud basert på tverrfaglig samarbeid, aktivitet, gode opplevelser, friluftsliv og godt kosthold – altså det i behandling av psykiske helseutfordringer som ikke handler om medisiner. Mange pasienter forteller at medisiner har god effekt, samtidig som de gir ubehag. Min skepsis er knyttet til at pasienter underlegges langvarig overdreven medisinbruk der de kanskje selv ikke opplever den som nyttig. Denne skepsisen vil sannsynligvis skinne gjennom og påvirke data, analyse og tolkninger i studien. Jeg var bevisst dette før studien, og hadde til hensikt å lytte aktivt og følge informantenes ulike innfallsvinkler til tematikken. Jeg er også opptatt av at vi i størst mulig grad og selvsagt der det er forsvarlig, må prøve å finne andre tilnærminger enn tvang i akuttpsykiatrien - tilnærminger med respekt og dialog. Begrepet *faglig forsvarlig* kan romme ulike syn, og kan også hindre alternative løsninger å komme til syne. Fra min arbeidsplass kjenner jeg ingen som synes det er greit å bruke tvang i behandling eller at pasientene skal være så kort tid innlagt at vi opplever å ikke kunne gi fullverdig behandling. Likevel blir det gjort og beskrevet som nødvendig. Derfor spør jeg meg: Hvilke konsekvenser får måten vi møter pasienter på? Og hvilke muligheter gis pasienter til å uttrykke behov? Er det tilrettelagt for dialog, samarbeid og reell medvirkning om behandling? Hva er konsekvensen av tid som knapp ressurs?

### **Arbeidsbakgrunn**

Min erfaringsbakgrunn er fra min arbeidsplass ved et av Norges eldste og tradisjonelle psykiatriske institusjoner, en arbeidsplass jeg trives ved. Å få være med å påvirke utviklingen her med min ideologi om å tilrettelegge for aktivitet, kultur, læring og samhandling, gir mening. Teoretisk føler jeg meg hjemme i eksistensiell, humanistisk og idealistisk tenkning. I min jobb som sosionom og rådgiver, får jeg anledning til å tilrettelegge for gode opplevelser gjennom kulturelle aktiviteter for pasientene, samarbeide med DPS og kommunene og ha veiledningsgrupper for personalet. Sammen med dyktige kolleger bidrar jeg til tverrfaglig



samarbeid og samhandling på tvers av tjenestenivåer om gode og varierte aktivitetstilbud. Jeg har lite en-til-en pasientkontakt, og ingen erfaring fra praksis i akuttpsykiatri selv om jeg jobber tett på. Denne bakgrunnen og mitt ståsted kan ha påvirket arbeidet med denne oppgaven, mitt valg av teori og hva jeg har valgt som drøftingsfokus. Utgangspunktet hadde antakelig vært annerledes hvis jeg hadde vært ansatt i en av enhetene ved sykehuset. Enhetene her har låste dører. De tar imot og behandler personer med akutte og/eller alvorlige diagnoser og med vanskelige livssituasjoner – de som ofte hevdes å ha behov for tvangsinnleggelse og tvangsmedikasjon på grunn av suicidalitet eller psykoselidelse.

Siden 2004 har jeg snakket med pasienter med psykoseutfordringer på gode møtearenaer. Flere har vært tungt medisinert med flere typer antipsykotika, beroligende medisiner og innsøvningpreparater. Bivirkningene av medisinene har vist seg som for eksempel skjelving, sikling og sløvhet. Flere har slitt med overvekt, kribling i armer og bein og følelsesavflating, bivirkninger som beskrives som plagsomme. Dette har vært en viktig motivasjon for denne studien. På min arbeidsplass er medisinering av psykoselidelse vanlig. En ser på psykose som alvorlig sykdom, og bruker medisiner til å dempe eller fjerne symptomer. Nettopp derfor var det interessant å høre erfaringer fra Hurdalsjøen Recoverycenter hvor det tilbys medisinfri behandling.

## **2.0 Teoretisk referanseramme**

Den teoretiske referanserammen danner den begrepsmessige forankringen for arbeidet med datamaterialet når vi ser etter mønstre og sammenhenger. En kan enten bestemme seg for et teoretisk perspektiv før undersøkelsen eller la dette utvikle seg parallelt med datainnsamling, analyse, lesing m.m. (Malterud, 2017, p. 47) Jeg har valgt det siste.

Først presenteres aktuell historikk om psykisk helsevern i Norge. Videre ser jeg på utviklingen på recoveryfeltet fra opprinnelse og fram til i dag. Mot slutten av kapittelet gis referanser til faktorer i recoverynærende miljøer som kunnskapsbasert praksis og anerkjennelse i møte med den andre.

## 2.1 Psykisk helsearbeid i Norge

Måten samfunnet har sett på og behandlet psykiske helseutfordringer, har i tiden gjennomgått store forandringer. Innesperring for å dempe symptomer startet i de såkalte dollhusene, på slutten av 1700-tallet i Norge etter modell fra flere steder i Europa. Kurmetodene på den tiden bestod blant annet av disiplin, oppdragelse, kalde sjokkbad. Det var disse anstaltene legene tok kontroll over fra midten av 1800-tallet og etablerte asylers i, og biologi ble en sentral vitenskap (Blomberg, 2018; Kringlen, 2005, p. 20). Somatiske behandlingsmetoder som lobotomi og insulinkomabehandling skapte ny optimisme i 1920 – 30-årene. Professor i psykiatri Emil Kraepelin (1856 – 1926) hadde stor innflytelse på feltet, og innførte klassifikasjon gjennom diagnoser. Arbeidsterapien var vanlig ved sykehusene fra 1920-tallet parallelt med tilgang på antipsykotiske midler fra ca 1950. På den tiden hadde også psykoanalysen og Sigmund Freud (1856 – 1939) etablert psykiatrisk praksis med «den frie assosiasjon» som kjernepunkt. Freud har hatt stor innvirkning på psykiatrien. I Norge var det på 1960 og -70-tallet stor interesse for psykodynamisk tenkning og sosialpsykiatrisk praksis, mens det etter ca 1980 igjen ble mer fokus på diagnostisering og biologiske forklaringsmodeller og medikamentell behandling (Kringlen, 2005). Fra 1960-tallet har både brukerfeltet og pårørendefeltet vokst frem og fått en sentral plass i utviklingsbildet. Politisk har føringene de siste 40 årene styrket bruker- og pårørende-medvirkning (Klevan et al., 2018, p. 13).

Fagområdet Psykisk helsearbeid ble etablert rundt 1995 – 2000 og presenterte en dreining fra et dominerende medisinsk patologisk perspektiv til et paradigme med fokus på et helsefremmede, salutogent og senere recoveryorientert grunnsyn (Aarre, 2018). Reformen startet med Stortingsmelding 25, Åpenhet og helhet, som fremmet utviklingstrekk i retning av at det skulle legges til grunn et helhetlig syn på menneskers psykiske helse. Pasienten som person og agent i eget liv kom i fokus og en økt samhandling mellom tjenestenivåene og ulike aktører skulle bedre tjenestene her det i Samhandlingsreformen. Brukernes egne erfaringer skulle anerkjennes som kunnskap. Fagfeltet psykisk helsearbeid skal være tverrfaglig samarbeid, og «Fritt behandlingsvalg» kom på plass fra 2013. Statsråd Bent Høyne presenterte sitt prosjekt som helse- og omsorgsminister som «å skape pasientens helsetjeneste», og helsemyndighetene fulgte opp med viktige retningslinjer og veiledere, bl.a. Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) og Pakkeforløpene for psykisk helse (Helsedirektoratet,

2018 - 2020). Kunnskapsgrunnlaget skal nå være tverrfaglig og forskjellig fra det tradisjonelle medisinske kunnskapsfokuset. Pasienten ses helhetlig i sin kontekst – ikke bare biologisk eller sosialt (Hummelvoll & Granerud, 2010).

### **Sammen om mestring**

Helsedirektoratet kom i 2014 med veilederen «Sammen om mestring», som gir anbefalinger til kommuner og spesialisthelsetjeneste i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014). I «Sammen om mestring» gir myndighetene føringer på samhandling og at tjenestene bør tilrettelegges i henhold til den enkeltes behov og være recoverybaserte. Både veilederen og helselovene forplikter tjenestene å organisere seg med arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning. Brukermedvirkning innebærer at den som beslutninger handler om, selv skal være med å beslutte. Brukeren skal være en likeverdig partner i dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2014, p. 17). Betydningen av å tilrettelegge arenaer for dialog mellom fag- og brukerkunnskap vektlegges, slik at aktørene i større grad skal lære av hverandre. I «Sammen om mestring» heter det at psykisk helse ikke kan skilles fra generell helse, en skal se hele mennesket, og samarbeid og samspill med omgivelsene skal ligge til grunn. Det ble satt fokus på traumeforståelse som årsaksfaktor for ulike psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2014, p. 29). Resiliens blir pekt på som personers motstandskraft – et begrep som også brukes i recoveryorientert praksis der personene finner igjen sin egen motstandskraft og kan ta opp kampen for å bygge en ny styrket identitet. Helsedirektoratet snakker også om dette som empowerment. Empowerment beskrives som en prosess hvor mennesker igjen evner å øke kontroll over egen helse og å bedre egen helse. Norske ord for empowerment kan være myndiggjøring eller egenkraftmobilisering. Dette anses som et viktig arbeidsområde i bedringsprosesser, da stigmatisering ofte er en konsekvens av psykisk lidelse. Å bli utsatt for stigmatisering, får ofte konsekvenser som lavt selvbilde, rangert som nederst i samfunnshierarkiet og det setter begrensninger for likeverdig samarbeid (Helsedirektoratet, 2014, p. 31).

### **Epidemiologi**

Psykiske lidelser er vanlig i befolkningen, og utgjør et av de største helseproblemene vi har. Folkehelseinstituttet alminneliggjør psykiske lidelser og sier at mellom en av seks og en av fire vil kunne fylle kriteriene for psykiske lidelser i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018). Samme rapport sier at om lag 1 – 3,5 prosent vil få en psykoselidelse i løpet av livet. Epidemiologien i norsk psykiatri har i alle tider vært økende siden registrering av sinnssyke

tok til på 1800-tallet. I NOU 2019:14, utreder Østenstadutvalget forslag til nye felles regler om tvang og inngrep uten samtykke. Her nevnes de alvorlige sinnslidelsene som har vært omfattet av tvangslovgivning; psykoser, stemningslidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og alvorlige spiseforstyrrelser (Regjeringen, 2019). Utvalget sier at psykoselidelsene er forholdvis sjeldne, og at en regner med at omtrent 0,5 prosent av befolkningen i løpet av livet kan oppfylle de diagnostiske kriteriene for schizofreni og vrangforestillingslidelser. Bipolare lidelser rammer trolig mellom en og to prosent av befolkningen i løpet av livet. Litt over ti prosent rammes av alvorlig personlighetsforstyrrelse (Regjeringen, 2019). Når det gjelder de alvorlige psykiske lidelsene viser forskning en lav og stabil forekomst. Det meste av veksten forekommer i andre og nye definisjoner av psykisk lidelse. Mange er skeptisk til de høye tallene for psykiske lidelser og begrunner dette i at vanlig normale menneskelige utfordringer defineres som psykisk lidelse, og at sterke krefter, blant annet i legemiddelindustrien presser på (Karlsson & Borg, 2017, p. 35).

## 2.2 Psykisk smerte og møter med hjelperne

Svein Haugsgjerd har satt søkelys på hvordan en møter mennesker med psykiske lidelser, og på hvordan bruk av tid og gode sosiale forhold har betydning (Haugsgjerd, 2018). Psykisk helse kan påvirkes av arvelige sårbarhet og miljøfaktorer. Miljøpåvirkningene omfatter blant annet risikofaktorer, helsefremmende faktorer og beskyttelsesfaktorer. Utfordringene kan bunne i sosiale og økonomiske problemer og komme til uttrykk for eksempel som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser eller psykose. Det vises ofte til Stresssårbarhets-modellen (Zubin & Spring, 1977) når en forklarer årsaker og risikofaktorer for psykoselidelse, da det hevdes at noen mennesker er mer sårbare for psykose på grunn av sammensetning av biologiske, sosiale og psykologiske faktorer, og denne sårbarheten gjør at vi reagerer på livet og dets utfordringer på forskjellig vis.

Psykiater og psykoanalytiker **Svein Haugsgjerd** definerer psykiske lidelser som psykisk smerte (Haugsgjerd, 2018). Han sier at begrepet psykisk smerte rommer de vanskelige følelsene som «frykt, angst, frustrasjon, sitte bitterhet, selvbepreidelse, skam, depresjon, melankoli, fortvilelse, forvirring, hevnlust, selvhat osv.»(Haugsgjerd, 2018, p. 32).

Haugsgjerd mener at begrepet skal brukes når smerten gir sterke plager, slik at det ikke vannes ut. Sett i sammenheng med psykiatri og diagnostisk klassifisering, sier Haugsgjerd at psykisk sykdom nå er erstattet av begreper som «psykisk lidelse» eller

personlighetsforstyrrelse osv. Det at den psykiske smerten kan dempes eller mildne, handler om å sette ord på de vanskelige følelsene. En må møtes på et psykologisk og sosialt plan – dele i samvær og samtale med andre. Det er helt individuelt hva mennesker har med seg av stress og sårbarhet som medfører psykisk smerte, og konsekvensene er alvorlige med tanke på evne til tilknytning, affektregulering, selvrefleksjon osv. I psykisk helsearbeid er det et mål at den som sliter, skal få det bedre. Å gi god behandling, innebærer at interaksjonen må foregå over lengre tid og den må være forankret i teori og behandlingstenkning (Haugsgjerd, 2018, p. 47). I behandling av psykisk smerte er det viktig å tilrettelegge slik at personer som er rammet av forferdelige tap eller fryktelige og traumatiske opplevelser gradvis kan tinte opp bilder og opplevelser og komme til med ord og kommunikasjon for å bearbeide det vonde. Her forstår jeg Haugsgjerd slik at bruk av tid og gode sosiale møter, kan bidra til å utvikle et språk om det som er vanskelig. Det vonde vil fortsatt være til stede i ens livshistorie, men kanskje i en mildere form som på sikt kan gi en opplevelse av motstandskraft og mestring. Haugsgjerd sier at det kan skape styrke å gå inn i det smertefulle og snakke om det (Haugsgjerd, 2018, p. 38). Vi som skal hjelpe, må gi tid og rom – være oppmerksomt til stede, lytte uten å dømme, og være genuint interessert i å hjelpe vil gi den som strever nødvendig tillit. Vi er både deltakere og tilskuere, og påvirker dermed i samspillet og samtalen. Dette er viktig i møte med psykisk smerte, sier Haugsgjerd. Blodprøver og MR-bilder kan ikke behandle psykisk smerte – vi må snakke og høre og se og kjenne etter hva møtet gjør med oss.

### **Alvorlig psykisk lidelse**

Informantene til denne studien har eller har hatt alvorlige psykiske helseutfordringer. En fellesnevner er erfaring med psykose. Psykose som fenomen kan forekomme både i psykiatriske og somatiske tilstander. Psykose betegnes ofte som en forvirringstilstand med varierende grad av sviktende evne til realitetstesting. Psykose er knyttet til flere psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og bipolar lidelse. De vanligste kjennetegnene ved psykose er hallusinasjoner, vrangforestillinger, desorganisert tenkning og språk. De som erfarer psykose, kan også oppleve at normale funksjoner faller bort – en unngår andre og tar mindre vare på seg selv og andre. Det blir vanskelig å fungere i dagliglivet, og det kan være utfordringer med å forstå verden og å bli forstått (Helsedirektoratet, 2013). Mange med psykoselidelse og da spesielt de med schizofreni, har også utfordringer når det gjelder kognitive funksjoner knyttet til sansning, tenkning, problemløsning og oppmerksomhet. Dette kan gi utfordringer i å utføre oppgaver og fungere for eksempel i skole og arbeid (Ueland, 2008). Noen psykoselidelser varer lenge, mens noen varer bare kort tid. Psykose kan

forekomme som for eksempel ikke-afektive psykoser ved f.eks. schizofreni eller som affektive psykoser ved bipolar lidelse. Psykoselidelse gir ofte store belastninger og funksjonstap for den som rammes, for de pårørende og for samfunnet (Helsedirektoratet, 2013).

Traume kan beskrives som en hendelse som overvelder sentralnervesystemet fordi den er uutholdelig og utålelig, og blir til sår som ikke er leget (Anstorp & Benum, 2014). Traumer utvikler seg når personen som er utsatt, ikke får bearbeidet hendelsen, og ikke kan reagere på andre måter enn å skille erfaringen bort fra hukommelsen. Mangel på trøst, støtte og tilgjengelig hjelp når hendelsen skjer, fører til at erfaringen sitter i kroppen, og personen kan utvikle omfattende psykiske stresslidelser som PTSD (posttraumatisk stress). Anstorp og Benum definerer dissosiasjon som «frakoplingen eller avspaltingen av erfaringer, følelser og kroppslige minner som per definisjon ikke har vært til å tåle» (Anstorp & Benum, 2014, p. 28). De senere årene er det satt fokus på at ubehandlede traumatiske erfaringer kan ligge bak diagnoser som personlighetsforstyrrelse og dissosiasjonsproblematikk. Reaksjoner på traume kan komme til uttrykk i selvskading, uro og forvirring, store problemer med å forklare eller finne ord for hendelsen, uoppmerksomhet, være fjern – reaksjoner som kan ligne på reaksjoner ved andre diagnoser innen psykospekteret. Det ha vært tilfeller hvor dissosiative lidelser har blitt feildiagnostisert som schizofreni (Anstorp & Benum, 2014, pp. 31-32).

### **Antipsykotisk medisin**

Denne studien har på ingen måte mål av seg til å forklare eller utdype betydning eller virkning av medisiner som benyttes ved psykoser. Dog nevner informantene opplevelser av overmedisinering og tvangsmedisinering som et betydelig problem. Derfor nevnes kort at antipsykotisk medisin beskrives som å ha symptomlindrende effekt mot psykotiske episoder og at denne typen medisin forebygger nye psykotiske episoder (Dahl & Aarre, 2012, p. 521). Noen psykoser går over når personen tar antipsykotisk medisin, men det forekommer ofte tilbakefall. Andre varer lengre og noen forverrer seg. Noen pasienter blir bedre av behandling med medisiner og psykososiale tiltak, mens andre ikke opplever bedring eller kanskje kun merker bivirkningene av medisinene. Bivirkninger kommer blant annet som plagsom kvalme, muskulære uro, skjelvninger, vektøkning, og følelsesmessig avflating (Dahl & Aarre, 2012, pp. 128-135).

