

BSOBAC – Bacheloroppgave med forskningsmetode

Bacheloroppgave

Helhetlig forståelse av psykiske lidelser som utgangspunkt for recovery



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

UIS, 16. mai 2022

Kandidatnummer: 7183

Antall ord: 13197

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Søren Kierkegaard (1813 – 55)¹

¹ Kierkegaard S. (1994). Hentet fra:
Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 127(2), 209.
<https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe#reference-1>

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensing	7
1.4 Begrepsavklaringer	7
1.4.1 Helhetlig forståelse av psykiske lidelser og forståelsesmodeller	7
1.4.2 Recoveryprosess	8
1.5 Formål med oppgaven	8
1.6 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Faglig kunnskap	10
2.1 Recovery	10
2.1.1 Historiske røtter.....	11
2.1.2 Brukerperspektiv og menneskesyn	11
2.1.3 Forståelse påvirket av miljø og kultur	12
2.1.4 Myndiggjøring og makt.....	12
2.1.5 Sosial og relasjonell recovery	13
2.1.6 Kritikk mot recovery	13
2.2 Salutogenese	14
2.2.1 Begrepets opphav.....	14
2.2.2 Salutogenese og patogenese	14
2.2.3 Generelle motstandsressurser.....	15
2.2.4 Opplevelse av sammenheng.....	15
2.2.5 utfordringer med salutogenese	16
3.0 Metode	17
3.1 Valg av metode	17
3.1.1 Litteraturstudie som metode.....	18

3.2 Datainnsamling	18
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
3.2.2 Søkeprosessen	20
3.3 Presentasjon av forskningsartiklene	22
3.4 Oversiktstabell	25
3.5 Analyse	26
3.6 Studiens troverdighet	27
4.0 Funn	29
5.0 Drøfting	30
5.1 Årsaker til psykisk lidelse	30
5.1.1 Sosiale årsaker til psykisk lidelse	30
5.1.1.1 Dårlig økonomi og psykisk lidelse	31
5.1.2 Sosialarbeiderens rolle	32
5.2 Faktorer som fremmer god psykisk helse	33
5.2.1 Trygghet	33
5.2.2 Mening.....	34
5.2.3 Mestring	35
5.2.3.1 Mestring som utgangspunkt for myndiggjøring og makt	35
5.3 Brukerperspektivet	36
6.0 Avslutning	38
Litteraturliste	40

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad er svært utbredt. Ifølge både norske og internasjonale studier vil 30-50 prosent av alle mennesker få en psykisk lidelse i løpet av livet. Videre er forekomsten 10-30 prosent av befolkningen bare i løpet av et år (Helsedirektoratet, 2017, s. 9). Dette innebærer at en vil møte mennesker med psykiske lidelser uansett hvor en jobber som sosialarbeider. At en da har en helhetlig forståelse av hvilke faktorer som påvirker den psykiske helsen, gir et godt utgangspunkt for å bidra i brukerens recoveryprosess.

I regjeringens strategi for god psykisk helse for 2017-2022 viser en til en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykiske plager (Helsedirektoratet, 2017, s. 10). Her er særlig fattigdom og innvandring nevnt. I møte med disse utfordringene opplever kommunene at de er dårlig rustet, og over halvparten av kommunene rapporterer at psykisk helse er blant deres største utfordringer. De opplever at de mangler både kunnskap, tiltak og verktøy som kan hjelpe (Helsedirektoratet, 2017, s. 14). Når vi her presenterer sosiale årsaker til psykiske lidelser, ser en at det ligger i sosialarbeideren sitt mandat til nettopp å forebygge, løse og redusere disse årsakene (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015, s. 21).

Fagfeltet psykisk helsevern er i stadig utvikling, og de siste 10-50 årene har en sett en økende dreining bort fra den rent medisinske behandlingen (Lauveng, 2020, s.69). Den medisinske forståelsesmodellen henger likevel til en viss grad igjen, til tross for nyere forskning som viser behovet for en mer helhetlig forståelse av psykisk lidelse (Read, 2004). Og nettopp prinsippet om en helhetlig forståelse og tilnærming er sentralt i sosialt arbeid (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 5). Dette kan sees i sammenheng med begrepet *personen i situasjonen*, som handler om at en må intervensere på både mikro-, meso-, og makronivå (Berg et al., 2015, s. 25). Videre skal en i henhold til de yrkesetiske retningslinjene møte mennesker på en humanistisk, ikke-diskriminerende måte, samt bidra til myndiggjøring (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 4-5). I tråd med disse føringene ser en behov for en bredere tilnærming til psykiske lidelser enn hva den medisinske forståelsesmodellen ansporer til.

Hvordan en forstår mennesker har vært noe som har interessert meg i store deler av mitt voksne liv. Som folk flest, kjenner også jeg mennesker som både har, og som har hatt en psykiatrisk diagnose. Til å høre deres historie har gjort meg nysgjerrig på temaet psykisk helse, samt hvordan en forstår og behandler mennesker med psykiske lidelser. Også i min praksis ved en barneskole var dette noe som interesserte meg, da jeg var i kontakt med flere barn med ulike lidelsesuttrykk. Blant de ansatte på skolen var det ulike måter å forstå disse på. En miljøterapeut uttrykte at «ADHD er lik omsorgssvikt», mens en annen sa at hun tenkte lidelsesuttrykkene kom av «noe inni han – kanskje Aspergers?». Slike vidt forskjellige måter å forstå mennesker på legger føringer for hvordan vi møter og behandler dem, og det er derfor nyttig med kunnskap om forståelse av psykiske lidelser.