## 2.3 Recovery

Gjennom de siste 30 årene er det etablert ny kunnskap innen psykisk helsearbeid, bl.a. ved at en lytter mer til personer med psykiske helseutfordringer som har frisknet til helt eller delvis. Fokus på tilfriskning preges av optimisme, håp og anerkjennelse av menneskers styrke og kompetanse om seg selv (Helsedirektoratet, 2013). Recovery brukes ofte som en betegnelse på det å komme seg fra noe eller å gjenvinne noe. Recovery brukes også som begrep for prosessen rundt det å akseptere de utfordringene en har, og lære seg å leve med de. Recovery er et faglig perspektiv, som ser hele mennesket i sin livshistorie og livssituasjon (Karlsson & Borg, 2017). Karlsson og Borg foreslår følgende definisjon av recovery:

**«Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til gleder og moro.»**

*(Karlsson og Borg, 2017, s. 11)*

Fokus er på den enkeltes ressurser, interesser og bedringsmål. Dette innebærer et menneskesyn som baserer seg på at folk utvikler seg i sosiale relasjoner, i lokalmiljøet og i samfunnet. Autonomi og frihet er førende verdier. Hjelpere med ulik yrkesbakgrunn skal gå ved siden, løfte fram og tilrettelegge slik at den enkeltes recoveryprosess utvikler seg i den retningen den enkelte ønsker.

Psykolog og tidligere leder for Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University nordvest i USA, William A. Anthony var tidlig ute med følgende definisjon på recovery (oversatt av NAPHA):

**«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, oversatt av Solfrid Vatne)*

## **Opprinnelsen**

Recovery vokste fram som et opprør mot rettslig og sosial undertrykkelse og for like menneske- og samfunnsrettslige rettigheter for alle innbyggere (Slade, 2017). Perspektivet har sitt utspring i brukermiljøene i USA på 1960- og 1970-tallet som ønsket å ta tilbake eierskapet og rettigheter til egen situasjon. «Nothing about us, without us» - «ingen beslutninger om meg tas uten meg» er et kjent utsagt fra Patricia Deegan fra 1970-tallet (Karlsson & Borg, 2017, p. 40). Dette er holdninger og verdier som har gitt retning til sosialt arbeid helt fram til i dag, men som kanskje ikke har hatt samme påvirkningsgrad innen psykisk helsearbeid.

## **Bedring i recoverynærende miljøer**

Forskning viser at folk kan komme seg av alvorlige psykiske lidelser, noe det tidligere ble sådd tvil om i noen kritiske fagmiljøer (Glover, 2005, p. 1; Kogstad, Ekeland, & Hummelvoll, 2011). Folk kan lære å leve med sine symptomer, de kan lære seg å håndtere stigmatisering, fattigdom, isolasjon og arbeidsløshet, og få kontroll på sine liv. Fagmiljøene (Bird et al., 2014, pp. 646-649; Karlsson & Borg, 2017, p. 101) fremmer recovery som et sentralt kunnskapsområde og grunnlag for praksis, der CHIME (CHIME står for Connectedness (tilhørighet), Hope (håp), Identity (identitet), Meaning (mening) og Empowerment (egenkontroll / egen myndighet) danner et grunnlag for recoveryfokuset. Recovery beskrives som den jobben den enkelte gjør sammen med flere eller alene for å skape og oppleve mening i eget liv. Dette inkluderer både personlige og sosiale prosesser i et lokalt miljø (Slade, 2017). Recoverynærende miljøer kan være lokalmiljøet hvor den enkelte skal leve sitt liv, og inneholder et helhetlig bilde, med god søvn, arbeid, utdanning, meningsfull fritid, levelig økonomi og sosialt samvær med andre. «Recoverynærende omgivelser» er en betegnelse som godt kan beskrive poenget om at forhold i omgivelsene må ligge til rette for vekst, utvikling og håp hvis det skal kunne foregå recovery. Andre miljøer kan hemme recoveryprosesser og fører til krenkelser og vanskelige barrierer (Glover, 2005). Noen går så langt som å si at uten gode recoverynærende omgivelser, er ikke recovery mulig (Tew et al., 2012).

## **Recoveryorientert praksis**

Recovery kan oppfattes som et opprør mot en dominerende biomedisinsk grunnlagstenkning i psykiatrien (Borg et al., 2013). Nedbygging av institusjoner og fremvekst av lokale tilbud er aktuelle eksempler på at utviklingen går mot en mer recoveryorientert praksis. Det viser seg at et miljø med hverdagsliv kan være en god kontekst, hvor folk kan lære å håndtere sine problemer med hjelp fra gode omsorgspersoner. I en personorientert tilnærming anses det som



avgjørende at en søker å forstå med respekt folks unike erfaringer og livssituasjon, og ser på hvordan dette påvirker dagliglivet fra deres ståsted. Det er her samarbeidet mellom pasient og hjelper starter (Hummelvoll, Karlsson, & Borg, 2015, p. 5). Menneskerettigheter og brukervedvirkning har fått større plass i psykisk helsearbeid, noe som kan ses i lys av økende interesse for recoveryorientert praksis. I sosialt arbeid har områder som empowerment, resiliens, nettverksarbeid og helsefremmende aktivitet vært viktige verdier. Dette er verdier som kan sies å være integrert i recovery, og Borg et.al. bekrefter linken mellom recovery og sosialt arbeid på disse punktene (Borg et al., 2013, p. 9). Recoveryområdet bygger på erfaringer som mennesker med psykiske helseutfordringer har og hva de selv tror skal til for å bli bedre. Temaer som ressurser, kompetanse og vekst er sentrale. Beskrivelser som «kronisk syk» og liknende hører ikke til recoveryholdningene.

### **Recoveryprosess-retninger**

Det spesielle med recoveryforskning hevdes å være at kunnskapen utvikles gjennom personers egne levde erfaringer med psykiske utfordringer og bedringsprosesser. Borg et al. presenterer tre prosessretninger å se recovery på: Som personlig prosess, som sosial prosess og som et resultat eller klinisk recovery (Borg et al., 2013, p. 11). Viktig i denne studien er brukererfaringene fra Hurdalsjøen som knyttes til personlige prosesser og recovery som sosial prosess som fokuserer på miljø, aktiviteter og strategier for å finne mening i hverdagslivet, ta kontrollen tilbake og ha rettigheter og valg i samarbeidet med hjelpeapparatene.

**Recovery som personlig prosess** orienterer seg mot den enkeltes historie om opplevelser og erfaringer med å være psykisk syk og det å komme seg. Historiene inkluderer erfaringer med helsetjenestene og opplevelser i lokalsamfunnet. Personlig recovery inneholder også beskrivelser av den enorme kampen den enkelte må gjennom i denne prosessen (Kristiansen, Rydheim, & Thyness, 2013). For å presisere kan dette ses i kontrast til andre fokus, som ofte handler om recovery som et resultat av en spesiell type behandling. Personlig recovery bygger på tre stadier: Akseptere vanskelighetene og ønske forandring, å ta tilbake det tapte og bygge ny selvtillit, finne god livskvalitet og selvkontroll, og trives med det som er samtidig som en beveger seg videre fra å være pasient eller bruker og bygger ny identitet og håp for framtiden (Hummelvoll et al., 2015, p. 4) (Borg et al., 2013). Å bygge håp knyttes til personers spirituelle prosesser i recovery. Gjennom nytt håp styrkes selvtillit, motivasjon og mening, og er derfor et viktig aspekt i personorientert tilnærming (Hummelvoll et al., 2015, p. 6). Et tydelig sosialt og humanistisk menneskesyn ligger til grunn, noe som understrekes hos

Karlsson og Borg; Ethvert menneske er unikt og handlende med sin egen autonomi som innebærer frihet, rasjonalitet, sosiale og åndelige egenskaper. I autonomibegrepet ligger også at den enkelte har ansvar, muligheter og rett til anerkjennelse og verdighet (Karlsson & Borg, 2017, p. 17).

**Recovery som sosial prosess** ses i et kontekstuellet perspektiv. Hverdagslivet har stor betydning – hvor personen bor, følelse av trygghet, arbeid og aktiviteter på dagtid, sosiale arenaer med venner og familie, økonomi, lokalmiljø og ulike roller, aktiviteter og oppgaver (Borg et al., 2013). Relasjoner med fagfolk og andre preges av sosialt samvær, samarbeid og samhandling i den humanistiske forståelsen av recovery (Karlsson & Borg, 2017, p. 118). Fagmiljøene og andre kan støtte personer forankret i CHIME; med tanke på å oppleve tilhørighet, bære og motivere for håp, styrke identitet, skape mening i tilværelsen og styrke egenkontroll (Karlsson & Borg, 2017, p. 101). Recovery er å lære å leve med kontroll, det er ikke en kur (Hummelvoll et al., 2015, p. 4). I denne studien er Hurdalsjøen Recoveryssenter sosial arena.

### **Forskning om recovery**

Recoveryforskning som dokumenterer bedring ved alvorlige psykiske lidelser, er gjort i en rekke land. Borg et al. viser til anerkjente forskningsmiljøer hvor recovery har solid fotfeste. Et fagmiljø som har gitt viktige bidrag, er University of Nottingham i England hvor bl.a. professor Mike Slade og kolleger har forankring (Borg et al., 2013; Perkins & Slade, 2012). Viktige bidrag kommer også fra USA, Australia, Skottland og også fra Skandinavia. Spesielt nevnes pionerarbeidet utført av Harding i 1987, der det er gjort oppfølgingsstudier over et langt tidsrom, og hvor det dokumenteres bedring for mellom 53 og 68 prosent (Borg et al., 2013). Det vises også ofte til en kjent 25 års multisenterstudie som WHO presenterte i 2001 av 18 store pasientgrupper spredt fra hele verden. Denne viste at ca halvparten hadde positivt utfall og bedring (Borg et al., 2013).

### **Recovery i Norge**

Siden 1980-tallet har vi fått reformer på psykisk helsefeltet der kravet om endring i tjenestene har økt i styrke. Norge godkjente FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i 2013. Begrepet recovery har ikke vært så framtrødende i helse- og velferdspolitikken i Norge, men noen av de nasjonale retningslinjene og veilederne har sammenfallende grunnverdier med recovery, som for eksempel pasient- og brukerrettigheter,

menneskerettigheter, humanisme, lokalbaserte tilbud, integrering, mestring og deltakelse. Det er også lagt vekt på holdningsendringer og fagutvikling i retningslinjer fra helsemyndighetene (Borg et al., 2013, p. 11). Nordiske studier setter særlig lys på hverdagspraksis, samfunnsforhold og levekår som betingelser for sosiale prosesser. Det å ha et sted å bo, nok penger, møteplasser og tilgjengelige lokalmiljøer oppfattes å ha betydning for recoveryprosessen (Borg et al., 2013; Landheim, 2016).

I *Sammen om mestring* brukes «recovery» som betegnelse på et faglig perspektiv for folks sosiale og personlige bedring med tanke på deltakelse og integrering i samfunnet og meningsfulle liv til tross for begrensninger og problemer som psykiske helseutfordringer gir (Helsedirektoratet, 2014, p. 31). Veilederen må kunne sies å ha stor påvirkning på utviklingen av fagfeltet i Norge. Når vi snakker om recovery i Norge, er begrepet tilpasset vår kultur og lokale forhold. Recovery er både noe kjent og noe nytt og i forandring med tanke på at faktorer som muligheter for valg, selvbestemmelse, håp, mening og deltakelse er prinsipper som har vært kjent lenge. Nye elementer som gode opplevelser, glede og moro, og opplevelsen av at noen virkelig bryr seg om deg og har bruk for deg, har kommet til de senere årene. Elementer av recovery innføres i tjenestene gjennom retningslinjene, pakkeforløp osv. Men den radikale og grunnleggende endringen lar vente på seg (Karlsson & Borg, 2017, pp. 12-15).

## **2.4 Illness, Management and Recovery (IMR)**

Illness, Management and Recovery (IMR), er et modulbasert gruppeprogram som Kim T. Mueser og Susan Gingerich utviklet sammen med en gruppe fagfolk, brukere og pårørende i 2002. Her lærer deltakere med alvorlige psykiske utfordringer å håndtere og mestre sine symptomer og de gjør framskritt i sine recoveryprosesser. Programmet kan også gjennomføres individuelt. Gjennom IMR lærer en å komme i kontakt med egne motstandsressurser (Kim. T. Mueser, 2011; Mandelid, Lid, & Färdig, 2013; McGuire et al., 2014).

Programmet har fem strategier: Psykoedukasjon, atferdstilpasning, opplæring i forebygging av tilbakefall, opplæring i mestringsferdigheter og opplæring i sosiale ferdigheter. Programmet innlemmer også endringsstadier: Førerverveise, overveise, forberedelse, handling/adferdsendring og vedlikehold. Deltakerne får hjelp til å utarbeide personlige

tilfriskningsmål ut ifra egne personlige synspunkter. De får hjelp til å utvikle sitt eget syn på tilfriskning og identifisere hva som er viktig for den enkelte, gjennom å undersøke eget syn på tilfriskning på ulike områder i livet. Ut fra denne gjennomgangen, identifiserer deltakerne minst ett område der de ønsker å gjøre endring eller *tilfriskningsmål* (Kim. T. Mueser, 2011). Slik kan en styre egen utvikling og følge med på spesielle kritiske områder (Mandelid et al., 2013) (Fleiner, 2017; Whitley, Gingerich, Lutz, & Mueser, 2009).

Sykdomsmestring beskrives som et tema som er utviklet for å redusere symptomenes alvorlighetsgrad, redusere symptomenes innvirkning på funksjonsevnen (Mandelid et al., 2013). Slik kan IMR forhindre eller begrense alvorligheten av tilbakefall og sykehusinnleggelse. IMR baserer seg på stress- sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977), og programmet består av en orienteringstime før følgende 11 moduler:

Tilfriskningsstrategier, praktiske fakta om psykiske lidelser (diagnose(r), stress-/sårbarhetsmodellen, bygge sosial støtte, effektiv bruk av medisiner, bruk av rusmidler og alkohol, redusere tilbakefall, mestre stress, mestre vedvarende symptomer, få hjelp til dine behov i helsevesenet og sunn livsstil. Vanligvis tar det mellom ti og tolv måneder å gjennomføre, men dette kan tilpasses. Tilknyttede begrep er respekt, selvbestemmelse, håp og tilfriskningens ikke-lineære natur. IMR-modellen forstår tilfriskning som den enkelte persons unike opplevelse av sin lidelse, læren om å mestre denne og gå videre i livet. Ved å få respekt fra andre, bygges selvrespekt og selvbilde. Metoden sies å ha overføringsverdi på den måten at den også er gjennomførbar på lavere behandlingsnivåer (Mandelid et al., 2013).

### **Kritikk til IMR**

Recoverypraksis kan miste noe av sitt dialogiske og dynamiske grunnlag ved bruk av manualbasert program. Flere tar til orde for at måling av recovery i instrumentelle skjemaer, manualisering og forsøk på standardisering representerer det motsatte av åpen dialog som i ikke-teknologiske tilnærminger som for eksempel salutogenese. Karlsson og Borg hevder blant annet at instrumentalisering er medikaliseringens beste venn (Karlsson & Borg, 2017, p. 35). Dette kan forstås som at en mister den personlige prosessen og helhetsforståelsen ved en persons historie ved kun å måle deler av opplevelsen. Som eksempel vises det til at sykdomsforståelsen fastholdes med skjemaer og manualer. Eksperten blir fortsatt fagpersonen og gyldig kunnskap og maktforskjeller opprettholdes. IMR gjennomføres med undervisning. Instruktøren kan fort komme i en maktposisjon som ekspert. Det er viktig å ha en bevissthet rundt dette.

## 2.5 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet og trening er en viktig del av behandling ved psykiske lidelser med tanke på at mennesker med alvorlig psykisk lidelse lever 15 – 20 år kortere enn befolkningen ellers. Det legges til grunn at mennesker med psykiske lidelser kan ha høyere forekomst av passiv livsstil, mye røyking osv, og tar til orde for at behandling må være helhetlig. Motivasjonsarbeid, individuell tilpasning og støtte over tid, bør tilrettelegges. (Helsedirektoratet, 2018).

Idrettsforskerne Jan Hoff og Jan Helgerud står bak treningsopplegget 4X4, og hevder at denne metoden gir den beste og mest effektive måten å bedre kondisjon på. Her bygger en på at høy aktivitet gir høy helsegevinst (Helgerud et al., 2001). Andre legger en bredere og mer individuell ideologi til grunn for tilbudet om fysisk aktivitet for mennesker med psykisk lidelse. Helsedirektoratet kom i 2008 med Aktivitetshåndboken som gir gode anbefalinger om aktivitet i forebygging og behandling (Karlsson et al., 2008). Siden har mange forsket på feltet, og innenfor recoveryfeltet har aktivitet fått en sentral plass (Nordaunet, 2019).

Nylig presenterte nederlandske forskere data som bekrefter effekt av et tverrfaglig program om livsstilsendring for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Deenik et al., 2019, p. 2). Forfatterne hevder at det haster med å tette gapet mellom det vi vet må til og praktisk handling. Holdningsmessige, organisatoriske og kulturelle endringer må til. En evaluering viste at daglig fokus på livsstilsendring, med bl.a. fysisk aktivitet og bedre kosthold ga signifikante forskjeller i bedring av helse etter 18 måneder. Passiv livsstil, røyking, uheldig kosthold, forhøyet blodtrykk, overvekt osv kan føre til kardiometabolske risikofaktorer. Systematisk litteratursøk fra forskere i England hevder at fysisk aktivitet gir meningsfullt innhold og struktur på hverdagen f.eks. ved ikke-affektive psykoselidelser. Fysisk aktivitet reduserer risiko for livsstilsrelaterte sykdommer, negative symptomer og kognitiv svikt (Firth, Cotter, Elliott, French, & Yung, 2015).

### **Hvor står recoveryforskningen i dag?**

Borg og Karlsson trekker fram at personer med egne erfaringer med alvorlige psykiske helseutfordringer må bli ansatt på lik linje i tjenesten som fagpersoner. Det er ikke lenger fagpersonen som er ekspert, psykiske helseutfordringer blir ikke borte ved behandling – utfordringene ligger ikke inne i personen. Vi må se sammenhengen mellom den sosiale

konteksten, levekår og muligheter der den enkelte skal leve sitt liv i tiden som kommer (Karlsson & Borg, 2017, p. 162). Erfaringsbasert kunnskap eller brukerkunnskap skal anses som likeverdig med annen fagkunnskap i kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer også at erfaringsmedarbeidere i større grad ansettes og blir tilgjengelige i tjenestene (Klevan et al., 2018, p. 9). Evalueringsstudier viser at erfaringsmedarbeidere oppleves nyttig for pasienter og brukere. Blant annet så ivaretar de håp og formidler dette for brukerne og de stiller konstruktive spørsmål ved tjenestene. I tiden framover blir det viktig å tydeliggjøre rollene til erfaringsmedarbeidere (Klevan et al., 2018, p. 15)

Klevan et al. omtaler mellomposisjonen mellom bruker- eller pasientrollen og rollen som ansatt psykisk helsearbeider, som liminalt arbeid (Klevan et al., 2018, p. 16). Dette beskrives som posisjonen mellom å være inkludert i samfunnet og pasient- eller brukerrollen som ofte også kan oppleves som stigmatisert. I denne posisjonen kan erfaringsmedarbeiderne videreformidle erfaringer om rettigheter og annen praktisk kunnskap, og oppnå økt selvtillit. Dette er et viktig funn i denne studien, hvor recoverypiloter fra Hurdalsjøen Recoverycenter fortalte om hvordan de deltok som ressurspersoner i behandlingen. Klevan m.fl. viser også til internasjonal forskning, hvor erfaringsmedarbeiderne blir rollemodeller ved å vite hvordan systemene fungerer og hvordan en håndterer f.eks. overganger mellom ulike tjenestenivåer. Slik blir erfaringsmedarbeidere en viktig ressurs, og bidrar til økt håp og trivsel. Det hevdes at dette kan redusere behov for bruk av akutt-tilbud (Klevan et al., 2018).

### **Kunnskapsmakt**

Samfunnsretorikeren Michel Foucault sier at makten styrer kunnskapen. Han setter språkmakten i en sentral rolle med tanke på hvem som uttaler seg, hvordan dagsorden blir og som dermed også definerer virkelighetsoppfatningen (Thurén et al., 2009, p. 172). Flere mener at psykiatrifaget er i en slags krise siden utviklingen av behandling av lidelsene spriker (Aarre, 2018). Legeprofesjonens faglige innflytelse i psykisk helsefeltet er noe redusert i forhold til tidligere, men de må fortsatt kunne sies å ha en særstilling i forhold til andre yrkesprofesjoner til å definere feltet. Deres kunnskapsparadigme rangeres over andre, og gir definisjonsmakt og en særstilt posisjon (Karlsson, 2011). Det sentrale spørsmålet er i hvor stor grad vi har lyktes så langt?

Relasjonen mellom en som søker hjelp og en fagperson er asymmetrisk i kraft av at de har ulike posisjoner. Det avgjørende er hvordan brukerne kan få større innflytelse på hvordan

deres situasjon skal håndteres. Det er dette forholdet som utfordres gjennom relasjonell og kontekstuell recovery (Karlsson & Borg, 2017, p. 138).

### **Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis er en videreutvikling av det som tidligere ble kalt evidensbasert praksis. Videreutviklingen består bl.a. i at brukerkunnskapen skal telle like mye som den medisinske kunnskapen (Eriksson & Hummelvoll, 2012). Helsebiblioteket sier på sine hjemmesider at *«Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.»*(Helsebiblioteket, 2020)

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepene erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap om hverandre, mens helsebiblioteket benevner praktisk kunnskap som erfaringsbasert kunnskap.

At praksis er kunnskapsbasert, vil si at den lener seg på tre kunnskapskilder; «brukernes egne erfaringer, synspunkter og ønsker, de profesjonelles erfaringer og brukskunnskap, og den beste tilgjengelige vitenskapelige kunnskap.» Kunnskapskildene skal være likeverdige (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 34).

## **2.6 Hva hjelper?**

En behandlingsrelasjon som betyr noe ekstra, fleksibel og allsidig hjelp med det en trenger når en trenger det og at en har noe meningsfullt å gjøre, er evidensbasert kunnskap om hva som hjelper. Forskning viser at det mennesker, som opplever vansker med psykisk helse og rus sier er til hjelp, er det å bli møtt som personer med respekt og ressurser og kompetanse – likeså vel som personer med sårbarhet og vanskeligheter. En ønsker å bli møtt som hele mennesker, delta i planlegging om hjelp og behandling, en ønsker samordnet og tilgjengelig hjelp. Det er vanlig å ønske å fortsette med hverdagslige gjøremål som arbeid, utdanning og lignende selv om en har store utfordringer. Det er vanlig å ønske å fortsette å benytte vanlige muligheter, velge selv og ha de samme rettigheter som andre i samfunnet, og ha meningsfulle liv. Bedringsprosessene bør være en integrert del av dagliglivet (Karlsson & Borg, 2017).

Tilbakemeldinger fra fagfolk viser at det trengs tid til å bli kjent, bygge tillit og relasjon slik at prosesser kan gå i det tempoet som personen selv har behov for. Kun da kan en ta opp kampen, og jobbe med det som er viktig for personen selv – jobbe med drømmer, ønsker og utfordringer i hans eller hennes livsprosess (Karlsson & Borg, 2017).

### **Anerkjennelse i møtet med den andre**

Flere trekker fram anerkjennelse som en viktig faktor for bedring. Kristiansen m.fl. har samlet sine erfaringer om god hjelp der behov for anerkjennelse og tilhørighet belyses som avgjørende (Kristiansen et al., 2013, p. 48). I en artikkel fra 2011 har Erik Falkum m.fl. satt søkelys på betydningen av å bli verdsatt og anerkjent (Falkum, Hytten, & Olavesen, 2011). Forfatterne bygger sin artikkel på tanker fra den tyske sosialfilosofen Axel Honneth (1949-). Honneth er professor i sosialfilosofi, og vier sin forskning og tenkning til anerkjennelsesteori. Han har latt seg inspirere av filosofer som Georg Wilhelm Friedrich Hegel og Jürgen Habermas. Honneth ser mennesket som et anerkjennelsestøkende vesen, og har tatt for seg betydningen av at vi som mennesker blir sosialt verdsatt og rettslig anerkjent. Honneth belyser hvordan den enkeltes selvtillit, selvaktelse og egenverdi er avhengig av anerkjennelse for å bedre egne livsbetingelser. Når relasjoner og livssituasjoner forandrer seg i en persons levetid, må også identitetsopplevelsen måtte dannes på nytt siden selvopplevelsen utvikles og formes sammen med andre. Vi opplever oss selv i det miljøet vi lever i. I dette miljøet må det være mulig å uttrykke behov og få behov anerkjent. Sosiale relasjoner er nødvendige og betydningsfulle for å utvikle identitet (Falkum et al., 2011). Slik jeg forstår artikkelen, tar den til orde for at rettslig anerkjennelse og økt sosial verdsetting under gode tilrettelagte forhold, kan kompensere noe for personers tidligere krenkelser som har vært til hinder for hensiktsmessig identitetsutvikling. Kan dette settes i sammenheng med recoverynærende miljøer? Honneth skiller mellom ulike anerkjennelsestyper; rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting.

Den **rettslige anerkjennelsen** knyttes til dimensjonene i menneskerettighetene som f.eks. den enkeltes rett til å bli sett som verdig, fri og som et rasjonelt subjekt. Eksempler er rettigheter knyttet til å beskytte liv og eiendom, til å få delta i samfunnet og til å sikre at alle får en rimelig del av samfunnets goder.

**Den sosiale verdsettingen** beskrives som den anseelsen en oppnår blant de en omgås.

Utgangspunktet for sosial verdsetting er betydningen av det den enkelte gjør eller presterer for det sosiale fellesskapet, og hvordan dette verdsettes der.



### **3.0 Metode**

Denne delen av oppgaven beskriver mitt vitenskapelige ståsted, utvalg til studien og valg av metode. Videre beskrives gjennomføringen av selve undersøkelsen og hvordan jeg har analysert mine funn.

Epistemologien handler om hva kunnskap er, hvordan kunnskap om verden og virkeligheten utvikles og hva vi kan oppnå kunnskap om. Det er vanlig å dele inn måten å nærme seg en systematisk kunnskap om verden og mennesket på i to hovedretninger: Positivism og hermeneutikk. Positivismen er forankret i naturvitenskapene. Hermeneutikken handler om hva vi kan forstå om mennesket (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015, pp. 69-78). Positivistene utvikler kunnskap gjennom instrumentell og objektiv målemetode, og bygger på en forståelse av at verden består av observerbare konstante fenomener. Slik utvikles en objektiv kunnskap gjennom kvantitative forskningsmetoder. Kunnskapen formes deduktivt ved å trekke slutninger fra det allmenne til enkeltstående (Malterud, 2017, p. 27) I hermeneutikken utvikles kunnskap ved å undersøke og fortolke enkeltmennesket og subjektivitet, og kunnskap formes induktivt ved å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Kvalitative forskningsmetoder tilhører dette fortolkende paradigmet (Malterud, 2017). Enkeltpersoners erfaringskunnskap er nødvendig for å videreutvikle psykisk helsefeltet. Informantenes erfaringer fra det levde liv er empiriske data denne studien.

### **3.1 Valg av metode**

Samfunnsvitenskapen skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder for å samle inn data systematisk. Valg av metode styres av undersøkelsens hensikt og oppgavens problemstilling. Metoden må egne seg til å belyse og gi svar på problemstillingen. Kvalitative metoders siktemål er å forstå sider av informantenes dagligliv fra hans eller hennes eget ståsted. Et kvalitativt forskningsintervju kan gjennomføres som en samtale en-til-en eller i grupper. Når vi skal gå i dybden og studere menneskers meninger, holdninger og erfaringer, egner kvalitative forskningsintervjuer seg godt (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016, p. 145; Kvale et al., 2015)

#### **Kvalitativ metode**

Dybdeintervjuer vil ofte ha et preg av at vi holder et åpent undrende perspektiv og søker å lytte åpent til informantenes fortellinger. Hensikten er å komme nært på intervjupersonenes

opplevelser og erfaringer, og få utfyllende beskrivelser fra flere perspektiver (Johannessen et al., 2016; Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Kvalitative intervju kan være alt fra ustrukturerte og åpne til faste, strukturerte med definerte svaralternativer. Semistrukturerte intervjuer er delvis strukturerte via en overordnet intervjuguide med temaer og spørsmål som en kan bevege seg mellom (Johannessen et al., 2016, p. 148). Etter innsamling av data, skal materialet gjøres tilgjengelig for kvalitativ analyse. Det er vanlig å transkribere intervjuene, slik at de foreligger som tekst, og ifølge Malterud er det fordelaktig ved at forskeren selv gjør denne jobben (Malterud, 2017, p. 79). Transkriberingen gir en god repetisjon av samtalene. En kan benytte ulike metoder eller design for å analysere og tolke tekstmaterialet.

**Langsgående og tverrgående** analyse er forskjeller som medfører hver sine framgangsmåter. I langsgående analyse følger man enkelte forløp over tid, mens i tverrgående henter man informasjon om like temaer fra flere deltakere (Malterud, 2017, p. 92).

For å få svar på hva informantene så på som avgjørende i sin bedringsprosess, trengte jeg å komme dem nært inn på livet, og valgte kvalitative dybdeintervju en-til-en som metode. Jeg valgte å bruke semistrukturerte dybdeintervju som metode for innsamling av data, og utviklet en intervjuguide som ble testet ut. Sentrale temaer ble valgt på grunnlag av problemstillingen og studiens hensikt, og jeg noterte meg stikkord til hva jeg kunne spørre om under hvert tema. Studien skulle gi svar på hva tidligere pasienter ved Hurdalsjøen Recoverycenter erfarer som betydningsfullt for sin bedring og kanskje hva som kunne være til hinder for bedring. Det ga derfor mening å undersøke like temaer fra flere deltakere og bruke tverrgående analyse.

Deltakerne i studien har relevante og varierte erfaringer, og utgjør her utvalget til undersøkelsen. Det er utvalget som avgjør hva studien kan si noe om, hva den er gyldig om og i hvilken sammenheng studien har validitet. Refleksivitet rundt utvalgets egenart og variasjon er viktig for å få en bevissthet om hvilken styrke informasjonen fra utvalget har. Informasjonsstyrken i utvalget bestemmer hvor stort utvalg undersøkelsen trenger for å sikre gyldighet. Om utvalget er tilfeldig eller magert, kan det gi begrenset tilgang til tema for forskningen, og true validiteten i en kvalitativ studie. Utvalg kan gjøres strategisk for å sikre en sammensetning som på beste måte kan belyse problemstillingen i studiet (Malterud, 2017, pp. 57-64). Det ble gjort et strategisk utvalg i denne studien. Utvalget kan også gjøres målrettet med tanke på undersøkelsens hensikt. Begrepet «purposive sampling» kan kanskje oversettes med målrettet utvalg, og er en utvalgsmetode som kan benyttes i tilfeller der det

kan være hensiktsmessig at en plukker ut taleføre engasjerte personer til en undersøkelse. Et slik utvalg ble gjort til denne studien.

### **3.2 Rekruttering av utvalg til studien**

Hurdalsjøen Recoverycenter er ikke en stor institusjon, og denne studien kan defineres som et lite prosjekt i omfang. Det er vanlig at utvalget er på 5 – 10 personer i mindre prosjekter. Det er viktig med et relevant utvalg som gir god og fyldig informasjon om det vi skal undersøke, slik at variasjon og grunnlaget for en studie ligger til rette (Malterud, 2017). Hensikten med kvalitative studier er å få vite mest mulig om et fenomen, i dette tilfellet om bedringsprosesser. I forkant av intervjuene møtte jeg ledelsen ved Hurdalsjøen Recoverycenter tre ganger. Kontakten ble etablert gjennom Høgskolen Innlandet, og utgangspunktet var en henstilling om å gjøre en brukerundersøkelse. Jeg ble kjent med senteret gjennom disse møtene og gjennom senterets hjemmesider på internett, men kjente ikke pasientene eller recoverypilotene. Rekruttering av informanter til undersøkelsen ble utført av institusjonens ledelse, som hadde personlig kjennskap til relevante og aktuelle informanter. Tre nåværende og en tidligere recoverypilot ble rekruttert som utvalg for undersøkelsen. Pasienter og recoverypiloter ved Hurdalsjøen Recoverycenter har eller har hatt psykoselidelse, og de har erfaringer fra mange innleggelses i psykiatriske institusjoner i Norge. Det var essensielt å få høre informantenes egne opplevelser av hvordan de nå håndterer sin hverdag, og hva de selv vil trekke fram som avgjørende i sine bedringsprosesser.

Utvalget bestod av tre unge, voksne kvinner og en ung, voksen mann.

Det at rekrutteringen ble gjort målrettet av senterets ledelse, kan styrke kvaliteten i informasjonen til studiet. Det at kun fire informanter deltok, kan begrense relevans og gyldighet. Et større antall informanter med større spredning i alder og fordeling av kjønn, ville muligens bidratt til økt gyldighet og overførbarhet. På en annen side ble utvalget ansett for å ha stor informasjonsstyrke gjennom bred erfaring. Knapphet på tid var også en viktig faktor for å være tilfreds med fire informanter.

### **3.3 Gjennomføring av intervjuene**

#### **Min egen prosess**

Jeg forberedte meg godt før intervjuene, blant annet ved å sette av god tid i forkant, og gjennomgå intervjuguiden. Åpne spørsmål fra en gjennomtenkt intervjuguide ga fylldige og informative svar. Jeg var bevisst på hva spørsmålene handlet om, men lot likevel den enkelte fortelle det den ønsket for å følge flyten i samtalen. Gjennom dette erfarte jeg at nyansene i fortellingene ble tydelige. Jeg var oppriktig nysgjerrig og interessert i å høre den enkeltes historie, og opplevde at informantene hadde mye å fortelle. Min oppfatning var at fortellingene var åpne og ærlige.

Jeg var bevisst på at jeg representerer en tjeneste de antakelig ikke bare hadde gode erfaringer fra. Dette kan ha påvirket intervjuene på den måten at jeg følte meg takknemlig for at de ville møte meg, og at jeg ønsket å være støttende. Intervjusituasjonen var ny for meg, og i etterkant ser jeg områder som kan jobbes med og forbedres. Jeg virker flere ganger litt ivrig etter å hjelpe til med å finne ord, og fortsette på deres refleksjoner. Dette kan ha påvirket svarene på den måten at de fulgte min tankerekke. Jeg var også opptatt av at de skulle ha en god opplevelse, at de skulle lære noe og få med seg en god følelse og opplevelse fra intervjuet.

#### **Intervjuene**

Studiens deltakere var på intervjutidspunktet i et ansettelsesforhold eller utdanningsforhold, og de var ressurspersoner for andre pasienter ved stedet. De var også på god vei til å ta tilbake kontroll over seg og sitt, og de hadde etablert betydelig verdighet, mot og mening med tanke på sin egen recoveryprosess og utvikling. Med tydelig stemme beskrev deltakerne hva som hadde vært mest betydingfullt for dem under oppholdet. De beskrev også erfaringer fra tidligere innleggelses og hvordan det å komme til Hurdalsjøen Recoverycenter ble en ny start i livet. Dette kommer jeg tilbake til i studiens analyse og resultatdel.

Avtaler om tid og sted for intervjuene ble gjort på telefon. Alle intervjuene ble innledet med en rolig gjennomgang av informasjonsskrivet før lydopptakeren ble satt på. Det var viktig for meg at informanten forstod at jeg hadde gode hensikter, og at de følte seg trygge og ivaretatt. Den første informanten hadde levert samtykke på forhånd. De andre fortalte at de hadde lest informasjonsskrivet, men at de ikke hadde muligheter til utskrift. Samtykke ble derfor undertegnet der og da før intervjuet startet opp.

Datainnsamlingen foregikk med lydopptak. Det første intervjuet ble gjort på en restaurant i Oslo og de øvrige tre ble gjort i stua på Haraldvangen. Mitt kjennskap til kulturen ved stedet var begrenset. Dette kan ha medført situasjoner hvor jeg ikke helt forsto hva informanten mente. Deltakerne hadde en kulturforståelse og et språk som jeg manglet.

### **3.4 Forskningsetiske overveielser**

Før undersøkelsen, utviklet jeg sammen med veileder et informasjonsskriv til deltakerne om hva undersøkelsen gikk ut på. Dette tok blant annet for seg spørsmål om anonymisering, informert samtykke og informasjon om at forskningsspørsmålene hadde fokus på bedringserfaringer. Deltakerne ble informert om at de når som helst under studien, kunne trekke seg. En grunnleggende respekt for informantenes integritet ble fremmet i informasjonsskrivet.

Når brukere involveres i forskning på denne måten, har forskeren et særlig ansvar (Hummelvoll, 2008). Deltakelse skal være frivillig, samtykket skal være informert, privatsfæren og integriteten skal beskyttes, nytteprinsippet og prinsippene som ikke skade og velgjørenhet skal være ivaretatt (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 38). Forskning reguleres av lover, forskrifter og etiske standarder som fremmer respekt for mennesker og beskytter den enkeltes helse og rettigheter (Malterud, 2017). De Forskningsetiske komiteene, 2014 og Helseforskningsloven, 2008, legger etiske føringer for forskning. Dette ble ivaretatt ved at problemstilling, intervjuguide og informasjonsskriv ble godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) før rekrutteringen fant sted. Lovmessige og moralske forpliktelser innenfor taushetsplikt, personvern, anonymisering og oppbevaring av data er ivaretatt på en skikkelig måte og i henhold til NSD sine krav om passordbeskyttet PC og oppbevaring i låsbare skap. Etiske retningslinjer for forskning med mennesker som forsøkspersoner inneholder informert samtykke, fortrolighet, konsekvensvurderinger og refleksjoner om forskerens rolle. For min del ble dette ivaretatt blant annet ved at navn og telefonnummer til deltakerne samt underskrevet samtykke, ble oppbevart i låsbart skap adskilt fra de transkriberte intervjuene. Ingen navn eller gjenkjennbare data er nevnt i de transkriberte intervjuene. Alt arbeid med oppgaven har vært lagret på passordbeskyttet PC. Gjennom intervjuene var jeg opptatt av å lytte med respekt og ta i vare informantene.