Lignende problemstillinger kan og overføres til psykisk helsevern for voksne. I en psykologforelesning på mitt første studieår ble jeg introdusert for psykolog Birgit Valla som er kritisk til dagens psykiske helsevern, med diagnostisering og medisinerer av mennesker, som etter hennes forståelse sliter med ulik grad av normalt livsstrev. Hun kjemper for en mer humanistisk og helhetlig tilnærming til psykiske lidelser (Valla, 2020, s. 55). Dette er prinsipper som er i tråd med de etiske prinsippene i sosialt arbeid. Til å følge med på arbeidet til blant andre Valla, samt den generelle samfunnsdebatten rundt psykisk helsevern, har bidratt til å forme min førforståelse i møte med problemstillingen min. Men også personlige samtaler med mennesker med psykiske lidelser, har satt meg på sporet av behovet for en mer helhetlig forståelse og behandling.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Mitt utgangspunktet i utarbeidelsen av problemstilling var at jeg ville fokusere på hvorfor sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser var av betydning i møte med den enkelte bruker. Men ettersom jeg leste meg opp på temaet ble det tydelig for meg at denne forståelsen kunne tjene som utgangspunkt i brukeren sin recoveryprosess. For det er først når forståelsen endrer måten en møter og behandler mennesker på at den kommer til nytte. Å bidra til recovery ligger i sosialarbeideren sitt mandat, og dette ble dermed en fruktbar vinkling på problemstillingen, som ble formulert slik:

Hvorfor er sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser av betydning for brukerens recoveryprosess?

1.3 Avgrensing

Til å skrive om en *helhetlig* forståelse av psykiske lidelser innebærer at en må vise til hvilke faktorer som er av betydning for den psykiske helsen. Dette er en bredt felt, og følgelig kan vi ikke gå i dybden på alle disse fasetter gitt omfanget av denne oppgaven. Fokus vil derfor være på de oppgaver som mest eksplisitt ligger innenfor sosialarbeideren sitt mandat, samt at funnene fra analysen av artiklene legger føringer for hva vi vil konsentrere oss om. Tema som traumer, tilknytningsforstyrrelser, spiritualitet og livsstil var ikke i fokus i de utvalgte artiklene, og har derfor heller ikke fått fokus i min studie. Dette er likevel områder som også må inkluderes i den helhetlige forståelsen av psykiske lidelser.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Helhetlig forståelse av psykiske lidelser og forståelsesmodeller

Til å ha en helhetlig forståelse av psykiske lidelser innebærer at en har kunnskap om hvilke faktorer som er av betydning for den psykiske helsen. Borge (2014, s. 36) viser til hvordan det å være et helt menneske innebærer både fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige aspekter, hvor mennesket søker etter verdi og mening. Med andre ord må en forstå hvert enkelt menneske som bestående av disse dimensjonene for å ha et helhetlig menneskesyn, og dermed og en helhetlig forståelse av psykiske lidelser.

Den helhetlige forståelsen av psykiske lidelser kan sees på som motstykket til et dualistisk menneskesyn hvor en ser på psyke og soma som atskilt (Borge, 2014, s. 32). Dette illustreres godt ved hvordan en i fagmiljøet bruker ulike forståelsesmodeller for psykiske lidelser. Forenklet kan vi dele disse inn i biologiske, psykologiske og sosiologiske forståelsesmodeller (Lauveng, 2020, s. 26). En biologisk forståelsesmodell forstår psykisk lidelse som forårsaket av biologiske faktorer, på lik linje med somatiske lidelser (Dahl, 2018, s. 46). Innenfor den psykologiske forståelsesmodellen er en imidlertid opptatt av hvordan tidligere erfaringer, som eksempelvis traumer eller dårlige mestringsstrategier kan føre til psykiske lidelser (Lauveng, 2020, s. 28-29). Den sosiologiske forståelsesmodellen tar utgangspunkt i sosiale forhold, som

eksempelvis fattigdom, stigma og ensomhet som utløsende årsaker til psykiske lidelser (Dahl, 2018, s. 61-62). For å forene disse forståelsesmodellene til en helhet utviklet Engel den bio-psyko-sosiale forståelsesmodellen i 1977, og innenfor psykisk helsevern er det er i dag en bred enighet om at en må forstå psykiske lidelser som forårsaket av flere faktorer (Lauveng, 2020, s. 31).

1.4.2 Recoveryprosess

En recoveryprosess handler om den personlige og sosiale prosessen det er når et menneske med psykiske lidelser og/eller problematisk rusbruk skal gjenvinne kontroll i livet sitt, og få seg en hverdag de trives med, til tross for de utfordringene lidelsen forårsaker (Karlsson & Borg, 2017, s. 12). Ordet recovery oversettes til *gjenoppretting, bedring* eller det å *bli funnet igjen* (Lauveng, 2020, s. 190). Karlsson og Borg (2017, s. 11) definerer recovery som «... 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 glede og moro.»

1.5 Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å fremlegge betydningen av sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser som utgangspunkt for recovery for den enkelte bruker. I samfunnsdebatten omkring psykisk helsevern argumenteres det for en mer humanistisk tilnærming til psykiske lidelser (Roksund, 2017; Slagstad, 2017; Valla, 2020). En slik endring innebærer at flere fagfelt må samarbeide i tilfriskningsprosessen (St.meld. 47 (2008-2009), s. 67). At en da som sosialarbeider har en helhetlig forståelse av hva som kan være årsaker til psykisk lidelse, og hvilke faktorer som bidrar til å bedre den psykiske helsen, er kunnskap en videre kan ta med seg i møte med brukerens recoveryprosess.