## **Anonymisering**

For denne undersøkelsen ble det utfordrende å fylle krav til anonymitet med tanke på at ingen skal kjenne igjen personen som har gitt opplysninger til studien. Dette ble avklart med hver enkelt på den måte at alle som har fått gjengitt sitater, fikk forespørsel om dette var greit før oppgaven ble innlevert. Det vil være kjent at studien er gjort ved Hurdalsjøen Recoverycenter, og at intervjupersonene har erfaringer derfra. Anonymiseringen ble gjort ved at navn og andre faktorer som kan føre til gjenkjennelse, ble utelatt. Det samme gjaldt andre kjennetegn slik at informantens personlige opplysninger ikke kommer fram i rapporten. Undersøkelsen er vurdert som viktig, og søker å presentere data som vil kunne bidra til å bedre deltakernes og framtidige pasienters livssituasjon. En av deltakerne ønsket å få tilsendt sitatene før rapporten ble ferdigstilt, og fikk dette. Denne deltakeren hadde ingen innvendinger mot å bruke sitatene.

Informantene i studien må antas å ha hatt betydelige psykiske helseutfordringer. Det var viktig å sikre at deltakerne ble ivaretatt på en så trygg og relasjonelt god måte som mulig i forbindelse med deltakelsen. Dette forutsatte kunnskap om fenomenet sårbarhet, og en holdning preget av empati og oppmerksomhet for informantens følsomhet. Jeg var opptatt av å være støttende, og dette kan ha påvirket forskningen slik at det hindret meg å gå inn i sårbare emner. Under intervjuene kunne informantene gå litt til og fra, ta pauser, ha tilgjengelig drikke, få mulighet til å omformulere utsagn o.l. Alle informantene fikk tilbud om å bli fulgt opp av personer de er trygge på i miljøet. Ingen av informantene ba om dette. Min intensjon var at de følte det trygt å dele erfaringer og opplevelser. Flere av informantene sa at de synes spørsmålene hadde vært fine, og jeg merket meg smil og positiv stemning når intervjuene var ferdige.

Min måte å være på og måten jeg stilte spørsmål på, påvirker resultatene av forskningen. Det jeg finner i en slik undersøkelse, vil være annerledes enn det andre forskere finner. En måte å reflektere over dette var å skrive logg/refleksjonsnotater etter hvert intervju og ellers underveis i prosjektperioden. En åpen refleksjon og redegjørelse for min påvirkning var en kvalitetssikring og et mål på reliabilitet. Tilbakeblikk i prosjektlogg og refleksjon sikrer at prosessen har vært gjennomiktig. Framleggene på skolen for medstudenter og lærere med veileder tilstede sikret også transparens. Etter framleggene ble det i tillegg invitert til refleksivitet i plenum. Slik transparens ga innsyn i prosjektets utvikling.

Som forsker er det mitt ansvar å sørge for at informantene holder seg til temaene under intervjuet. På spørsmål om hvordan informantene opplevde å komme til Hurdalsjøen Recoverycenter, var det naturlig for alle informantene å sammenligne denne innleggelsen med tidligere innleggelse. Opplevelsene fra tidligere innleggelse må anses som en klar del av selve recoveryerfaringene, selv om dette lå utenfor intervjuguiden. Jeg mener at dette er erfaringskompetanse som bør komme fram.

## **4.0 Analyse**

Kvalitative forskningsmetoder er systematiske strategier for analyse og fortolkning av fenomener. Disse kan gi vitenskapelig innblikk i levde prosesser og gi verdifull kunnskap til utvikling av bl.a. grunnlagstenkning for psykisk helsehjelp. Samtaler eller observasjoner overført til tekst er eksempler på materiale for forskningen. En slik tilnærming til undersøkelser passer godt når en undersøker for eksempel dynamiske utviklingsprosesser med forskjeller fra før og nå, hvordan noe virker, forståelse av ulike holdninger, undersøker innholdet i fenomener osv (Malterud, 2017, p. 31).

Analysen skal fortolke og sammenfatte datamaterialet med utgangspunkt i problemstillingen. Analyse og datainnsamling kan til dels gjøres parallelt slik at intervjuene kan utvikle seg i en trinnvis prosess. Datamaterialet ble analysert og tolket gjennom meg med min bakgrunn og personlighet som er beskrevet tidligere i oppgaven. Tolkningen innebærer også å se etter mønstre (Malterud, 2017, p. 43). Analysemetoden vil være fortolkende, hermeneutisk og fenomenologisk inspirert. Malteruds systematiske tekstkondensering egner seg godt til å romme og analysere flere fenomener, noe en kan forvente i en undersøkelse der en gjør intervju med personer med ulike liv og ulike erfaringer (Malterud, 2017, pp. 97-116). Analysen vil ta for seg hvilke opplevelser, erfaringer og fortellinger informantene holder fram som betydningsfulle og virksomme for å få nye innsikter om handlemåter som styrker mening og mestring i hverdagen.

### **4.1 Systematisk Tekstkondensering (STC)**

STC (Systematic Text Condensation) er det opprinnelige navnet på analysemetoden som Kirsti Malterud anbefaler for nye forskere (Malterud, 2012). Systematisk tekstkondensering, som er den norske betegnelsen, er også nøye beskrevet på norsk (Malterud, 2017, pp. 97-116).

Malterud sier at Systematisk Tekstkondensering er inspirert av fenomenologi, men at den likevel ikke er en fenomenologisk metode. STC er en «pragmatisk metode for tverrgående analyse» av kvalitative data (Malterud, 2012; 2017, p. 97).

I studien ble først fire semistrukturerte dybdeintervjuer gjennomført, og jeg satt igjen med 69 transkriberte tekstsider, linjeavstand 1,5, skriftstørrelse 11. Da det var gjort, ønsket jeg å analysere disse intervjuene, mens jeg håpet at avdelingsledelsen på Hurdalsjøen Recoveryssenter skulle greie å rekruttere et par informanter til. Slik ville jeg på en bedre måte kunne fulgt metodens anbefaling om trinnvis analyse (Malterud, 2012). Det ble ikke aktuelt med flere informanter.

Systematisk tekstkondensering bygger på fire trinn der en først danner seg et helhetsinntrykk ved å lese gjennom teksten og peke ut foreløpige tema. På dette stadiet er det nettopp temaer og hovedinntrykk fra teksten som skal frem – foreløpig resultater og mulig forforståelse settes til side inntil videre.

Min analyse startet med at jeg leste grundig gjennom alle de transkriberte intervjuene, og kom fram til fire foreløpige temaer:

- Innleggelsen ved Hurdalsjøen Recoveryssenter sammenlignet med andre innleggelser
- Innhold i behandlingen ➤ Hva kan bli bedre?
- Recoverypilot-rollen

Neste trinn er å finne meningsbærende utsagn som hører inn under en passende kode. På trinn to hvor jeg skulle finne meningsbærende enheter, valgte jeg å se etter hva informantene hadde trukket fram som betydningsfullt og særlig avgjørende i sin recoveryprosess – det viktigste spørsmålet i problemstillingen. Denne koden fikk navnet «Bedringsfaktorer». Dette endte opp i hele 90 meningsbærende enheter. Det ble derfor fornuftig å dele koden Bedringsfaktorer opp i tre nye koder;

- Hvordan ble informantene møtt
- Egne strategier for å bli bedre
- Hva var annerledes med behandlingstilbudet på Hurdalsjøen Recoveryssenter.

Analysen skal være et samarbeid mellom meg og den transkriberte teksten, så jeg gikk derfor tilbake til teksten for ny gjennomgang. Da oppdaget jeg at teksten inneholdt mye om



erfaringer deltakerne hadde gjort seg før møtet med Hurdalsjøen. Jeg tenkte også over at alle hadde relativt lange opphold der. I denne prosessen endret kodene seg både i navn og antall, og sammen med veileder valgte vi å gå videre med seks kodegrupper:

- Erfaringer fra tidligere innleggelser
- Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen Recoverycenter
- Fysisk aktivitet
- IMR
- Relasjonens betydning
- Nye verdige livsstrategier

Jeg fortsatte å jobbe med kodegruppene, og ble blant annet klar over at informantene hadde snakket mye om hvor viktig hjelp med nedtrapping av medisiner hadde vært for dem. Jeg valgte å tilføre en ny kodegruppe om medisinfri behandling. Jeg valgte også å ta bort «nye verdige livsstrategier» på dette tidspunktet, da jeg følte den hadde mye tolkning i seg. Jeg forsøkte å være åpen og la denne dynamiske prosessen leve. Malterud sier at de opprinnelige inndelingene i tema, justeres iterativt mens vi lærer fra datamaterialet eller empirien. Det foregår en gradvis revidering til kodegrupper eller hovedkategorier (Malterud, 2017, p. 103). Denne prosessen fulgte meg i arbeidet med analysen, og jeg var aldri helt sikker på om den var over. Justeringer ble stadig vurdert.

Neste trinn er abstraksjon der en «løfter» tema opp til en sammenfatning eller en kondensering av det teksten tar for seg. Fjerde trinn er sammenfatning og beskrivelser av funn hvor en også peker på nyanser i datamaterialet. En lager et kunstig sitat som har i seg elementer fra det informantene har sagt. På trinn tre var de meningsbærende enhetene sortert i hver sin kodegruppe. Jeg hadde seks kodegrupper, noe jeg kjente var i meste laget. Jeg valgte likevel å beholde de inntil videre. Malterud anbefaler tre til fem kodegrupper for å beholde oversikten (Malterud, 2017, p. 105). Hvis noe skulle bort, måtte det bli «Tid som ressurs» som hadde forholdsvis få meningsbærende enheter. På en annen side inneholder den viktige faktorer som må omtales i oppgaven. Tekstmaterialet var nå dekontekstualisert ved at det var redusert til meningsbærende enheter og seks kodegrupper som forhåpentligvis skulle kunne gi svar på oppgavens problemstilling; hva trekker brukerne ved Hurdalsjøen Recoverycenter fram som viktig i sin bedringsprosess. På dette stadiet jobber en videre med en og en kodegruppe ved å se etter nyanser i materialet. Teksten i kodegruppen handler om samme

tema, men kan sorteres i to-tre subgrupper. Malterud sier at perspektivet vi leser materialet med, preger hvilke subgrupper vi velger (Malterud, 2017, p. 106) Malterud anbefaler å gjøre dette arbeidet sammen med noen.

Etter dette er det subgruppene som er analyseenheter, og det lages nå et kunstig sitat som inneholder elementer av de meningsbærende enhetene i subgruppen. Dette er ikke et sitat fra informant, men en tekst jeg lager som har i seg innhold fra de meningsbærende enhetene i aktuelle subgruppe. I systematisk tekstkondensering kalles dette for et kondensat, og dette er et spesielt metodisk grep i STC. Kondensatet skal skrives i jeg-form for å holde kontakten med de opprinnelige stemmene i materialet. Meningen er å bruke samme begreper som de som ble intervjuet brukte. Tolkning og faguttrykk hører til senere stadier i metoden. En jobber seg systematisk gjennom alle subgruppene på denne måten, og lager et kondensat for hver. Det er fremdeles aktuelt å justere kodegruppene. Underveis i dette arbeidet er det viktig å være på utkikk etter ny kunnskap og innsikt. For min del dukket begrepet «krenkelse» opp. Det gikk opp for meg at alle informantene hadde snakket om opplevelser der de ble krenket – uten at dette som begrep ble brukt.

Under vises et eksempel på abstrahert tekst i hovedkategori 2, Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen Recoverycenter:

Tekstbiter	Kondensat	Subkategorier av hovedkategori 2
<p><i>– men jeg følte jo at jeg på en måte ble mottatt som menneske for første gang. Altså i motsetning til der jeg var innlagt før, da. Så syns jeg at jeg ble møtt som menneske, da. Eh – å lyttet til i forhold til hva er det jeg ønsker.</i></p> <p><i>jeg ble tatt imot med.. kjærlighet og omsorg, følte jeg. Det var i hvert fall med veldig forståelse for hva jeg gikk igjennom og jeg blei på en måte inkludert i et fellesskap.</i></p> <p><i>Men å bli møtt som et menneske, da, og ikke som en diagnose.</i></p> <p><i>Til sammen tre år på et isolat.. Så det å komme her å få lov å både strikke og ... det å være i miljøet og sånne ting – det var veldig annerledes.</i></p> <p><i>. Eh.. og det å plutselig være en av de som de snakka mest med, det var liksom... hallo! Jeg får lov å snakke! Så fint! Så det var veldig annerledes å få komme her .</i></p> <p><i>få starte på nytt et nytt sted. Og få formet en ny – meg - . Ikke minst få trappe ned på medisiner</i></p> <p><i>Førsteintrykket var jo det med at jeg ble møtt som menneske, som NN, og ikke som en diagnose som de har lest seg opp på.</i></p>	<p>For første gang følte jeg at jeg ble tatt imot og sett og hørt som et menneske. Tillit og frihet fra låste dører var helt nytt. Jeg var ensom, redd og skeptisk, men opplevde at HR virkelig ønsket å hjelpe. Det var en uvant følelse. For første gang ble jeg møtt med håp og fikk tro på egne ressurser.</p>	<p>En annerledes opplevelse med menneskeverd, håp og tro</p>
<p><i>I Ja, det var særlig det medisinfrie, da. Og det fokuset på helhet – kropp og sjel..</i></p> <p><i>Altså – kommer du her og tror at du gjerne er på et hvilehjem eller ikke orker – hva du er her for... Hvis du er her for andre sine grunner, enn din egen.. så har du ikke så stort utbytte av å være her, tror jeg.</i></p> <p><i>Fordi at en må bli trygg med omgivelsene og – trygg på at de ikke gir deg opp. Og trygg på at de virkelig vil deg godt. Men når du har vært så avvist i det offentlige, så tok det såpass lang tid</i></p> <p><i>Sånn som nå – at jeg kan bruke min historie for å hjelpe andre. Vise de at fordi om du har gitt totalt opp og blitt totalt gitt opp av systemet, så finns det faktisk folk der ute som kan hjelpe, og det ønsker Hurdalsjøen.</i></p>	<p>Jeg valgte Hurdalsjøen først og fremst fordi de gir hjelp med nedtrapping av medisiner og fordi jeg trengte veldig en ny start. Jeg var skikkelig langt nede og ting så håpløst ut.</p> <p>Det er en forutsetning at du virkelig ønsker å kjempe selv hvis du skal lykkes her – det er ikke no hvilehjem. Nå kan jeg hjelpe andre med min kunnskap.</p>	<p>En ny selvvalgt start</p>

Tabell 2. Eksempel fra analysetrinn 2 og 3 i hovedkategori 2. Leses fra venstre mot høyre.

**Trinn fire** i STC innebærer prosessen fra kondensering til eventuelt å komme fram til nye begreper eller resultater. Etter å ha dekontekstualisert teksten i trinn tre, skal den nå rekontekstualiseres eller settes sammen igjen i fortolkende og beskrivende synteser (Malterud, 2017, p. 108). Nå ble mitt ansvar som fortolker av materialet aktualisert. Resultatene jeg hadde kommet fram til, skulle nå vurderes opp mot de opprinnelige intervjuene. Malterud kaller dette arbeidet for å syntetisere – vi lager synteser eller en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe med utgangspunkt i et *gullsitat* fra den opprinnelige teksten. Gullsiter skal beskrive og konkretisere hovedfunn, og innlede egne avsnitt i studierapporten. Tolkningen skal være lojal til materialet i subgruppen og informativ for leseren ved at vi gjenforteller fellestrekk og nyanser fra historiene. Igjen er det viktig å stoppe opp og reflektere underveis om kodegruppene er relevante og om de har en solid nok forankring i materialet til at det er aktuelt å lage en syntese om denne aktuelle subgruppen. Betyr det de sa noe annet enn det de sa? Underveis vurderes gullsitatet opp mot den analytiske teksten. Disse må henge sammen og illustrere hverandre.

## 4.2 Metodediskusjon, metodekritikk

Det er studiens styrker og svakheter som skal vurderes i metodediskusjonen. Her velger jeg å diskutere forskningsprosessen og den nye kunnskapens gyldighet eller validitet og relevans. Malterud understreker at vi gjennom forskning må være refleksive rundt metoden vi har brukt, om den belyser den problemstillingen den var tenkt til å belyse. Metodekritikk bygger på fire sentrale kriterier; **pålitelighet, overførbarhet, holdbarhet og troverdighet** (Thurén et al., 2009, p. 27).

Spørsmålene i kvalitativ forskning er ofte få og åpne, og gir muligheter for varierte svar. Med en slik innfallsvinkel kan en si at forskeren viser mot og avgir makt og kontroll, og intervjuet blir mer en samtale og et samarbeid mellom de to. Nye spørsmål og nye begreper kan komme til syne og danne grunnlag for videre forskning og utvikling med nye modeller, nye begreper eller flere beskrivelser. Vitenskapelig forskning og kunnskap bygger på systematisk og kritisk refleksjon. Malterud er opptatt av at refleksjon i kvalitativ forskning gir forskeren anledning til å komme opp med nye spørsmål og kritisk refleksjon fra flere vinkler (Malterud, 2017, p. 18). Datainnsamlingen skal være systematisk og gjennomtenkt, og intervjuene transkriberes ord for ord. Jeg transkriberte selv intervjuene. Å transkribere vil for meg si å skrive ned ord for ord hva som er sagt i intervjuet. I tillegg noterte jeg ned pauser, latter og andre små

kjennetegn uten ord, som kom til uttrykk i samtalen. Dette for å bidra med viktig informasjon til teksten.

Jeg som forsker hadde ingen påvirkning på rekrutteringsprosessen i denne studien. Jeg er ikke kjent med hvorfor kun fire stilte opp eller hvorfor det tok tid å rekruttere disse fire. Både det at studien har få informanter og det at senterets ledelse rekrutterte disse, kan kanskje begrense denne studiens validitet. Å validere er så spørre om studiens og kunnskapens gyldighet. Hva er resultatene og kunnskapen i denne studien gyldig om? Under hvilke betingelser er den gyldig?(Malterud, 2017, p. 192). Jeg er opptatt av enkeltpersoners opplevde erfaringer, og deres recoveryfortelling har i seg selv verdi og gyldighet. Malterud sier at konteksten får betydning for forskningens validitet (Malterud, 2017, p. 24). Det at tre av intervjuene ble gjort på Hurdalsjøen Recoverycenter mens informantene oppholdt seg der, kan styrke studiens validitet med tanke på at de var på «hjemmebane» og trygge i konteksten. På en annen side kan dette begrense generaliserbarheten av studien siden informantene hadde erfaringer fra dette recoverymiljøet, og ikke fra andre recoverysentre. Er dette overførbart til andre kontekster og dermed gyldig kunnskap? Hvis vi holder oss kun til den lokale konteksten uten å tenke over betingelser for at andre skal kunne dra nytte av kunnskapen, kan den eksterne validiteten svak. Når det ikke kommer revolusjonerende ny kunnskap fra forskningen, styrker den gyldigheten i og med at den understøttes av tidligere forskning.