1.6 Oppgavens oppbygging

Når jeg nå har redegjort for oppgavens relevans og formål, skal vi i kapittel to gå inn på recovery-teorien og Antonovskys salutogenese-teori, samt et eksempel på hvordan disse teoriene er aktuelle i forhold til lovgivingen. Deretter skal vi i kapittel tre ta for oss hvordan jeg har gått frem for å undersøke problemstillingen min. Her redegjør jeg for hvorfor jeg valgte

litteraturstudie som metode, samt hvordan søkeprosessen forgikk. Videre i samme kapittel gir jeg et kort sammendrag av hver artikkel, før jeg sammenstiller artiklene ved hjelp av en oversiktstabell. Deretter viser jeg hvordan jeg har analysert artiklene, før vi drøfter studiens troverdighet. I kapittel fire presenterer jeg funnene i oppgaven, mens jeg i kapittel fem drøfter hvordan disse funnene tjener til å svare på problemstillingen min. I denne drøftingen bruker jeg både teoriene jeg redegjorde for i kapittel to som utgangspunkt, men og annen relevant litteratur. Avslutningsvis samler jeg trådene i kapittel seks, hvor jeg løfter frem de mest sentrale funnene fra min studie, og setter disse inn i en større kontekst.

2.0 Faglig kunnskap

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for to teorier som sammen med de fagfelleverderte artiklene tjener til å svare på problemstillingen min. Dette er teorien om recovery, samt Antonovsky sin teori om salutogenese. Årsaken til at jeg vil ta for meg recovery er fordi dette begrepet, i tillegg til å handle om den individuelle tilfriskningsprosessen, også kan sees på som et fagperspektiv hvor en vektlegger hvilke praksiser som er av særlig betydning for recoveryprosessen (Pedersen, 2014, s. 100). Innenfor dette fagperspektivet er helhetssynet og brukerperspektivet i fokus, noe som gjør teorien relevant i forhold til min problemstilling. Antonovsky sin teori om salutogenese, sammen med begrepene *opplevelse av sammenheng* og *generelle motstandsressurser* mener jeg er relevant ettersom den nettopp favner helheten i det å være menneske, og viser til hvilke elementer som fremmer god helse (Aarre, 2010, s. 110-111). I fremstillingen av teoriene vil jeg vektlegge de prinsipper som samsvarer med prinsipper fra sosialt arbeid, ettersom det er sosialarbeideren sin rolle i møte med brukeren som er oppgavens omdreiningspunkt.

2.1 Recovery

Som nevnt innledningsvis så handler recovery om både den individuelle tilfriskningsprosessen, samt praksiser som legger til rette for denne prosessen (Pedersen, 2014, s. 100). Likevel er det viktig å understreke at recovery ikke er en behandlingsmetode. Det handler snarere om et verdigrunnlag og et sett av holdninger en har med seg i møte med den enkelte bruker (Borge, 2014, s. 33). Men ettersom hver enkelt recoveryprosess er individuell, finnes det ingen universell oppskrift på hvordan recovery skal se ut. Derfor vil jeg, som Karlsson og Borg (2017, s. 158) og presiserer, ikke si at det som her presenteres er slik recovery *er*, men snarere hvordan det *kan være*. En forutsetning for å forstå hva som står på spill i møte mellom fagpersoner og brukere av tjenestene er imidlertid å se til hvordan utviklingen på dette området har blitt preget av samfunnsutviklingen (Karlsson & Borg, 2017, s. 22). Vi skal derfor i det følgende se til de historiske røttene for recovery, før vi går inn på hvilke elementer som er grunnleggende i recoverypraksisen. Avslutningsvis viser vi til en utfordring med recovery som er særlig relevant fra et sosialarbeiderperspektiv.

2.1.1 Historiske røtter

Recoverybevegelsen har sitt opphav i kampen for brukernes rettigheter på 1960- og 1970-tallet i USA. Her kjempet de særlig for sin rett til å bli hørt, og at deres meninger skulle få direkte innvirkning i deres liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 40). Denne mobiliseringen kom som et resultat av at menneskerettighetene hadde fått større fokus, samtidig som forskning viste at mange mennesker ble friske fra psykiske lidelser (Lauveng, 2020, s. 190). Dermed forventet brukerbevegelsen en mer aktiv behandling, hvor en gikk bort fra den biomedisinske forståelsen som hadde vært rådende. Tanken om hvordan recovery måtte se ut var et motstykke til denne forståelsen (Karlsson & Borg, 2017, s. 42).

En sentral stemme i recoverybevegelsen både var og er Patricia Deegan (Karlsson & Borg, 2017, s. 22). Som tenåring fikk Deegan diagnosen schizofreni, men det hindret henne ikke fra å ta doktorgrad i klinisk psykologi i voksen alder (Deegan, Borg & Karlsson, 2011, s. 23). Deegan (1996, sitert i Karlsson & Borg, 2017, s. 40) er kjent for utsagnet «Nothing about us, without us», som henspiller på hennes kamp for brukerperspektivet i recoveryprosessen. Dette perspektivet er fortsatt like aktuelt, og i *Mestre hele livet*, som er Regjeringens strategi for god psykisk helse for 2017-2022 har man hentet inspirasjon fra Deegan, og slår fast at pasientens helsetjeneste skal være «en helsetjeneste der ingen beslutninger om deg, tas uten deg» (Helsedirektoratet, 2017, s. 28).

2.1.2 Brukerperspektiv og menneskesyn

At en innenfor recovery tar utgangspunkt i brukerperspektivet, speiler det humanistiske menneskesynet som ligger til grunn for recovery (Karlsson & Borg, 2017, s. 14). Det humanistiske menneskesynet er et helhetlig menneskesyn, hvor menneskets autonomi vektlegges. Dette innebærer en tro på at mennesket selv har erfaringer og kunnskap han kan bruke for å ta styring i eget liv (Pedersen, 2014, s. 107). Det betyr at det er brukerens oppfatning av hans livshistorie og utfordringer som er utgangspunkt for samarbeidet (Karlsson & Borg, 2017, s. 64). Disse prinsippene kjenner vi og fra sosialt arbeid, og Berg et al. (2015, s. 24) understreker at brukerperspektivet skal være grunnlaget for arbeidet. Også fra lovgivingen kommer brukerperspektivet til uttrykk, ved at en i lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 3-1.) har lovfestet brukerens rett til medvirkning. I § 3-1. andre ledd heter det at «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det

skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.»

Av denne lovteksten ser en at det skal legges stor vekt på brukerens mening i utformingen av tjenestetilbudet. Dette harmonerer med den viktige grunntanken i recovery, som er at ingen mennesker kan forandres utenfra. De må selv være den ledende aktøren i recoveryprosessen. Det innebærer og at de selv må definere hva det for dem innebærer å være i recovery, og når de anser seg selv som friske (Pedersen, 2014, s. 103). Ikke alle mennesker ønsker å leve livet sitt som «folk flest», og dette må respekteres (Karlsson & Borg, 2017, s. 11).

2.1.3 Forståelse påvirket av miljø og kultur

Denne aksepten for mennesker som ønsker å leve et annerledes liv, leder oss til å se på hvordan det innenfor recoverytankegangen understrekes at psykiske lidelser er ulikt fra fysiske lidelser (Pedersen, 2014, s. 103). Dette gjelder både hva som forårsaker lidelsen og hva som fører til bedring, men og hvordan vår forståelse av psykisk lidelse alltid vil være preget av miljø og kultur. Ifølge Karlsson og Borg (2017, s. 22) innebærer dette både de sosiale, de politiske, de kulturelle og de historiske omgivelsene. Fra dette perspektivet ser en på mennesker som avviker fra den definerte normaliteten som sosiale avvikere (Karlsson & Borg, 2017, s. 56). Videre vil hvordan majoriteten av befolkningen ser på helse definere hva som regnes som uhelse. Dette illustreres godt ved hjelp av GAP-modellen hvor helse blir sett på som et menneske sin evne til å imøtekomme hverdagens krav (Lauveng, 2020, s. 57). Hva som kan defineres som en psykisk lidelse er dermed ikke en statisk størrelse, men et resultat av omgivelsene sin oppfattelse av normalitet og helse (Norvoll, 2013, s. 13). Ettersom en har denne forståelsen av psykiske lidelser som utgangspunkt i recoverytankegangen leder det til at en og har andre mål og kriterier for tilfriskningsprosessen, enn hva en har ved fysiske lidelser (Pedersen, 2014, s. 103).

2.1.4 Myndiggjøring og makt

Brukerperspektivet er nært forbundet med prinsippet om myndiggjøring, eller empowerment som og er sentralt både for sosialt arbeid og recovery (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104; Pedersen, 2014, s. 106). Dette innebærer at en skal tilrettelegge for hjelp til selvhjelp, samt å formidle håp og tro på at brukeren har de evner og ressurser som skal til for å mestre

hverdagen sin (Karlsson & Borg, 2017, s. 107). Fra dette ståstedet innebærer det at en må ha et bevisst forhold både til hvordan maktforholdet i relasjonen er, og hvilke roller en har (Karlsson & Borg, 2017, s. 107). Når brukeren opplever seg myndiggjort har han et bedre utgangspunkt for recovery.

2.1.5 Sosial og relasjonell recovery

Samtidig som en skal ha tro på brukers styrker, er det et viktig poeng at recovery er en sosial og relasjonell prosess. Selv om en skal tilrettelegge for selvstendighet, har alle mennesker et grunnleggende behov for meningsfulle relasjoner, hvor en har gjensidig behov for hverandre (Karlsson & Borg, 2017, s. 70). I recovery vektlegges derfor betydningen av nettverksarbeid, slik at brukeren kan få skape seg en trygg og positiv identitet, hvor lidelsen ikke er i fokus (Karlsson & Borg, 2017, s. 100).

2.1.6 Kritikk mot recovery

Nettopp hvilke mål en har for recoveryprosessen, og hvilke kriterier en stiller for å definere et menneske som friskt, er noe som det har blitt rettet kritikk mot ved recoverypraksisen. Vi skiller nemlig her mellom personlig recovery og klinisk recovery (Lauveng, 2020, s. 190). *Klinisk* recovery innebærer at en ved hjelp av tester og objektive mål avgjør om et menneske har blitt friskt. Her fokuseres det på symptomfrihet, at en er i arbeid eller utdanning, og om en ellers har en aktiv hverdag (Lauveng, 2020, s. 190). På den andre siden handler *personlig* recovery om den subjektive opplevelsen av tilfriskning, hvor målet er livskvalitet, opplevelse av mening, utvikling og fellesskap, snarere enn de objektive målene (Lauveng, 2020, s. 192). Den kliniske formen for recovery har blitt kritisert for å være for individualiserende, hvor en ikke ser sammenhengen mellom psykisk lidelse og samfunnsstrukturer som fattigdom, arbeidsledighet, migrasjon, stigma og sosial ulikhet (Lauveng, 2020, s. 196). Karlsson og Borg (2017, s. 115) understreker at den kliniske formen for recovery ikke er i tråd med de grunnleggende tankene om recovery, og at et viktig prinsipp i recovery nettopp er den subjektive opplevelsen av tilfriskning. Dermed er det personlig recovery som må være målet for recoveryprosessen til den enkelte bruker.