Relevans i forskning innebærer om kunnskapen som kommer ut av forskningen, er nyttig eller viktig for flere (Malterud, 2017, p. 21). Det er et mål å tilføre eksisterende kunnskap noe nytt i tillegg til at kunnskapen gjerne må bekrefte det vi vet fra før. Derfor er det viktig å skaffe seg oversikt over den kunnskapen som allerede finnes, før en går i gang med et studie. Min kunnskap om recoveryfeltet var begrenset før jeg satte i gang. Litteratursøk i databaser, i referanselister og litteraturtips fra veileder har ledet meg gjennom kunnskap om recovery. Jeg kan likevel ikke utelukke å ha oversett viktig kunnskap noe som kan ha påvirket studiet med tanke på at vinklingen kanskje kunne vært mer presis. På en annen side gir resultatene i denne studien viktige erfaringsbidrag fra mennesker med betydelig egenerfaring fra det å motta behandling for psykoselidelse og å være i bedring, og de beskriver dybden i dette i denne studien. Med dette menes at datamaterialet gir en betydelig innsikt i den enkeltes opplevde erfaring. Informantene til studien hadde kommet langt i sin recoveryprosess. De hadde vært gjennom flere IMR-kurs, og hadde opparbeidet betydelig innsikt og øvelse i å snakke om egne opplevelser, egne strategier for sin bedringsprosess og om planer videre. Dette mener jeg

er en betydelig styrke i denne studien. Det samme er det at veileder har vært tett på i analyseprosessen. Det at flere er enige om konklusjonene, øker sannsynligheten for at funn kan oppfattes som gyldige (Malterud, 2017, p. 194).

Er så Systematisk Tekstkondensering en relevant metode for å belyse problemstillingen? For å kunne vite om forskningen er pålitelig, må en kjenne til hvordan forskningen er utført. Et annet ord for pålitelighet er reliabilitet – at undersøkelsen er riktig utført. Jeg har under hele prosessen hatt veileder med i ulike veivalg, og prosjektet er jevnlig drøftet på studiesamlinger ved Høgskolen Innlandet.

Hermeneutikk innebærer tolkning av andres opplevelser og følelser. Thurén trekker fram to faktorer en må ha bevissthet om. Det ene er projeksjon som er menneskers tilbørighet til å overføre sine egne egenskaper til andre. Man kan anta at andre ser verden så samme måte som en selv gjør. Den andre faktoren handler om kontekstens betydning. Det man tolker må ses rett kontekst (Thurén et al., 2009, p. 107). Det at jeg på forhånd hadde en positiv holdning til recovery og til medikamentfri behandling, kunne skinne gjennom i måten jeg stilte spørsmål på. Dermed kunne det også påvirke svar i undersøkelsen, på den måten at jeg kanskje ville høre om det som var bra og som fungerte godt. Det samme kunne samtaler med ledelsen ved Hurdalsjøen Recoverycenter i forkant og under intervjuet – de kan også ha påvirket mine tolkninger. I analysen har jeg forsøkt å være bevisst på dette.

### **4.3 Godkjenning av studien**

Studiens prosjektbeskrivelse, informasjonsskrivet til informantene med samtykkeskjema og intervjuguide ble godkjent hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) i slutten av august 2019. I informasjonsskrivet ble det lagt vekt på at informantene skulle få informasjon som dekket behovet slik at de følte at deres integritet var ivarett. Dialogen med NSD skjerpet spesielt fokuset på lagring og oppbevaring av data, muligheter og begrensninger om anonymisering og om opplysninger om tredjepersoner som kunne komme fram i intervjuene. Det har ikke vært behov for ytterligere kontakt med NSD i prosjektperioden.

I starten hadde jeg en idé om å se etter sammenhenger mellom verdier i recovery og verdier i feminismen. Dette fulgte meg helt til analysen av datamaterialet. I samråd med veileder, er

dette punktet utelatt i studien siden det ikke kom fram funn av betydning som kunne belyse problemstillingen. I samråd med veileder, vurderes dette punktet ikke som så betydningsfullt at det krever melding om endring til NSD. Det samme gjelder det at informantene snakket mye om erfaringer fra tidligere innleggelser uten at dette var et spørsmål i intervjuguiden. I samråd med veileder, ble det ikke sendt endringsmelding til NSD da vi mener det er naturlig å sammenligne innleggelser når det stilles spørsmål om opplevde erfaringer ved innleggelse til behandling ved Hurdalsjøen Recoverycenter. I forberedelsene til studiet ble det antydning at informantene skulle være ca 8 kvinner mellom 35 og 60 år. Utvalget endte opp med å bestå av tre kvinner og en mann. Heller ikke denne endringen er meldt til NSD siden den ble vurdert å ikke ha stor betydning.

## **5.0 Presentasjon av funn**

Denne presentasjonen beskriver funn i undersøkelsen. Funnene sammenfattes med synteser, som er tolkninger og underlag for nye beskrivelser. Funnene brukes som overskrifter for resultatkategoriene, og kan ha i seg ny innsikt og viten. I denne prosessen utvikles kodegruppene til hovedfunn og det som kanskje kan gi en aha-opplevelse (Malterud, 2017, p. 110). Analyseprosessen pekte ut seks hovedkategorier som tegner som resultater i undersøkelsen. Disse representerer videre innholdet i subgruppene, og beskrives nærmere i egne avsnitt senere i oppgaven.

### **Hovedkategoriene er:**

- 1: Erfaringer fra tidligere innleggelser (tre subgrupper)
- 2: Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen Recoverycenter (to subkategorier)
- 3: Minst mulig medisiner (tre subgrupper)
- 4: Betydningen av fysisk aktivitet (tre subgrupper)
- 5: Betydningen av Illness Management and Recovery/IMR i egen bedring (to subgrupper)
- 6: Betydningen av å få nok tid (to subgrupper)

### Seks hovedkategorier og 16 subgrupper:

Erfaringer fra tidligere innleggelser	Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen	Minst mulig medisiner	Betydningen av fysisk aktivitet	Betydningen av IMR i egen bedring	Betydningen av å få nok tid
Medisinering uten samtykke og samarbeid	En annerledes opplevelse av å bli møtt som et medmenneske	Nødvendigheten av å kjenne seg trygg	Fysisk aktivitet – en avgjørende del av behandlingen	Gevinster ved IMR	Lange opphold i trygge rammer
Erfaringer med å bli fratatt personlig rom og handlefrihet	Verdien av en ny selvvalgt start	Tidligere kamp for å få trappe ned	Hvordan oppleves fysisk aktivitet i egen bedringsprosess?	Utfordringer med IMR	Hva innebærer det å være recoverypilot
Oppleve seg degradert og kjenne avmakt		Oppsummerte råd fra brukerne	Oppsummerte råd fra brukerne		

Tabell. Oversikt over hovedkategorier og subgrupper.

«Gullsitater» fra informantene vil videre dokumentere hver sin hovedkategori.

## 5.1 Erfaringer fra tidligere innleggelser og en krenkelseskultur?

Gullsitat: «Du står helt alene mot legene. Og sånn som jeg da – ikke vil ha medisiner – jeg har ingen støttepersoner – ingen som støtter meg i det hele tatt.»

Tre av deltakerne beskrev vanskelige og krenkende opplevelser fra innleggelser i offentlige institusjoner forskjellige steder i Norge. De kom dit med behov for å bli sett, hørt og forstått uten at dette ble møtt med empati og forståelse. I stedet ble de møtt av noen som hadde svarene, og som ikke var interessert i hva de selv tenkte. Alle deltakerne snakket om opplevelser og erfaringer fra tidligere innleggelser. Dette er et viktig område i studien. Alle husket og beskrev tidligere innleggelser som negativt med mangel på forståelse og informasjon. Tre av fire husket det som traumatisk og skremmende. To av informantene beskrev seg som håpløse og oppgitt av det offentlige. Disse to beskrev hvordan det å bli ansett som en det ikke er mulig å hjelpe, fratrar en alt håp og medfører total avmakt og destruktiv atferd – også tanker om suicid. Tre av fire opplevde møtet med Hurdalsjøen Recoverycenter som en kontrast til tidligere innleggelser og som en mye bedre opplevelse, mens en beskrev første møte som «helt greit». Flere av informantene til studien trakk fram at de i svært liten grad hadde fått medvirke i behandlingen ved tidligere innleggelser. Informantene i denne studien hadde alle alvorlig psykisk lidelse som innebærer blant annet psykose og sterk angst



og uro. Alle trengte omsorg og trygghet, og opplevde at de ble oversett og innesperret. Under analyseres de fire subgruppene som resultater i hovedkategori en.

### **Erfaringer fra medisinerer uten samtykke og samarbeid**

Denne subgruppen handler om tvangsmedisinering. En av deltakerne uttalte: *«Hvis en ser på tvangsmedisinering og det å dra av folk klærne. Det ser jeg på som voldtekt. Det er jo ikke det samme, men det blir på en måte samme opplegget. Et overfall».*

Fra et pasientperspektiv kan en tvangsinnleggelse med tvangsmedisinering oppleves som å bli straffet uten lov og dom for å være alvorlig syk. Deltakerne i denne studien ga uttrykk for at de følte seg som kriminelle som måtte straffes. En av informantene hadde sagt tydelig fra at hun ønsket behandling for psykose uten medisiner ved en tidligere innleggelse. Dette ble ikke tatt hensyn til, og to av deltakerne beskrev opplevelser der et ønske om behandling uten medisiner ble ansett som tull. Dette opplevdes som dypt krenkende og påførte alvorlig merbelastning til informantene. To andre var mer opptatt av at en ikke måtte få så mye medisiner og så mange forskjellige medisiner. Utsagn som: *«Nei, man burde fokusere mer på fysisk helse og slutte med den massive medisineringa»* var gjennomgående klar melding fra informantene.

### **Erfaringer med å bli fratatt personlig rom og handlefrihet**

Alle informantene var opptatt av å ha et meningsfullt innhold i dagen, noe som henger dårlig sammen med innesperring. Spørsmål om innesperring var heller ikke en del av undersøkelsen. Men tre av fire beskrev opplevelser med innesperring som både skremmende, nedbrytende og meningsløst. En sa:

*«Nei. Eh.. der har de jo sånne låserunder, de låser inn tingene dine og ikke sant..? du bli behandla som en straffange. Altså – det er jo ingenting helbredende med den behandlingsformen de gir der.»*

Det å bli isolert fra alle andre og fra verden utenfor ble også beskrevet som straff, som svært krenkende og som det motsatte av et stort behov for omsorg og empati. En av informantene sa:

*«Og så fikk jeg ikke lov til å gå ut! Fikk bare gå på en sånn liten røykebalkong. Og jeg røyker ikke. Og den var kanskje to kvadratmeter – jeg veit ikke jeg. Jeg fikk altså ikke gå ut på ... på fem uker. Eh... de tok fra meg linsene så jeg fikk ikke se.... Så jeg gikk rundt og var blind..»*

Det var tydelig at ingen av informantene hadde gode opplevelser med å bli sperret inne eller skjernet. Tre av deltakerne snakker om hvordan de ikke ble lyttet til, ikke ble spurt hvordan

de hadde det og hvordan ansatte ikke snakket med de. En opplevelse av total avmakt på et tidspunkt i livet hvor ensomheten, kaos og et ønske om forståelse og omsorg kanskje er på det aller sterkeste – en avvisning i nødens stund. Hos en av deltakerne var meningsløsheten i innesperringen det mest fremtredende. Det å kun ha klokka å forholde seg til; «*Så ble du ofte sittende bare å se på klokka. Vente på at klokka skulle bli 7 igjen.*»

### **Opplive seg degradert og kjenne avmakt**

Uten at intervjuguiden hadde spørsmål om tidligere erfaringer, så valgte informantene å fortelle om opplevelser ved tidligere innleggelses. Alle hadde opplevd å bli isolert eller skjermet, og fratatt ting, og knyttet minner fra dette til straff, isolasjon, ensomhet, kjedsomhet, rettsløshet og urettferdighet. Ingen av informantene hadde forklaring eller forståelse for hvorfor de ble fratatt ting. En ble fratatt også sine linser, og fikk dermed også sterkt redusert syn under skjermingen. Savnet etter å få bevege seg, få gjøre noe, frisk luft, noen å snakke med var framtrødende. Det å ikke bli spurt hvordan du har det når du er psykotisk og alvorlig syk hadde satt spor. To trakk fram at det å være psykotisk i seg selv er svært tungt traumatiserende, og savnet traumefokus i behandlingen. De hadde fått høre at de ikke kom til å bli bedre og systemet hadde gitt dem opp. Da ble livet meningsløst. En uttalte: «*Men det er vel kanskje det som er vanskeligst. At man er vant til at man blir sett på som håpløs og vant til å bli sett på som alvorlig syk å .. sykerollen.. pasientrollen.. ... og det er jo noe av det som fremkaller mest avmakt. Så jeg har jo veldig behov for bekreftelse på at ting er annerledes.* Behandlingen de hadde fått, ble ikke beskrevet som god psykiatrisk hjelp. Tvert imot beskrev deltakerne det som om de ble behandlet som kriminelle.

## **5.2 Erfaringer fra første møte med Hurdalsjøen Recoverycenter**

Gullsitat: «*– men jeg følte jo at jeg på en måte ble mottatt som menneske for første gang. Altså i motsetning til der jeg var før, da. Så syns jeg at jeg ble møtt som menneske, da. Eh – å lyttet til i forhold til hva er det jeg ønsker.*»

Samtlige informanter beskriver gode møter med Hurdalsjøen Recoverycenter. De opplevde seg sett og lyttet til av personalet, og de ble møtt av et personale med et genuint ønske om å hjelpe. De ble møtt av ansatte som viste en vilje til å hjelpe og til å fremme håpet. Flere beskriver dette møtet som helt spesielt med tanke på varm og omsorgsfull forståelse. Det ser ut til at dette møtet ble starten på å bygge tillit mellom pasient og ansatt. Spesielt to av deltakerne forteller om hvordan de i starten hadde vanskeligheter med å stole på det de ansatte

på Hurdalsjøen sa om at de ønsket å hjelpe og at de var oppriktig interessert i å få vite hva den enkelte ønsket hjelp til. Dette med bakgrunn i tidligere erfaringer.

En deltaker beskriver møtet med Hurdalsjøen som «helt greit»: *«Nei, det var ganske greit. Ble godt mottatt. Var litt friere – var ikke dette lukka landskapet».*

### **En annerledes opplevelse av å bli møtt som et medmenneske**

Det motsatte av «å bli møtt som et menneske», er å ikke bli møtt som et menneske - en blir møtt som et objekt eller en ting. På spørsmål om hva deltakerne husker fra første møte, svarer flere med å beskrive følelser. En sa *«jeg ble tatt imot med... kjærlighet og omsorg, følte jeg. Det var i hvert fall med veldig forståelse for hva jeg gikk igjennom og jeg blei på en måte inkludert i et fellesskap».* Flere snakket om hvordan de trengte tid for å skjønne at de kunne stole på at her ønsket de virkelig å hjelpe. Tre av deltakerne beskriver det første møtet med noe nytt som var godt og tillitsfullt. Alle opplevde seg sett og lyttet til med tanke på hva de selv ønsket hjelp til. Dette beskrives som en kontrast til tidligere innleggelse av tre informanter. Kontrasten bestod også i en opplevd følelse av at her var en interessert i å høre om hva de kunne og hadde interesse av i motsetning til tidligere erfaringer. Deltakerne beskrev at de ble tildelt både tillit og ansvar, men også at de fikk følelsen av at ansatte ville gå i dialog med dem, bli kjent med dem og støtte dem i deres valg. Alle ga uttrykk for å ha blitt inkludert i et godt sosialt miljø hvor det var rom for å være seg selv og å utvikle et nytt selv. Flere trakk frem kontakten med andre recoverypiloter og det å selv være recoverypilot som noe godt og raust. Noen som har og gir tid og oppmerksomhet, og som vet hva det handler om. Å få gi varme og få være der for noen og glede noen ble beskrevet som godt og fint. En beskrev også følelse av ensomhet ved første møte. Å komme ny til en slik institusjon er også utfordrende. Nye omgivelser, ny kultur og nye ansatte mens en selv strever er vanskelig.

### **Verdien av en ny selvvalgt start**

På spørsmål om hvorfor deltakerne valgte nettopp Hurdalsjøen, kom spesielt det at det tilbys medisinfri behandling opp. Det er vanskelig å slutte med medisiner når en har gått på de en stund. Men også det at en ser hele mennesket på Hurdalsjøen. En informant la spesielt vekt på verdien i at du her fikk beholde en åndelig verdi. Hos to andre var det i tillegg til muligheten til å få trappe ned medisiner også viktig at her ønsket de virkelig å hjelpe. To informanter trakk fram at det var nære slektninger som hadde oppdaget og anbefalt stedet. En informant hadde oppdaget stedet gjennom venner og facebook. For alle informantene var nok også det å få en ny start i et helt nytt miljø en motivasjon for innleggelse ved Hurdalsjøen

Recoverycenter. Det å faktisk velge sted for innleggelse har antakelig også ekstra effekt på motivasjon for endring.

### 5.3 Minst mulig medisiner

Gullsitat: *«Og det har jeg veldig respekt for at de gjør her. Det virker ikke som at det er om å gjøre å få folk mest opp i dose, men at det er en fornuftig bruk av medisin, da. At man også har en plan for hvordan man kan komme av. ... Når den akutte perioden er over.»*

Alle pasienter ved Hurdalsjøen Recoverycenter får tilbud om hjelp til å trappe ned medisinering. Flere av informantene til denne studien fortalte at de stod på mye medisiner da de ble innlagt, men de fikk hjelp slik at de nå kun stod på det de mente var nødvendig. Nedtrappingen ble beskrevet som et samarbeid mellom dem og psykiater. Men også som en kamp som de ikke hadde fått støtte til å ta i det offentlige systemet. Til dette kreves blant annet at den enkelte selv er klar for å ta kampen, støtteapparatet må være der, trygghet og tillit må være der som et fundament, og en psykiater bør spille på lag. Derav er tid en ressurs og kvalitet ved behandlingsstedet. Så selv om målet for mange er total medisinfrihet, kreves hardt arbeid og tålmodighet og ikke minst mot for å greie det. Men som gullsitatet beskriver, så hadde deltakerne forståelse for nødvendigheten av medisiner når det står på som verst. Problemet med medisinering handlet blant annet om et stadig påfyll. Deltakerne hadde erfaringer med at når en medisin ikke hjalp, så ble det tilført en til – og en til – og en til. Uten at de som ikke virket ble tatt bort. Flere ga uttrykk for at det er viktig å stå på litt medisiner for å holde psykoseutfordringen i sjakk. Så tilbudet om hjelp med nedtrapping var avgjørende for å velge dette behandlingstilbudet.