2.2 Salutogenese

Salutogenese er en teori som tar for seg grunnleggende antakelser om mestring og helse (Langeland & Vaardal, 2014, s. 46-47). Ordet er satt sammen av de latinske ordene *saluto* som betyr helse, og *genese* som betyr tilblivelse eller opprinnelse (Langeland & Vaardal, 2014, s. 46). Sammen med begrepene *opplevelse av sammenheng* og *generelle motstandsressurser* utgjør salutogenese en helhetlig forståelse av helse, og hvilke faktorer som er helsefremmende (Karlsson og Borg, 2017, s. 71-72). Vi skal nå se nærmere på hva de ulike komponentene ved teorien innebærer, før vi viser til hva som kan være utfordrende med teorien.

2.2.1 Begrepets opphav

Begrepet salutogenese ble introdusert av sosiologen Aaron Antonovsky (2012, s. 15) i 1979. Opphavet til begrepet skjedde noe tilfeldig, ved at han i analyseringen av datamateriale fra en studie av kvinner, oppdaget at det var flere av disse som klarte seg overraskende bra til tross for at de hadde vært i konsentrasjonsleir. Selv om det ikke var dette han egentlig forsket på, vekket dette en stor nysgjerrighet i han til å forske videre på årsaken til disse kvinnenes mestring (Antonovsky, 2012, s. 15-16). Han stilte derfor spørsmålet: Hva er det som fremmer helse?

2.2.2 Salutogenese og patogenese

På mange måter kan en si at salutogenese er en motsats til patogenese. I patogenese ser en på helse som et dikotomi hvor man er enten frisk eller syk (Antonovsky, 2012, s. 16). Antonovsky (2012, s. 28-29) påpeker hvordan denne dikotomiske tankegangen er en for snever tilnærming, som fører til at en ikke ser alle de mulige faktorene som kan være en del av årsakssammenhengen til sykdommen. I salutogenese defineres derimot helse på et kontinuum, hvor det er grader av helse (Antonovsky, 2012, s. 36). Et slikt syn på helse setter personen og hele hans livshistorie og kontekst i fokus, i motsetning til diagnosefokuset i patogenese (Langeland & Vaardal, 2014, s. 48). På grunn av denne radikale endringen i synet på helse og sykdom vil ikke Antonovsky (2012, s. 32) bruke ordet pasient om mennesker, ettersom den salutogene modellen bare tillater oss å betrakte mennesker på et kontinuum.

I patogenese ser en videre på sykdom som noe man må strebe etter full helbredelse fra, mens en i salutogenese erkjenner at ulike stressorer som eksempelvis sykdom er en del av livet. Det som er avgjørende er ens evne til å aktivt tilpasse seg disse stressorene, og på den måten bevege seg mot helsepolen på kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 37; Langeland & Vaardal, 2014, s. 48).

2.2.3 Generelle motstandsressurser

Et menneske sin mulighet til å mestre stressorer er ifølge Antonovsky avhengig av ens generelle motstandsressurser (Antonovsky, 2012, s. 50), og disse kan sees i sammenheng med det vi innenfor resiliens-teorien kaller beskyttelsesfaktorer (Ellingsen & Kruke, 2015, s. 217). Det som kan betegnes som en generell motstandsressurs er ifølge Antonovsky «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Antonovsky, 1987, s. 99, sitert i Langeland & Vaardal, 2014, s. 49).

De viktigste generelle motstandsressursene er ifølge Antonovsky (1987, sitert i Langeland & Vaardal, 2014, s. 50) sosial støtte og egoidentitet. Men videre har han og listet opp andre områder som kan tjene som motstandsressurser. Disse er kultur, kontinuitet, oversikt og kontroll i samfunnet som en er en del av, religion og verdier, fysiske og biokjemiske motstandsressurser, som eksempelvis god fysisk helse, materielle verdier som eksempelvis god økonomi og til slutt gode mestringsstrategier hvor en eksempelvis er rasjonell og evner å regulere sine følelser (Antonovsky, 1987, sitert i Langeland & Vaardal, 2014, s. 50). Felles for disse generelle motstandsressursene er at de styrker individets opplevelse av sammenheng.

2.2.4 Opplevelse av sammenheng

Når Antonovsky (2012, s. 37) gjennom sin salutogenese-teori etterspør hva som er helsens opprinnelse, så er svaret på dette spørsmålet en *opplevelse av sammenheng*. En opplevelse av sammenheng i den enkeltes tilværelse er essensielt for å fremme helse, og består av de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 41). Her handler komponenten begripelighet om i hvilken grad man har tiltro til at stimuli som kommer ens vei er forutsigbare, strukturerte og kognitivt forståelige (Antonovsky, 2012, s. 40). Komponenten håndterbarhet handler om i hvilken grad en evner å gjøre noe med den situasjonen en befinner seg i. Dette kan komme til uttrykk ved at en ikke setter seg i en

offerposisjon på grunn av de uønskede stimuliene som livet byr på, men heller står opp for seg selv og gjør noe med situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 40). Til slutt er komponenten meningsfullhet det som skaper motivasjon til å gjøre noe med de utfordringene en møter. Når en har en opplevelse av at det er verdt å kjempe for, opplever en meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 41).

2.2.5 Utfordringer med salutogenese

Det at salutogenese er godt egnet til å få frem kompleksiteten i et menneske sitt liv, viser også hvorfor teorien kan være praktisk utfordrende for hjelpeapparatet. For når det meste i et menneske sitt liv kan påvirke deres helse, blir det en uoverkommelig oppgave for hjelpeapparatet å intervensere på alle disse områdene (Aarre, 2010, s. 112-113). Videre er det enkelte menneske sine forutsetninger for en opplevelse av sammenheng - og dermed og helse, direkte avhengig av de omgivelser de vokser opp i. Et menneske som er født inn i en velstående familie i et land med gode velferdsordninger, fred og forutsigbarhet, har helt andre forutsetninger for å bevege seg mot helseenden av Antonovsky sitt helsekontinuum enn et menneske som vokser opp i en ghetto, med dårlig økonomi, korrupsjon og krig (Antonovsky, 2012, s. 117-118).

Antonovsky (2012, s. 34) var selv klar over disse utfordringene, og i sin undervisning av medisinstudenter påpekte han hvor altomfattende og utfordrende teorien hans var. Imidlertid viste han til hvordan alle møter mellom lege og pasient har potensiale i seg til å både styrke og svekke menneskers opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 136-137). Forskning fra moderne tid viser og at samtalegrupper som jobber med utgangspunkt i salutogeneseteorien kan bidra til å styrke menneskers opplevelse av sammenheng (Langeland, Rise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen & Wahl, 2006). Hvordan sosialarbeideren befinner seg i en unik posisjon hva angår å bidra til å bedre brukere sin opplevelse av sammenheng skal vi komme tilbake til i drøftingen.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I søken etter ny kunnskap er metoden det redskapet en bruker. En metode er hvordan vi ønsker å gå frem for å samle inn data om det vi vil undersøke (Støren, 2013, s. 38). Aubert (1969, s. 196) definerer metode som «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.»

Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2020, s. 54). En kvantitativ metode gir oss det som også kalles for «harde» data. Dette er data som er målbare i det at de går bredt ut og gir oss informasjon som gjør at vi kan si noe om den kvantitative variasjonen. Kvalitativ metode, som eksempelvis intervju eller observasjon gir oss «myke» data i form av en dypere innsikt i det en ønsker å undersøke (Dalland, 2020, s. 55-56). På hver sin måte bidrar kvantitativ og kvalitativ metode til at vi får en bedre forståelse av samfunnet (Dalland, 2020, s. 54).

I en litteraturstudie er det allerede eksisterende litteratur en søker, studerer, vurderer og sammenfatter (Støren, 2013, s. 17). Dette kan gjøres både kvalitativ og kvantitativt (Aveyard, 2019, s. 2-3). Og til tross for at en litteraturstudie ikke fremskaffer ny kunnskap, kan en få frem nye erkjennelser ved å sammenstille litteratur (Støren, 2013, s. 17).

For å svare på min problemstilling har jeg valgt å foreta nettopp litteraturstudie. Årsaken til det er fordi jeg tror det er den metoden som er best egnet til å svare på min problemstilling. Dalland (2020, s. 56) fremlegger at hvilken metode en velger å bruke bestemmes både ut fra hvilken metode som er mest ideell å bruke, men og etter hva som lar seg gjennomføre i praksis. I henhold til Institutt for sosialfag ved Universitetet i Stavanger (2022, s. 6-7) sine retningslinjer for bacheloroppgaveskriving, kan en ikke intervju personer som har vært brukere i løpet av de siste fem årene. Dermed ble intervju av mennesker med psykiske lidelser utelukket som metode.

En annen interessant tilnærming til min problemstilling hadde vært å foreta en kvalitativ studie, hvor jeg hadde intervjuet sosialarbeidere om hvordan deres syn på psykiske lidelser var av betydning i den enkelte bruker sin recoveryprosess. Det kunne bidratt til interessante refleksjoner og ny kunnskap. Imidlertid ønsket jeg å gå noe bredere ut, slik at jeg fikk data fra flere perspektiver - både brukere og fagarbeidere, ved ulike tjenestetilbud. Samtidig ønsket jeg å bevare nærheten til menneskene en får ved en kvalitativ metode (Dalland, 2020, s. 55). Av den grunn kom jeg frem til at litteraturstudie var den metoden som var best egnet til å svare på min problemstilling.

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Når en bruker litteraturstudie som sin forskningsmetode innebærer det at en søker etter og analyserer litteratur som inneholder kunnskap om et spesifikt område en ønsker å utforske (Aveyard, 2019, s. 2). Slik som også Støren (2013, s. 17) påpeker opplever jeg at dette er en metode som lar meg sette meg inn i tema som min fremtidige yrkesgruppe er opptatt av. En utfordring er imidlertid til å klare å avgrense søket nok til at en får opp de mest relevante artiklene (Aveyard, 2019, s. 87). Av den grunn valgte jeg å sette av mye tid til søkeprosessen slik at jeg fikk god tid til å gå gjennom treffene. En slik grundig søkeprosess bidro og til å gi meg en bredere forståelse og kunnskap om temaet, noe jeg har fått bruk for i skriveprosessen.

Et litteraturstudie kan gjennomføres både systematisk eller som et moderat narrativt litteraturstudie. Forskjellen på disse metodene er at en ved et systematisk litteraturstudie går gjennom alle treffene en får fra et gitt litteratursøk, mens en ved et moderat narrativt litteraturstudie kan velge ut hvilken litteratur en ønsker å sammenstille (Aveyard, 2019, s. 13-14). Det er denne metoden jeg har brukt. Det innebærer at jeg dokumenterer tidsrom for søk, hvilken søkemotor jeg har brukt, hvilke ord jeg har søkt på, hvilke eventuelle eksklusjons- og inklusjonskriterier jeg har stilt, samt hvor mange treff jeg fikk (Aveyard, 2019, s. 13-14).