#### Nødvendigheten av å kjenne seg trygg

På stadiet for innleggelse hørtes det ut til at alle informantene var motiverte for en ny start og et nytt miljø. En deltaker ønsket ikke medisiner i det hele tatt. Det to av informantene la stor vekt på, var at de trengte ca et halvt år på å bli trygge nok til å ta fatt på nedtrappingen og jobben med å finne en ny identitet. Utklipp fra et intervju:

*I* «Jeg begynte ca etter 5-6 måneder, så begynte jeg å trappe ned. Men jeg valgte å stoppe på en liten dose, for jeg turte ikke gå lenger ned..»

*M* «Nei.. du begynte å merke det?»

*I* «Nei. Ikke så veldig mye. Men jeg var mer redd for å merke det eller jeg har gått på medisiner såpass lenge. Så tar det jo enda lenger tid for en kropp å omstille seg.»

Dette sier mye om hvor viktig trygghet og miljø er for bedring og for muligheter til nedtrapping. Her er tid en viktig ressurs.

### **Tidligere kamp for å få trappe ned**

Spesielt to av informantene beskrev at de hadde fått tillagt en følelse av kunnskapsløshet av «systemet» eller tidligere behandlere da de ba om nedtrapping. Nedtrapping av medisiner ble beskrevet som «tull» og en fikk tilbud om innleggelse i tre dager for å trappe ned alt på en gang: *«...fikk beskjed at det ville ta årevis å trappe ned, og det var ingen som ville ha deg inne så lenge.. kunne få tre dager fikk jeg tilbud om på DPSen, men da skulle alt vekk. På tre dager. Abstinensen har ikke begynt å komme en gang på de tre dagene.*

Fortvilelse og avmaktsfølelse blir merbelastning for mennesker som føler seg syk, tom for krefter og tungt medisinert. All makt ligger hos lege/behandler. En har ikke advokat og en opplever at en ikke har andre støttepersoner. Dette sier mye om arbeidet som ansatte ved Hurdalsjøen Recoverycenter og pasientene der har greid.

### **Oppsummerte råd fra brukerne**

Deltakerne i denne studien mente tjenesten må tåle å være tilstede for pasienter i psykose og andre vanskeligheter, og romme det som kommer. Innesperring frarådes. Det som trengs er trygghet og omsorg – og kjærlighet. Og et ekte ønske om å hjelpe – at noen har tro på deg og gir deg håp om bedring.

## **5.4 Betydningen av fysisk aktivitet**

Gullsitat: *«Det er jo en dag med aktivitet. Begynner jo med IMR, så fortsetter det med fysisk aktivitet. Det er yoga og det er styrketrening. Både med egen vekt og med vekter. Så det er jo masse tilbud om ting. Og det har jo også vært helgeaktiviteter i form av kino, bowling – de er veldig flinke til å tilrettelegge for at folk skal bli med på det. Og det er jo kjempeviktig. Få innhold i livet sitt. Når du er i stand til å være med på ting, da. For det er jo selyfølgelig....»*

Alle informantene snakket varmt om trenings- og aktivitetstilbudet. De hadde benyttet det i ulik grad. Noen framhevet individuell styrketrening i treningsrom. En nevnte spesielt at senteret har en ansatt med idrettsfagutdanning, og anså det som luksus å få så god veiledning om trening. Hurdalsjøen Recoverycenter bruker også 4X4 som treningsmodell, og en deltaker nevnte å ha deltatt på det. Løping i motbakke nevnes som et tiltak hvor en etter hvert opplever

mestring og bedring. Andre toppturer, yoga, turer på bowling o.l. ble nevnt som meningsfullt og positivt. Alt i alt beskrives fysisk aktivitet som et viktig tilbud i behandlingen og dermed også som meningsfullt innhold i hverdagene. Effekten av treningen ga betydelig bedring i både psykisk og fysisk helse. Men det understrekes også at det er vanskelig å komme i gang med trening, spesielt når en er psykisk dårlig. Motivasjon, struktur og deltakelse fra ansatte ble beskrevet som avgjørende.

### **Fysisk aktivitet – en avgjørende del av behandlingen**

Deltakerne hadde individuelle opplevelser med fysisk aktivitet, men tre av deltakerne beskrev dette som betydningsfullt for deres recovery. Individuell tilrettelegging ble satt pris på. Det var viktig at ikke alle måtte trene på samme måte, men fikk lagt opp treningen etter egne interesser og form. Gruppetilbudene ble av en informant trukket fram som en arena hvor du kunne måle egen framgang – fra stadig å ligge bakerst til etter hvert å greie like mye og kanskje mer andre. En av deltakerne fremmet trening som behandlingstilbud i psykose, og sa at hvis hun ble psykotisk igjen, så ønsket hun å trene i den tilstanden. Dette ble begrunnet i at en trenger å bryte opp dagen – en er mye inni sin egen verden når en er i psykose, og et slikt avbrudd kan fremme bedring. Aktivitetstilbudet ble også beskrevet som en sosial arena der en fikk gode opplevelser sammen med flere.

### **Hvordan oppleves fysisk aktivitet i egen bedringsprosess?**

Alle de tre deltakerne i undersøkelsen, som snakket om fysisk aktivitet, fremmet dette som positivt. Aktiviteten ga dem mestringfølelse og utvikling. Fysisk aktivitet ble beskrevet som et verktøy for å regulere følelser og trang til destruktiv atferd som for eksempel selvskadning. To av deltakerne snakket om at det å oppleve at kroppen ble i bedre form, ga dem større kontroll over egen kropp og egne handlinger. En trakk fram treninga som livreddende aktivitet: *«Jeg tror ikke jeg hadde vært i livet rett og slett, hvis ikke jeg hadde fått begynt og kommet i gang med trening og ..... ja...»*

### **Oppsummerte råd fra brukerne**

Studiens informanter kom under intervjuene med råd til tjenestene om fysisk aktivitet. Anbefalinger om å ha et godt og variert tilbud slik at en finner aktivitet som passer for seg, er viktig. Det samme er kyndig personale som har en tydelig rolle som instruktør og veileder. Informantene mente at folk måtte komme i gang med trening så snart som mulig etter den verste krisa fordi trening gir mestring, helse og overskudd. En snakket om dagene da en

absolutt ikke har lyst til å trene. Da var god motivasjonshjelp gull verdt, noe som må ivaretas av alle ansatte. En deltaker var tydelig i sin anbefaling: *Nei, man burde fokusere mer på fysisk helse og slutte med den massive medisinerings. Som påvirker hele kroppen og systemet og hormonsystemet og alt.»*

## **5.5 Betydningen av IMR i egen bedring**

Gullsitat: *«Og da får en undervisning om hvordan man kan håndtere psykiske problemer. Og vite litt om det. Og hva man kan gjøre for å unngå det som trigger – som kan føre en inn i psykoser – det synes jeg var interessant.*

Illness, management and recovery (IMR) må anses som en viktig pilar for behandlingstilbudet på Hurdalsjøen. Alle informantene til denne studien hadde gjennomført programmet minst en gang. En hadde fått undervisning individuelt og jobbet seg fleksibelt gjennom programmet. Andre hadde deltatt i flere grupper og jobbet seg gjennom programmet flere ganger og opparbeidet seg betydelig kunnskap. IMR-gruppe blir gjennomført hver ukedag med to instruktører – en faglært og en med erfaring. Gruppene bestod av 4-5 deltakere. En viktig del av arbeidet er å sette seg realistiske recoverymål og planlegge egen utvikling mot målene. IMR sto fram som en viktig læringsarena.

### **Gevinster ved IMR-grupper**

Tre av informantene trakk spesielt fram modulen som handler om å dele erfaringer i gruppe. Dette ble beskrevet som en modul som ga støtte, hvor de lærte mye, de fikk flere perspektiver og utviklet språk og forståelse om egen lidelse.

Flere snakket om at IMR ga dem nødvendig og viktig sammenheng og innsikt i egen sykdom med tanke på hva som trigger og hva som skal til for å unngå forverring, utagering eller nye psykoser. Livskunnskapen programmet byr på, ble ansett som betydningsfullt. Flere av deltakerne hadde deltatt i IMR-grupper flere ganger, og slik lærte de seg selv bedre å kjenne og utviklet nye strategier for livsmestring. Samtidig var de ressurser for andre deltakere. Å være til hjelp for andre opplevdes fint og ga mestring og mening. Å nå målene sine ga også mestring og inspirasjon til å lage seg nye mål. Målsettingene handlet for eksempel om å hindre forverring og nye innleggelses, bedre viktige relasjoner, trening, utdanning, arbeid og ansvar for eget liv. Konsekvensen av IMR-arbeidet så ut til å være empowerment.

## Utfordringer med IMR

Fra flere informanter ble det pekt på utfordringer på to punkter ved gjennomføring av IMR, nemlig kvalitet på forberedelser og modulen som omhandler medisiner. Det kunne variere hvordan instruktørene møtte forberedt til å undervise og gjennomføre møtet. Det kunne også variere med engasjement og noe handlet også om relasjon til ansatte. Ikke alle har kjemi med alle, og dermed blir det vanskelig å være åpen og snakke med alle om for eksempel psykose. Men informantene følte seg møtt med tilrettelegging i slike tilfeller.

Når det gjaldt modulen om medisiner, kunne temaet bli vanskelig da noen ikke ønsker medisiner i det hele tatt, mens modulen handler om riktig bruk av medisiner. Dette kunne føre til diskusjoner og temperament.

## 5.6 Betydningen av å få nok tid

*Gullsitat: «Jeg har gått på medisiner såpass lenge. Så tar det jo enda lenger tid for en kropp å omstille seg. Og den kampen kan man ikke ta på under ett år. Og tilliten til folk.. Så tilliten til seg sjøl og andre – den er jo nesten.. altså den er jo veldig knust fortsatt.»*

Mens tid er knapphet i offentlige institusjoner, må en kunne si at tid er en ressurs ved Hurdalsjøen Recoverycenter. Spesielt to av deltakerne trakk fram at trygghet var en helt nødvendig faktor for å ta opp kampen med egen lidelse og nedtrapping av medisiner. Det beskrives som om en må kjempe for å finne de kreftene som er nødvendig for å omstille seg, eller å komme over på «den andre siden». Tid til å endre eget liv og tid til en ettervernsperiode som recoverypiloter med viktig erfaringskompetanse som kommer andre pasienter, recoverykolleger og flere til gode. En etablerer en hjelperrolle og nyttefunksjon for andre, som gir mening, glede og mestring, og som styrker selvbildet.

## Lange opphold i trygge rammer

Innleggelsene kunne ha vart nesten et år før tryggheten var solid nok. Og så etter ca 8 – 12 måneder innleggelse, kom en til punktet for utskrivelse samtidig som vedkommende fortsatt kan bo i trygge rammer på recoverycenteret med en endret status fra pasient til utskrevet. Tre av informantene til denne studien bodde fortsatt på senteret selv om de var utskrevet. De hadde ulike dagaktiviteter og forpliktelser. En hadde praksis på arbeidsplass utenfor senteret, en hadde ansettelsesforhold inne på senteret og en var i utdanning inne på senteret. I tillegg deltok de aktivt i behandlingstilbudene og aktivitetstilbudene inne på senteret. Dette ble



omtalt som viktig i deres recoveryprosess. De jobbet kontinuerlig med å styrke eget selvbilde og se på seg selv som ressurspersoner. Det hadde skjedd store forandringer siden de ble innlagt. Destruktiv atferd var endret til å gjøre noe som er bra for en selv og medisinene var nedtrappet til et minimum. Men flere beskrev bedringen som skjør – den måtte jobbes med kontinuerlig.

### **Hva innebærer det å være recoverypilot**

Å være recoverypilot på Hurdalsjøen Recoverycenter kan sammenlignes med å være ekspert på erfaringer med alvorlig psykisk lidelse. En av deltakerne oversatte begrepet til tilfriskningspilot. En utfordring som ble trukket fram var å skifte fra pasient- og sykerolle til tilfriskningsrolle. Recoverypilotene er et kollegium av erfaringsspesialister. De har erfaring fra mange tidligere innleggelse, innleggelse ved Hurdalsjøen og recoveryprosess. De bor ved senteret og har hjelpefunksjoner for andre beboere og pasienter. Spesielt med recoverypilotene er at de har god tid til å lytte og dele. Dette er ikke en lønnet ansettelse, men en bor gratis mens en har en hjelperolle. Recoverypilotrollen avsluttes når denne flytter fra senteret og ut i kommune. Informantene omtalte dette som et steg nærmere selvstendighet og nytte for samfunnet og andre mennesker – en situasjon som er dramatisk forskjellig fra den situasjonen de var i ved innleggelse som pasient.

## **6.0 Drøfting**

Her ønsker jeg å sette funnene inn i en faglig kontekst for å bidra til å gi dem preg av sentral kunnskap. Jeg har valgt å følge funndelen, men velger å drøfte de tre første sammen til «Et forandrende møte». Fysisk aktivitet er ikke drøftet. IMR gjennomgås med fordeler og ulemper. Og tid som ressurs drøftes for seg selv. Disse tre funn-områdene gir forsøksvis svar på studiens spørsmål om hva brukerne trekker fram som avgjørende i bedringsprosessene og hvordan deres erfaringer kan bidra til å endre dagens praksis.

### **6.1 Et forandrende møte**

«Et forandrende møte» innebærer en ny og avgjørende start og et møte som legger grunnlag for håp, tro og mening. Det har allerede gått over seks år siden Bent Høyne presenterte sitt prosjekt som helse- og omsorgsminister; å skape pasientens helsetjeneste. Et av tiltakene var at pasienten skulle settes i sentrum. Jeg har tidligere i oppgaven gjort rede for

helsemyndighetenes anbefalinger om å dreie psykisk helsehjelp fra et patologisk sykdoms- og symptomorientert perspektiv til et personorientert recoveryperspektiv med fokus på ressurser og mestring. Kunnskapsgrunnlaget i disse to perspektivene er ulike. Et sykdoms- og symptomorientert perspektiv vil bygge psykoseforståelse på en oppfatning av at det er en feil i pasientens hjernefunksjonen, som den eneste bærende forståelsen. Det er en kjemi i ulage, som kan justeres med kjemikalier. Informantene til denne studien hadde konkrete skildringer av hvordan det var å bli møtt i dette perspektivet. De ble ikke møtt som hele mennesker med sin livshistorie og bakgrunn. De ble møtt som om det var en feil på dem som mennesker, som symptomene sine, som en diagnose som kanskje ikke var riktig, som en type atferd eller utagering som ble håndtert som en kriminalitet som skulle straffes. Møter som endte med ny diagnose, med innesperring og ensom isolasjon eller som tvangs- og overmedisinering. Møter som medførte krenkelse. Når personlige erfaringer vurderes som upålitelig eller irrelevant informasjon, eller aktivt blir unngått, blir ikke krenkede mennesker forstått (Kirkengen & Næss, 2015, p. 15).

En personorientert forståelse av psykose har som tankegang å møte hele mennesket med et perspektiv av at pasienten gjennomgår en alvorlig gjennomgripende livserfaring som bunner i en spesiell sårbarhet. Denne har individuelle og ulike uttrykk som for noen er destruktiv og truende. For eksempel kan innhold i psykosen være som en vanvittig redsel eller helt motsatt som en opplevelse av at en hersker over hele verden. Noen forteller om at det er noe helt magisk og spesielt som skjer. Ingenting kommer til å bli det samme igjen etter dette. Informantene til denne studien beskriver møtet med Hurdalsjøen Recoverycenter som at da ble de endelig møtt som hele mennesker av hjelpere som så hele dem, som ønsket å høre på hva de selv tenkte de trengte og som ønsket å hjelpe. Verdien i å bli løftet fram - et anerkjennende møte. Noen ser på psykoser og innholdet i dem som egenkraftmobilisering og mestringsstrategi. God hjelp handler blant annet om omsorg og korrigerende, og at det er for lite fokus på traumer og belastninger som årsaksfaktor (Kristiansen et al., 2013, pp. 17-21)

Brukerkunnskapen i denne studien tilsier at et sykdoms- og symptomfokuset behandlingsgrunnlag i menneskemøtene ser ut til å komme til uttrykk som kynisk og lite hjelpsomt, mens et personorientert menneskesyn virker godt og hjelpsomt. Brukerkunnskap kan ofte framstå som bestemt og sann som den livserfaringen den faktisk er. Det er brukerne som har erfaringer – det er ikke oss som hjelpere. I tillegg skal brukerkunnskapen anses som

likeverdig med andre fag- og praksiskunnskapsformer. Bruerkunnskapen kan oppfattes som en motsats til faglig kunnskap. Dette kan gjøre likheter og forskjeller mellom kunnskapsformene tydeligere, og dermed tilføre kunnskapsfeltet bredde og dybde. Et viktig spørsmål er hvordan brukerkunnskapen kan tilføre nye ferdigheter til fagutdanningene og implementeres i tjenestene? For eksempel så ser det ut til at ansatte med egenerfaringer gjør en stor forskjell på Hurdalsjøen Recoverysenters. Verdier som forståelse, nok tid og språk for erfaringene ser ut til å være viktige brukeregenskaper, mens faglig og praktisk kunnskap kanskje kan bidra med en type vitenskapelig og systematisk tilfang. Det blir viktig å se på om verdier fra begge disse to kunnskapsformene kan styrke hverandre i tida som kommer.

Med tanke på hva medisinene gjør og de bivirkningene de gir, er det mye som tyder på at dosen antipsykotisk medisin bør være minimal og den bør brukes i kortest mulig tid (Aarre, 2018, pp. 60-63). Informantene til denne studien hadde erfaringer med en kultur preget av at når en type antipsykotika ikke virket, så fikk de stadig nye uten at de gamle ble tatt bort. Dette endte opp i mange typer psykofarmaka som både gjorde skade og skapte avhengighet. Hvor går grensen til faglig forsvarlighet for god og trygg medisineringskontra brukernes egne ønsker? Informantene peker på erfaringer med at det å kunne medvirke til egen medisineringskontra er helt annerledes enn å bli utsatt for tvangsmedisineringskontra. Det så ut til at det å få medvirke gjorde at de så annerledes på bruk av antipsykotika. Retten til å medvirke og til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige tiltak ivaretas av Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og er nærmere beskrevet i det som Helsedirektoratet kaller samvalg.