3.2 Datainnsamling

Å søke etter litteratur til problemstillingen min var tidkrevende. Søkene startet den 17. januar 2022 og var ikke fullført før den 23. februar 2022. Jeg hadde som tidligere nevnt beregnet god tid til søkeprosessen, men dette tok lengre tid enn ventet ettersom det var utfordrende å finne litteratur som gikk direkte på forståelsen av psykiske lidelser.

Det første utkastet mitt til problemstilling var: «Hvorfor er sosialarbeideren sin forståelse av psykiske lidelser av betydning i møte med den enkelte bruker?». Denne problemstillingen førte til at jeg søkte på «forståelsesmodell» og «psykisk lidelse». Etter hvert som jeg leste de fagfelleverderte artiklene som virket relevante for meg, kom jeg frem til at det ville være fruktbart å endre problemstillingen litt. Det jeg egentlig ønsket å utforske i denne studien var hvorfor sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser var av betydning for hvordan en kunne bidra til en bedre hverdag og et bedre liv for brukeren. Dette kom ikke tydelig frem i det første utkastet til problemstilling.

Ettersom begrepet recovery var noe jeg kjente godt til både fra studiets pensum og de vitenskapelige artiklene, opplevdes det som hensiktsmessig å dreie problemstillingen i den retningen. En slik presisering opplevde jeg og at førte til at problemstillingen ble mer aktuell fra et sosialarbeiderperspektiv. Dermed ble altså problemstillingen: «Hvorfor er sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser av betydning for brukerens recoveryprosess?». I tillegg til de søkeordene jeg her har nevnt brukte jeg og synonymer, samt trunkering for å få en oversikt over hvilken forskning som kunne brukes i min oppgave (Støren, 2013, s. 64).

For å få en bredere forståelse av problemstillingen søkte jeg og etter litteratur i den amerikanske databasen PsycNet. Her søkte jeg etter de samme ordene som i Oria, bare på engelsk. Disse søkene resulterte imidlertid ikke til at jeg valgte å bruke noen av artiklene. Jeg leste tre som virket aktuelle, men konkluderte med at de norske artiklene jeg fant var mest nyttige for problemstillingen. Hvorfor sosialarbeideren må ha en helhetlig forståelse av mennesker med psykiske lidelser for å best mulig kunne bistå vedkommende i sin recoveryprosess er imidlertid ikke kontekstavhengig. Som Langeland og Vaardal (2014, s. 36) fremlegger består det å være et menneske av både fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige dimensjoner, uavhengig av tid eller sted. Men som Halvorsrud et al. (2018, s. 287) også påpeker, opplevde jeg ved lesingen av artiklene at forholdene fra eksempelvis New York, hvor en av forskningsartiklene var fra, ikke helt uproblematisk kunne sammenlignes med hvordan den norske velferdsstaten og hjelpeapparatet her er organisert. Dermed anså jeg det som

mindre relevant for min oppgave, til tross for at problemstillingen min ikke presiserer at det er utelukkende den norske konteksten jeg vil undersøke.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I en søkeprosess vil inklusjons- og eksklusjonskriterier brukes for å avgrense hvilke resultat en ønsker å få (Støren, 2013, s. 38). Det gjør at en får færre, og mer relevante treff. Eksempler på slik avgrensing kan være at en søker etter artikler som er utgitt innenfor et visst tidsrom, at en spesifiserer hvilken publikasjonstype en ønsker eller foretrukket språk (Støren, 2013, s. 38). I mine søk ønsket jeg å ha artikler som var gitt ut i løpet av de 5 siste årene, og de måtte være fagfellelvurderte fra vitenskapelige tidsskrift. For å foreta disse avgrensingene benyttet jeg søkefunksjonen «avansert søk» i Oria, og søkeområdet var norske fagbibliotek. Etter anbefaling fra foreleser avgrenset jeg ikke søkene etter språk, ettersom det var en svakhet ved søkesystemet til Oria at språk ikke alltid var registrert.

3.2.2 Søkeprosessen

Det første søket jeg foretok var «forståelsesmodell» OG «psykisk lidelse», med nevnte avgrensinger. Dette søket gav meg 6 treff, hvor 4 av treffene var forskningsartikler. Det var ikke flere enn at jeg kunne se nærmere på disse. Etter å ha lest sammendrag og konklusjon på disse fire, kom jeg frem til at jeg ville bruke en av disse artiklene med følgende tittel:

1. Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp (Ørjasæter, 2021), publisert i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

Denne artikkelen ville jeg bruke ettersom den tar for seg sentrale diskusjoner omkring synet på behandlingen av psykisk lidelse. Hvordan en møter og behandler mennesker med psykiske lidelser, sier mye om hvilken forståelse en har av psykiske lidelser, og dermed ble artikkelen nyttig for min studie.