## **6.2 Recoverynærende miljø – drøfting av IMR**

Informantene til denne studien sier mye om at pasientens helsetjeneste bør tilby rom som aktivt kan støtte opp om recoveryprosessen etter akuttinnlegg. Steder hvor pasienter kan være med kloke, forståelsesfulle mennesker rundt seg. Dette innebærer både fagutdanna personale og personale med egenerfaringer. Slik jeg ser det, kan også medlevertturnus bidra til kontinuitet og stabilitet gjennom dagen i behandlingssituasjon. Når tidligere pasienter får en rolle som fagressurs, kan dette fungere som tryggere enn direkte overgang til kommune for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Å sikre trygge overganger blir ansett som en utfordring i psykisk helsefeltet. Informantene til denne studien trakk også fram at det bør være gode muligheter for nær kontakt med natur, en bør få utløp for kreativitet gjennom maling,

skrivning og håndarbeid. Flere nevnte også musikk som trøstende og lindrende. Arbeid og utdanning er et ønske og mål rettet mot deltakelse i samfunnet.

### **Verdien i å få utvikle språk**

IMR-modellen er gruppebasert, men kan også gis individuelt, hvor en kan jobbe med livsmestringstema og mestringsfokus og dele erfaringer. Informantene trekker fram gevinster som det å ha et sted å dele, få ny innsikt, nå mål og få hjelp med å sette nye – de samme gevinstene som forskning på området viser (McGuire et al., 2014, p. 178). Det ble rettet spesiell oppmerksomhet på modulen hvor de fikk dele erfaringer om sine egne kritiske episoder. Denne ble beskrevet som at de lærte mye, de fikk flere perspektiver og utviklet språk og forståelse om egen lidelse.

Å få utvikle et språk og venne seg til å snakke om erfaringer kan se ut til å være spesielt betydningsfullt. Et mønster i mitt datamateriale kan være at måten komponenter om bedring ble omtalt på, på mange måter var i samsvar, med tanke på ordvalg og omtale. Informantene snakket på samme måte om mange ting. Dette fenomenet kan være som et tillært språk, et språk lært i samhandlingen og gjennom IMR-gruppen. Strukturen i modellen med sine temaer på de viktigste områdene med tanke på å komme styrket ut i samfunnet, kan danne grunnlag for språkutvikling. Å utvikle språket kan være sentralt både for å gi uttrykk for egne behov og for å få grep om den personlige indre dialogen. Å få anvendbare begrep om spesielle erfaringer styrker muligheter for deltakelse i fellesskap og i likemannsarbeidet.

### **IMR - en modell med mange kvaliteter**

IMR beskrives som en kompleks og mangeartet modell. Den gir struktur og innhold i hverdagen – noe å stå opp til. Det ser ut til at IMR-gruppa ivaretar viktige elementer knyttet til kjerneelementene recoveryperspektivet og CHIME. En kan ane elementer av Antonovsky's salutogenese i forbindelse med «illness management» eller sykdomshåndtering og helsefremmende, mestringsorienterte behandlingsgrunnlag. En kan ane elementer av Seikkulla's Åpen Dialog for eksempel i modulen der deltakerne deler erfaringer og jobber med å utvikle språk for sine utfordringer og hvor instruktøren har en rolle som coach eller veileder. En aner Motiverende Intervju og Endringsfokusert rådgiving gjennom den positive innfallsvinkelen i stedet for symptomfokus og prosesseffekten. IMR gjennomføres med psykoedukasjon og forankring i Stress- og sårbarhetsmodellen. Elementer av kognitiv atferdsterapi er inkludert i IMR blant annet på den måten at deltakerne trener på individuelle

oppgaver mellom samlingene. Sosial ferdighetstrening kan ivaretas ved gruppemodellen for eksempel ved at deltakerne blir rollemodeller for hverandre. Alle disse faktorene er gjenkjennbare i recoverytankegangen og de er anbefalte i psykoseretningslinjen (Helsedirektoratet, 2013, pp. 56-74). Det kan se ut til at kombinasjonen av mange elementer sammen gir grunnlag for recovery. Små ting for at folk skal trives og utvikles og oppleve mening, noe som støttes i nyere forskning (Bøe, Larsen, & Topor, 2019).

Utfordringer som nevnes er variasjon blant instruktørene, vanskelig tilgjengelig veiledning, og varierende trofasthet mot modellens struktur (McGuire et al., 2014, p. 178). Dette kan samsvare med denne studiens tilbakemeldinger om hva som kan bli bedre. Utfordringene her kunne handle om hvor godt forberedt og engasjert instruktørene var og det kunne handle om relasjonen den enkelte hadde til enkelte instruktører.

Man kan diskutere om strukturert modulbasert opplæring er i tråd med den dialogiske dynamiske recoverytanken, hvor personen selv skal styre prosessene. Maktfaktoren i en instruktør- eller undervisningsrolle kan opprettholde gammeldagse maktkonstulasjoner. En kan knytte mange gode effekter til IMR-programmet, men det må anses som usikkert om alle de positive effektene kun skyldes IMR. Det å bli møtt med anerkjennelse, som likeverdig samarbeidspart og som en verdifull og hel person var noe alle ga tydelige tilbakemeldinger om. Det kan uansett være tegn som tyder på at modellen er god for inneliggende pasienter etter en akutfase. For pasienter som er utskrevet, kan IMR hindre reinnleggelser og redusere tilbakefall, men kan da bli vanskeligere tilgjengelig med tanke på geografisk avstand og transport, og faren er større for »drop-out». I denne studien må det kunne ses som en fordel at IMR-gruppa gjennomføres innenfor Hurdalsjøen Recoverycenter, og at deltakerne bodde på stedet. Likevel viser forskning en betydelig lavere «drop-out» fra IMR-grupper enn fra andre grupper med for eksempel kognitiv atferdsterapi o.a.(McGuire et al., 2014, pp. 177-178)

### **6.3 Tid og rom nok til å gi behandling som oppleves som god**

Gjennom studien har det kommet frem at en anerkjennende og respektfull dialog mellom pasient og hjelper er viktig for å bygge relasjon med tillit. Dette er avgjørende med tanke på det samarbeidet mellom pasient og hjelper som recoveryprosessen bygger på. Jeg vil her drøfte muligheter for å tilrettelegge for slikt samarbeid, og se på fordeler og ulemper ved å bruke god tid på et behandlingsforløp på et trygt nok omsorgsnivå. Tidsfaktoren ble nevnt i flere sammenhenger av informantene til denne studien, f.eks. ved å antyde at det tok ca et

halvt år å bli trygg og sterk nok til å ta opp kampen og finne motstandskrefter i seg selv. Et annet eksempel var å ha vært i et forløp på Hurdalsjøen i over et år eller enda lenger. Flere antydte at de aldri mer ønsket innleggelse i de akuttpsykiatriske enhetene de hadde vært tidligere.

Det å gi rom kan være litt mer abstrakt. For meg betyr det «å romme» en slags anerkjennende raushet, som innebærer å tåle og akseptere den andre. Evne å containe, tåle det som kommer, stå i det og bære håpet, motivere den andre til å tro på seg selv. Gi den andre følelse av anerkjennelse og ro i stedet for angst, redsel og ensomhet. Å romme et annet menneske handler for meg om å se og tåle *hele* mennesket. Den som ikke er opptatt av hele mennesket, er kanskje mest opptatt av deler av mennesket, som for eksempel symptomer. Å romme innebærer også en holdning av å «stå i det» - ikke gi opp – «jeg gir deg ikke opp» og «jeg har tro på deg». Og et genuint ønske om å hjelpe og snakke om den andres drømmer og ønsker.

### **Verdien av selvvalgt psykisk helsehjelp**

Jeg belyser her muligheter til frivillighet på Hurdalsjøen Recoverycenter og ser på tilsvarende muligheter i det offentlige systemet slik jeg ser det. Dette kan handle om forskjellige omsorgsnivåer i noen tilfeller. Hurdalsjøen Recoverycenter har muligheter for tvangsbehandling, men benytter det ikke. Det gis hjelp til de som ønsker hjelp. Mens det offentlige systemet på akuttnivå alltid må hjelpe, også når pasienter selv ikke vil eller selv ser at det er nødvendig. Dette er en viktig forskjell. Hvilke muligheter har institusjonene til å bygge tillitsfulle relasjoner slik at gode bedringsprosesser er mulig? Med det offentlige systemet menes her psykiatriske sentralsykehus, distrikpsykiatriske sentre (DPS) og rus- og psykisk helsetjeneste i kommunene.

Innleggelser i offentlige psykiatriske sykehus bærer for tiden preg av tidspress og korte opphold. Myndighetene har bestemt at mange sengeplasser skal bort, og kommunene skal ta over oppfølging og behandling. Jeg finner ingen grunn til å påstå at dette er en villet utvikling sett fra fagfeltet sin side, men heller et krav fra myndighetene om å være effektive og sparsommelige, og overlate rehabilitering og ettervern til DPS med f.eks. poliklinisk behandling eller med oppfølging fra kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2014). Pasienter som blir innlagt i akuttpsykiatri, er ofte preget av desperat psykisk smerte, og kanskje på sitt aller dårligste. Og med betydelig behov for omsorg, forståelse og empati. Haugsgjerd bekrefter at slike innleggelser ofte skjer med mye stress og kaos mellom en enkeltperson i

avmakt og et overmektig hjelpeapparat (Haugsgjerd, 2018, pp. 57-61). Dette er gjenkjennbart fra intervjuene jeg gjorde i denne studien, der noen av informantene beskrev svært nedverdiggende og krenkende møter med psykiatrien før de kom til Hurdalsjøen. Flere beskrev betydelige behov for omsorg, trøst og forståelse, mens det de opplevde å få i psykiatrisk sykehus og DPS, i stor grad var diagnostisering uten særlig mening, medisiner og overmedisinering uten samarbeid. Det så ut til at å bli utsatt for tidspress bidro til å føle seg verdiløs og som et objekt når behovene ikke ble sett eller møtt. Noe som igjen kunne forstyrre eller sette recoveryprosessen på vent.

Det kan se ut til at innleggelse i akuttavdelingene og DPS ofte består av stabilisering av symptomer og videreføring til lavere omsorgsnivå. Dette begrunnes ofte i at det er få plasser og at mange som er i samme situasjon og trenger innleggelse. Utskrivelse skal skje så snart som mulig. Pasienter melder tilbake at dette ikke oppleves som god behandling. Kristiansen stiller seg kritisk til å bli sendt hjem med toalettmappen full av piller så snart tilstanden med psykose roer seg (Kristiansen et al., 2013, pp. 45-47). En kan kanskje si at en på sentralsykehus i noen tilfeller ikke har tid eller muligheter for å gi behandling som oppleves som god? Informantene til denne studien meldte at de trengte god tid på å få tillit til personalet, til å finne motstandsressurser i seg selv, til å bli klare for å ta opp kampen, til å mestre livet, osv. Slik informantene beskriver sine møter med for eksempel akuttpsykiatri og DPS, så ser det ikke ut til at det gis tid og rom til å jobbe skikkelig med disse viktige komponentene. Det ser ut til at vi stadig bør ha fokus på holdningsarbeid om tilnæringsmåter og arbeidsmetoder.

Hurdalsjøen Recoverycenter er både sykehus og «ettervernssenter». Senteret kan være et supplement eller et alternativ til behandlingstenkingen og praksis i det offentlige systemet. Informantene la stor vekt på verdien i det å bli møtt av personale som spør, lytter og tåler det som kommer. Flere av informantene mente dette var grunnlaget for deres recovery. Tre av deltakerne beskrev at de kom til senteret i dårlig forfatning, syke og overmedisinerte. Der fikk de tid, omsorg, varme, vennlighet, trygghet og de ble bedre. Nå snakker alle informantene i denne studien om aktivitet, utdanning eller arbeid. Det at pasienter kan komme inn i en sykehusavdeling, få behandling og samtidig bygge tillit til personalet, kan ha stor betydning og være til hjelp når de skrives ut. Men så etter utskrivelse, kan de fortsette å bo på samme sted en periode, ha de kjente folk rundt seg, og jobbe systematisk med egen recoveryprosess. Slik jeg ser det, har dette avgjørende betydning for å bygge selvstyrke til å mestre livet

utenfor når tiden er moden og veldig i tråd med recoveryorientert praksis. Trygghet og god innsikt i egne interesser og grenser kan være avgjørende for om en lykkes. Informantene nevnte flere ganger at trygghet i miljøet og innsikt i hvem de var som personer ble utviklet gjennom IMR og annet samarbeid. Også Haugsgjerd (Haugsgjerd, 2018) argumenterer for at god behandling bygger på tid til bearbeiding og tid til å utvikle et språk for egen utvikling som elementer til god hjelp ved psykisk smerte.

I IMR-gruppene kan pasienter og tidligere pasienter jobbe systematisk med egen bedringsprosess. En lærer å dele egne erfaringer og en lærer livsmestring. En ulempe ved å være lenge på institusjon, kan selvsagt være at en da utsetter den vanskelige overgangen til et selvstendig liv utenfor institusjonen, noe som kan gjøre at institusjonaliseringen preger og hemmer prosessen. Samtidig kan dette også ses på som en solid og god forberedelse, og forebygge nye vanskelige episoder. Å bli utskrevet fra behandling uten kompetanse om livsmestring, innsikt i hva som er bra for en og evne til å sette ord på behov, kan medføre fare for å mislykkes, og dermed påføre mennesker nye kriser og innleggelser.

Noe som overrasket i intervjuene, var graden av empowerment – at hver og en av informantene hadde fått tilbake så mye makt, kontroll, selvinnsett og meninger. At læringsviljen og –evnen var så til de grader til stede. Jeg forventet kanskje å møte noen av samfunnets svakeste og mest sårbare. Det inntrykket jeg sitter igjen med er at de som jeg fikk møte, har masse å bidra med. Jeg sitter igjen med en undring over at det ikke satses på recoverysentre i sammenheng med akuttpsykiatriske avdelinger i større grad. Og at det ikke i større grad satses på organisert kunnskapsdeling. Overgangen fra sykehus til eget hjem i kommunen er krevende og uoverkommelig for mange. Ikke bare skal en håndtere psykisk smerte. Andre utfordringer med for eksempel nettverk, økonomi, bolig, meningsfulle aktiviteter og engasjement i tråd med det en selv mestrer og evner, skal også håndteres. Psykoseutfordringer er svært alvorlig og hemmer funksjonsevne på mange områder. Det er derfor avgjørende at en finner måter å leve på som både ivaretar livskvalitet, opplevelse av samhandling, nytte og utvikling til tross for helseutfordringer. Det er kjent at utrygghet skaper stress, og at stress kan være en trigger for psykose.

Andre fordeler med å ha tid i behandlingssituasjon kan være dialog og dynamikk som den hermeneutiske sirkel kan være et bilde på. Mennesker utvikler seg sammen med andre – når vi får sette ord på tanker og følelser i dialog med andre, får høre andres tanker og erfaringer,



så forstår vi kanskje noe nytt, og kan gå videre og utvikle oss videre. Tom Andersen snakker om at summen av samtalene blir noe mer enn det den ene og den andre snakker om. Gjennom dialog og refleksjon utvikles en større forståelse og et videre perspektiv (Andersen, 1999), og en kan få en følelse av å være en deltaker – ikke bare en passiv mottaker – og noe som må være langt unna å være isolert og skjermet. I dialogen er det muligheter for å jobbe med egen innsikt ved å få innblikk i andres. En ser og hører andre og kan selv bli sett, hørt og anerkjent. Dette kan tilfredsstillende behov for anerkjennelse og være med å bygge en annen identitet som Honneth tar til orde for (Falkum et al., 2011). Ved å bruke tid, bygges relasjoner og trygghet i et gjensidig respektfullt møte som innebærer en følelse av likeverd i stedet for mindreverd. Tid nok kan også gi muligheter til at dialogen og refleksjoner fra samtaler og samarbeid kan modnes. En kan ta nødvendige pauser og gi kropp og sjel tid til å lande f.eks. ved å bruke naturen, være i bevegelse, trene og få frisk luft eller ved å male eller skrive. Mange som har erfart psykose, snakker om magiske og åndelige opplevelser, og verden blir aldri den samme. Det å bruke tid i naturen f.eks. kan gi en følelse av å være del av noe større, en deltaker, og gi åndelig påfyll. Et behandlingsopplegg med god tid kan tilrettelegges med variasjon og identitetsbygging. Mange med psykoseerfaring opplever forløsende krefter og hjelp på veien videre når de får være kreative eller får bruke andre uttrykksformer spesielt når språket ikke strekker til. Og ingen er lenger i tvil om at fysisk aktivitet og trening gjør godt for både fysisk og psykisk helse. En av informantene uttalte: *«Da jeg kom over den verste kneika med angst, så klarte jeg å være med på den – intervall. Og det har gjort mye for min fysiske helse. Jeg har fått – altså jeg opplever å bli et nytt menneske når jeg har trent, ikke sant?»* I denne studien snakket informantene om aktivitet som bygger ny identitet og velvære i egen kropp.

Så vil mange påpeke at er det noe en har nok av etter utskrivelse, så er det tid. Utskrivelse til eget hjem er nok vanlig etter opphold i døgnavdeling. Uten noe meningsfullt å gjøre på dagtid, er utsiktene til bedring og recovery heller begrenset. Det kan se ut til at det hviler et stort ansvar på de kommunale tjenestene. Uten at de fungerer godt for den enkelte, ligger det an til en evig runddans for noen pasienter. Myndighetene begrunner nedlegging av sengeplasser med at denne typen psykisk helsehjelp er for kostbar i forhold til at den ikke hjelper i stor nok grad. Så hvor er flaskehalsen? Kan et godt tilrettelagt opplæringstilbud som IMR-grupper og recovery-skoler gi personer som har store utfordringer med egen livsmestring, hjelpsomme verktøy på veien videre?

## **Diskursen om medikalisering**

Med medikalisering menes her fenomenet om at psykiske lidelser i stadig større grad ses som sykdom som må medisineres. Informantene til denne studien mente at det å bli møtt som hele mennesker og det få samarbeide om medisinering gjorde en forskjell. De ville gjerne finne andre løsninger og strategier, og bruke så lite psykofarmaka som mulig fordi de hadde opplevd plagsomme bivirkninger. Som psykiske helsearbeidere står vi på den ene siden for humanistiske verdier om å arbeide helhetlig og skal se hele mennesket i sin kontekst, mens informantene til denne studien vitner om lite brukermedvirkning i det offentlige systemet. Det er sterke krefter i sving, hvor det diagnostiske rammeverket og symptomfokus går foran, og pasienthistorien blir den profesjonelles oppfatning av den historien (Hummelvoll et al., 2015, p. 2). Et annet tema i diskursen er at visse markedskrefter som tjener på økning i psykiske lidelser presser på, deriblant legemiddelindustrien og terapiindustrien (Aarre, 2018; Karlsson & Borg, 2017). Aarre viser til krefter her som tjener på at det blir normalt å medisinere og behandle vanlige problemer, og som påstår at behandlingen er risikofri (Aarre, 2018). Fagområdet psykiatri og den naturvitenskapelige tilnæringsmåten kan knapt sies å ha løst de psykiske helseutfordringene. Psykiater Trond Aarre sier at styringssignalene fra helsemyndighetene spriker, og at dette hindrer god utvikling av tjenestene (Aarre, 2018, p. 15). Aarre kritiserer den medisinske modellen ved å peke på at den har fått dominere i for stor grad med tanke på at medisinsk behandling ikke har hatt tilstrekkelig effekt. I mange tilfeller hjelper denne behandlingen ikke, og resultatet kan være at pasienten fortsatt har de samme problemene og samtidig flere bivirkninger av medisiner som ikke virker. Modellen kritiseres også for å behandle grupper likt i stedet for å ha individuell tilnærming. Dette argumentet støttes av Haugsgjerd (Haugsgjerd, 2018, p. 55) som hevder at vi mangler klarhet i hva som er den beste behandlingen ved psykoselidelsene. Informantene til denne studien pekte på flere komponenter, og bar preg av individualitet. Alle var enige om at å kjenne seg selv var viktig og ingen ønsket mer psykofarmaka enn strengt tatt nødvendig. De snakket om at de fikk bidra med hjelp til andre og om å bli verdsatt som menneske.

## **Dialog og samarbeid**

Hvordan en opplever det første møtet har mye å si for om en får tillit til behandlerne og institusjonen, og dermed muligheter for å komme til med god hjelp. Innleggelse og medisinering uten samtykke vil ofte oppleves som krenkede og nedverdiggende og som overgrep, noe som i betydelig grad ble bekreftet av informanter til denne studien. Psykiater Svein Haugsgjerd kaller det et paradoks at ikke alle med alvorlig psykisk smerte, som er i

behov for hjelp, ønsker hjelp selv. Å sette i verk tiltak for en pasient mot vedkommende sin vilje, beskrives som noe en som behandler gjør med tungt hjerte. Men om helsevernet ikke kan foreta slike tvangsinnleggelses, sier Haugsgjerd at livsbetingelsene for noen av pasientene med psykoselidelse eller suicidalitet og deres pårørende vil blir betydelig forverret (Haugsgjerd, 2018, p. 61). Spørsmålet er om vi kan gjøre mer for å få til samarbeid. Deltakerne her beskrev at de ønsker dialog og bli lyttet til. Flere nevnte behov for å få gi uttrykk for vanskelige følelser på sin måte, og at de som skal hjelpe må tåle dette uttrykket. Å bli skjermet og stengt inne var et av tiltakene som virket mot sin hensikt. De ønsket trygge rammer i frihet. Å få høre musikk, gå ut i frisk luft og bli snakket til var eksempler på det motsatte av tvangsbehandling. Samarbeid kan være et sentralt stikkord.

### **Drøfting av anerkjennelsens betydning i recoveryprosessen**

Mine data sier mye om et menneskelig behov for å bli akseptert og verdsatt som menneske. To av deltakerne snakket om å bli fratatt eiendeler, avkledd og innesperret som å bli straffet som kriminell uten lov og dom. Som antydte tidligere i oppgaven, legger Honneth den rettslige anerkjennelsen til grunn for en persons utvikling av selvrespekt (Falkum et al., 2011). Jeg forstår det slik at om disse vilkårene ikke er til stede – hvis en person ikke har disse rettighetene, så forsvinner også mulighetene til å utvikle selvrespekt. Informanter i denne undersøkelsen beskriver tap av rettigheter under tidligere innleggelses, men at møtet med Hurdalsjøen var annerledes. Forfatterne (Falkum et al., 2011) viser til flere grupper som har blitt utsatt for tap av rettigheter, f.eks. taterne, nordsjødykkerne og ISAF-soldatene. Også pasientgrupper kommer inn under denne kategorien når de blir fratatt rettigheter eller må kjempe for rett til behandling, trygdeytelser m.m. og dette kan være prosesser som vedlikeholder de psykiske helseutfordringene. Denne kampen kan føre til vedvarende følelse av hjelpeløshet og nedstemthet, og kan forsterke psykiske symptomer, hevdes det i artikkelen, som også antyder at vi mangler forskning på de kliniske konsekvensene av tap av eller kamp for rettslig anerkjennelse.

Falkum et.al. (Falkum et al., 2011) knytter sosial verdsetting til yrkesrolle, utdanning og status. Noen av informantene i mitt prosjekt fortalte om en fortid med stigmatisering og vanskelige krenkelser, mens de nå kunne se på seg selv som yrkesutøvere eller student i utdanning. Pasientrollen derimot, beskrives som en nedvurdering med tanke på at den knyttes til negative kjennetegn som symptomer, problemer og mangler (Falkum et al., 2011). Når en er utestengt fra utdanning og arbeid, er det lett å tenke seg at dette svekker personens verdsetting av seg selv, og dermed blir et hinder for recovery. Tap på det ene

anerkjennelsesområdet medfører tap på det andre, og en befinner seg i en ond sirkel. I artikkelen tas det til orde for at tilnærming i terapeutisk sammenheng fokuserer på nivåene for anerkjennelse og interaksjonen mellom disse. Dette understrekes med at erfaringer med alvorlig krenkelse settes i sammenheng med det folk opplever som fysisk forfall og psykisk eller sosial død, og Honneth kobler dette til tap av anerkjennelse som truer psykisk integritet. Artikkelen konkluderer med at det trengs systematiske studier på samspillet mellom de tre anerkjennelsestypene; anerkjennelse i nære relasjoner, rettslig anerkjennelse og sosial verdsetting. Det er kjent at mangel på anerkjennelse i nære relasjoner spesielt de første leveårene har betydning for tilknytning og utvikling av selvet. Artikkelen antyder at sosial anerkjennelse og rettslig anerkjennelse i noen grad kan kompensere for mangel på anerkjennelse i nære relasjoner.

## **Konklusjon**

I denne oppgaven har vi sett at Hurdalsjøen Recoverycenter gjennomfører sin versjon av recoveryorientert og personsentrert behandling som fra dag en får betydning for bedringsprosesser hos personer med alvorlige psykiske helseutfordringer. Å bli møtt med verdighet og forståelse som et helt menneske med sin egen livshistorie ser ut til å legge grunnlag for en behandlingsrelasjon som forandrer. Behandling med reell medvirkning styrker personers muligheter og ansvarlighet, og gjør en bedre rustet til å mestre livet. Anerkjennelse av den enkeltes ressurser og unike egenskaper, styrker kreftene til å bygge ny identitet. Recoverytilbudet ved Hurdalsjøen synes å være annerledes enn andre behandlingstilbud til personer med alvorlige psykiske helseutfordringer. De fire tidligere pasientene som jeg snakket med, løfter blant annet frem tilbudet om å trappe ned på antipsykotisk medisinering, erfaringsutveksling, opplæringstilbud med om livsmestring og sykdomslære og betydningen av fysisk aktivitet. Tett samarbeid med ansatte med egenerfaringer har betydning med tanke på at en tilegner seg et recoveryspråk og får tilhørighet i et godt recoverynærende miljø. Hurdalsjøen Recoverycenter bør fortsette det viktige arbeidet.

## Litteratur

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, T. (1999). Et samarbeid-av noen kalt veiledning. I: *MH Rønnestad & S.*
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. doi:10.1177/0004867413520046
- Blomberg, W. (2018). *Dollhuset : og medikaliseringen av galskapen*. Oslo: Vidarforl.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*.
- Bøe, T. D., Larsen, I. B., & Topor, A. (2019). Nothing matters: the significance of the unidentifiable, the superficial and nonsense. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1). doi:10.1080/17482631.2019.1684780
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforl.
- Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C. P. M., Blanson Henkemans, O. A., Rosenbaum, S., Hendriksen, I. J. M., . . . Deenik, J. (2019). Implementation barriers and facilitators of an integrated multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study IV. *BMC health services research*, 19(1), 740-740. doi:10.1186/s12913-019-4608-x
- Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2012). Relevans og evidens ; praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(1), 33-43.
- Falkum, E., Hytten, K., & Olavesen, B. (2011). The psychology of social recognition. *Anerkjennelsens psykologi*, 48(11).
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. 45(7), 1343-1361. doi:10.1017/S0033291714003110
- Fleiner, R. L. (2017). Ny recovery-behandling på full fart inn i Norge. Retrieved from <https://www.napha.no/content/13380/Ny-recovery-behandling-pa-full-fart-inn-i-Norge>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten Psykiske lidelser hos voksne. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelservoksne/?term=&h=1>.
- Glover, H. (2005). Recovery Based Service Delivery: Are We Ready to Transform the Words into a Paradigm Shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, The*, 4(3), 179-182.
- Haugsgjerd, S. (2018). *Å møte psykisk smerte*. Oslo: Gyldendal.
- Helgerud, J., Engen, L. C., Wisløff, U., & Hoff, J. (2001). Aerobic endurance training improves soccer performance. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(11), 1925-1931.
- Helsebiblioteket. (2020). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. In *Nasjonale faglige retningslinjer*: Helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. In: Helsedirektoratet Oslo.

- Helsedirektoratet. (2018). Pakkeforløp for somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-vedpsykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovnpakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus?malgruppe=undefined#oppfolging-vedredusert-fysisk-aktivitet-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-ogellerrusmiddelproblemer>.
- Helsedirektoratet. (2018 - 2020). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelservoksne/implementering-og-verktoy-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Om HELFO*. Retrieved from <https://www.helfo.no/omhelfo/helfos-organisasjon>
- Helsedirektoratet. (2020b). Om oss.
- Hummelvoll, J. K. (2008). Ethiske problemstillinger i handlingsorientert forsknings samarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 131-142.
- Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (2010). Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 ? en litteraturgjennomgang.
- Hummelvoll, J. K., Karlsson, B., & Borg, M. (2015). Recovery and person-centredness in mental health services: roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*, 5.
- Husum, T. L., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2018). En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02-03), 98-111. Retrieved from [https://www.idunn.no/file/pdf/67076873/en\\_studie\\_av\\_synet\\_paa\\_etiske\\_utfordringer\\_relatert\\_til\\_arbe.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/67076873/en_studie_av_synet_paa_etiske_utfordringer_relatert_til_arbe.pdf). doi:10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Karlsson, B. (2011). "Sykepleier i bønn" ; om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 56-65.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, J., Bahr, R., & Norge, H. (2008). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kim, T. Mueser, S. G. m. f. (2011). *IMR Individuell mestring og tilfriskning* (Hurtigoversetter.no, Trans.). Center City, Minnesote, USA: Hazelden Publishing.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Klevan, T., Sjøfjell, T. L., Borg, M., & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk» Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse-og rustjenester.
- Kogstad, R. E., Ekeland, T. J., & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 479. doi:10.1111/j.13652850.2011.01695.x
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri* (8. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristiansen, G. H., Rydheim, S. H., & Thyness, E. M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt forl.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A. (2016). *Et bedre liv: historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske problemer*: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2014). Salutogenese og psykiske helseproblemer. *En kunnskapsoppsummering*.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mandelid, L., Lid, B., & Färdig, R. (2013). IMR-Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnærminger i et dagbehandlingsprogram ved psykoser. *Dialog: bulletin for SEPREP*, 23(2), 44-54.
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171-179.
- Nordaunet, O. M. (2019). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 70-79. doi:10.18261/issn.1504-3010-2019-0202
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pedersen, R., Nortvedt, P., Ribe, E., & Keeping, D. (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. doi:10.3109/09540261.2011.645025
- Regjeringen. (2019). *NOU 2019: 14*. Regjeringen.no Slade, M. (2017). 100 råd som fremmer recovery.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Thurén, T., Gjerpe, K., & Gjestland, D. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(9), 1164-1168.
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., & Mueser, K. T. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*, 60(2), 202-209. doi:10.1176/ps.2009.60.2.202
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

VEDLEGG 1

## Vil du delta i forskningsprosjekt?

# ***Vi trenger mer kunnskap om hva som gjør at folk kommer seg etter psykiske belastninger og vansker!***

## ***Brukererfaringer ved Hurdalsjøen Recoveryssenter Erfaringer med å komme seg igjen ved å bruke behandlingsopplegget***

Jeg heter Mona Hauger Kjelsberg, og er student ved masterutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen Innlandet Elverum. Til daglig jobber jeg som sosionom og aktivitetsrådgiver ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll.

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Du blir invitert fordi du har fått behandling ved Hurdalsjøen Recoveryssenter. De mener du har erfaringer som det er viktig at kommer fram for å bidra til en god utvikling i behandling av psykoselidelse, og det er de som har foreslått at du blir invitert til å delta. Undersøkelsen er viktig for å få fram hva som hjalp i din bedringsprosess. Jeg er også interessert i å høre hva du tenker om kvinner trenger en annen type psykisk helsehjelp enn menn.

### **Hensikt og formål**

Jeg ønsker å høre deg fortelle om dine erfaringer for å lære mer om hvordan behandlingen kan virke på enkeltmennesker. Etterpå skal jeg skrive masteroppgave om hva som virker bra i behandlingen. Dette er med på å videreutvikle tilbudet. Dine erfaringer er viktige med tanke på hvordan behandling skal utvikles videre.

Jeg ønsker også å undersøke om det er noe du vil trekke fram som kvinne.

Denne invitasjonen gis til 8 deltakere som har erfaring med behandling ved Hurdalsjøen Recoveryssenter. Det vil være kjent at jeg gjør denne studien her, men jeg har taushetsplikt og vil gjøre alt jeg kan slik at det ikke er mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven.

### **Ansvarlig for forskningsprosjektet**

Høgskolen Innlandet Elverum er ansvarlig for dette prosjektet. Det er Hurdalsjøen Recoveryssenter som har bedt oss om å gjøre undersøkelsen.

I september og oktober skal jeg gjennomføre intervjuer på et møterom på Hurdalsjøen Recoveryssenter. Det er avdelingsledelsen ved Hurdalsjøen Recoveryssenter som spør deg om du vil delta. Hvis du sier ja, så samtykker du til at avdelingsledelsen kan gi ditt navn og telefonnummer til meg. Intervjuene vil foregå med en og en i ca 45-80 minutter. Hvis du ønsker, kan du ha med deg en kjent person i intervjuet eller i umiddelbar nærhet. Samtalen vil bli tatt opp. Min veileder fra skolen kommer til å delta på et eller to intervjuer slik at jeg lærer hvordan det skal gjøres.

Jeg kommer til å skrive av lydopptakene ord for ord. De skriftlige notatene blir oppbevart på min passordbeskyttende PC.

Du kan be om å ta pauser når du vil, og blir du for sliten, kan vi fortsette senere. Det kan hende at du får behov for å snakke med noen etterpå. Dette vil bli planlagt og tilrettelagt sammen med Hurdalsjøen Recoveryssenter.



### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du opplever et avhengighetsforhold til behandlere eller andre, vil dette ikke endre seg om du finner ut at du ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og fortrolig, i låste skap og i samsvar med personvernregelverket. Alle lydopptak og notater vil bli lagret på en passordbeskyttet PC eller i låste skap mens jeg jobber med undersøkelsen. Vi har selvsagt taushetsplikt.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020. Da makuleres kontaktopplysningene dine og lydopptakene slettes. Dette følges opp av høgskolen.

### **Dine rettigheter**

I prosjektperioden har du rett til:

- innsyn i hva som er registrert om deg,
- å få rettet opplysninger om deg,
- få slettet opplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi**

behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet Elverum har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan du finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet (INN) i Elverum ved veileder Jan Stensland Holte, Høgskolelektor ved fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og sykepleiefag, telefon 62 43 02 27/ 40245009. Epost: [jan.holte@inn.no](mailto:jan.holte@inn.no).
- Student: Mona Hauger Kjelsberg, telefon 61 14 73 76/970 34 225. Epost: [mona.hauger.kjelsberg@sykehuset-innlandet.no](mailto:mona.hauger.kjelsberg@sykehuset-innlandet.no)
- Personvernombud ved Høgskolen i Innlandet: Hans Petter Nyberg, telefon 62 43 00 23 Epost: [hans.nyberg@inn.no](mailto:hans.nyberg@inn.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen  
Prosjektansvarlig

Student

(Forsker/veileder) -----  
-----  
-----

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Brukererfaringer ved Hurdalsjøen Recoverycenter og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuundersøkelse
- at avdelingsledelsen kan gi kontaktopplysninger om meg til student i prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide - Brukererfaringer ved Hurdalsjøen Recoverycenter

**Innledningsfasen:** Jeg sier litt om hensikten og intensjonen med intervjuet, klargjør roller og hensikten med intervjuet, bli enige om tid, pauser, drikke, trygghet/følge osv. Minne om konfidensialitet. Fortelle om min bakgrunn og interesse for feltet. Be om at de ikke snakker om enkeltpersoner slik at de kan gjenkjennes dersom det ikke er nødvendig – kanskje heller snakke mer generelt om «de ansatte» f.eks.

- 1 **Første fase:** Kan du si litt om din situasjon før du om hit til Hurdalsjøen Recoverycenter?  Hvordan var situasjonen da du ble innlagt første gang? Og senere innleggelser?
  - Hvis jeg sier bedring - eller å komme seg igjen - eller recovery. Hva legger du i det?
  
- 2 **Andre fase:** Hva er likt eller annerledes her ved Hurdalsjøen Recoverycenter?  Behandlingstilbudet – hva fikk deg til å velge å komme hit?
  - Førsteintrykk – hvordan var det å komme hit? Noe som var likt, noe annerledes?
  
- 3 **Tredje fase:** Hva har vært viktig for deg å jobbe med her? Hva har vært god hjelp?  Hva i behandlingen her har betydd noe spesielt eller vært spesielt viktig for deg? Eks.: IMR-gruppa, hjelp med å redusere eller slutte med medisiner, kontakten med folk her, fysisk aktivitet, naturen, kostholdet, selve stedet?
  - Hvis det er IMR-gruppa - er det noen av temaene som har betydd noe ekstra for deg, fortell?! Hvis det er andre faktorer – fortell?!
  - Er det noe som har skjedd som har gjort at du tenker eller handler annerledes nå i dag enn tidligere, fortell? Vendepunkt?
  
- 4 **Fjerde fase:** Kvinneperspektivet – dine erfaringer som kvinne
  - Det at du er kvinne – trenger vi annerledes hjelp enn menn slik du ser det? Fortell.
  - Erfaringen din som pasient med innleggelser, hvordan har du erfart det som kvinne?
  - Når det gjelder din egen bedringsprosess, er det noe du vil trekke fram som annerledes for deg, enn hva menn kanskje ville ha lagt vekt på?
  - Synet på deg selv, ser du annerledes på deg selv nå enn tidligere?
  
- 5 **Avslutningsfasen:** Hva tar du med deg fra Hurdalsjøen Recoverycenter så langt?  Hva har du fått ut av behandlingen slik du ser det nå?
  - Noe du skulle ønske var annerledes her?
  - Noe du vil avslutte med som du ikke har fått sagt?
  - Hvordan var dette for deg?