Ettersom jeg ønsket å dreie studien mot hvordan en helhetlig forståelse av psykiske lidelser hadde betydning for brukeren sin recoveryprosess, måtte jeg endre på hvilke ord jeg søkte etter. Og ettersom jeg ønsket å få treffene relevante fra et sosialarbeiderperspektiv søkte jeg

på «sosialt arbeid» OG «recovery». Dette søket gav meg 12 treff, og ved å lese overskriftene fant jeg tre av disse artiklene relevante for min studie. Jeg leste alle tre, og kom frem til at to av de kunne bidra til å belyse problemstillingen min:

2. Møter i mørket - Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv (Sælør, Bjørklyhaug, Bank & Johnson, 2019), publisert i *Tidsskrift for velferdsforskning*.
3. Relasjonell recovery - utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud (Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong & Karlsson, 2019), publisert i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

«Møter i mørket» valgte jeg å bruke fordi den tar for seg menneskers behov for fellesskap, samtidig som den ser psykisk helse i forbindelse med økonomi. Dette er en viktig del av det helhetlige perspektivet på psykisk lidelse som er av betydning i en recoveryprosess. På den måten belyser denne artikkelen særlig hvordan sosialarbeidere, som eksempelvis er ansatt ved Nav, er en viktig del av det helhetlige tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Artikkelen om «Relasjonell recovery» ville jeg ha med ettersom den undersøkte hvordan fagpersoner beskriver sitt samarbeid med beboerne i et bofellesskap. Her får vi altså et perspektivet til en miljøterapeut, som og er en rolle sosialarbeideren fyller. Dette ble et annet perspektiv enn «Møter i mørket» hvor det var brukerne som ble intervjuet. Artikkelen belyste og hvordan psykiske lidelser han ses i sammenheng med samfunnets betingelser og sosiale forhold.

I løpet av søkeprosessen ble det tydeligere for meg hvor nært recovery er knyttet til Antonovsky sin teori om salutogenese. Derfor ønsket jeg å søke etter artikler som inneholdt ordene «recovery» OG «salutogenese». Ved å søke etter dette fikk jeg 22 treff, hvorav 10 var skrevet på andre språk enn norsk, engelsk, svensk eller dansk. Dermed var disse utelukket. Ved å lese overskriftene på de 12 resterende artiklene var det tre som virket relevante. Disse leste jeg, men fordi to av artiklene viste seg å ha et annet fokus enn hva som var relevant for min oppgave, brukte jeg bare en av disse:

4. Fontenehusets betydning for unge medlemmer (Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018), publisert i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

Denne artikkelen ble nyttig fordi den først ser på årsaker til psykiske lidelser, hvor den sosiale komponenten blir særlig vektlagt. Med utgangspunkt i dette viser den hvordan unge mennesker med psykiske lidelser opplever Fontenehuset som virkningsfullt i sin recoveryprosess.

3.3 Presentasjon av forskningsartiklene

Jeg vil nå presentere de fire artiklene jeg har valgt å bruke ved hjelp av sammendrag. I disse sammendragene legger jeg særlig vekt på de elementene fra artiklene som er aktuelle for å belyse min problemstilling.

Artikkel 1:

Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp (Ørjasæter, 2021), publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Sammendrag: I denne artikkelen tar forfatteren utgangspunkt i kronikker, taler, grunnlagsdokument og blogger for å belyse den åpne debatten angående medikamentfri behandling og pakkeforløp. Årsaken til at det er disse to praksisene som blir diskutert er fordi disse nylig har blitt presentert som grunnlaget i myndighetene sitt mål om å skape en helsetjeneste med pasientene som utgangspunkt. Artikkelen tematiserer hvordan det i dagens psykiske helsevern er et press mellom krav om kunnskapsbasert praksis, brukerinvolvering, standardisering og individualisering. Funnene i artikkelen er at en har tre hoveddiskusjoner i det offentlige ordskiftet. Disse er hvordan en skal sikre kvalitet og ressursutnyttelse, hva en skal defineres som kunnskapsbasert praksis, samt hvor grensen går for pasientens autonomi. Det blir til dette konkludert med at en forutsetning for å kunne utvikle psykisk helsevern i tråd med visjonen om pasientens helsetjeneste, er at en må anerkjenne både pasient- og brukerorganisasjoner, klinikere, forskere og myndigheter som likeverdige parter i utviklingen av tjenestetilbudet.

Artikkel 2:

Møter i mørket: Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv (Sælør, Bjørklyhaug, Bank & Johnson, 2019), publisert i *Tidsskrift for velferdsforskning*.

Sammendrag: Tema for denne artikkelen er sammenhengen mellom psykisk helse, økonomi og sosialt liv. Forskerne har her undersøkt hvilke erfaringer medlemmer av en recovery-orientert venneklubb i Asker har med å delta i venneklubben, samt hvordan de selv opplevde at det var en sammenheng mellom økonomi og muligheten for å delta i ulike sosiale sammenhenger. Datamaterialet i studien er resultat av to fokusgruppeintervju hvor deltakerne fortalte om hvordan de opplevde det å få økonomisk støtte til å delta på ulike sosiale arenaer som viktig i deres recoveryprosess. Til å møtes i mørket på kino, ble ansett som det mest lavterskel tilbudet. For deltakere som syntes det var utfordrende å møte andre mennesker var det å prate sammen, fem minutter før kinoen begynte, et første skritt ut av ensomheten. Det ble imidlertid påpekt viktigheten av at en fikk økonomiske subsidier til både kinobesøk og andre sosiale aktiviteter. For medlemmene i venneklubben var det utfordrende å prioritere penger til å være sosial ettersom budsjettet deres var stramt. Fra fokusgruppeintervjuene kom forskerne fram til at det var tre tema som gikk igjen. Disse var: «En arena som muliggjør», «Økonomiske helseproblemer» og «Dyrt å delta». Forfatterne konkluderte med at kommunalt psykisk helsearbeid må være mangfoldig, hvor en ser sammenhengen mellom psykisk helse og levekår. De ser og funnene i en større sammenheng, hvor en ser på det som nødvendig å omstrukturere både makt og økonomiske midler.

Artikkel 3:

Relasjonell recovery – utforsking av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud (Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong, & Karlsson, 2019), publisert i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

Sammendrag: Hensikten med denne studien var å utvikle forskningsbasert kunnskap om hvordan fagpersoner beskriver sitt samarbeid med beboerne for å styrke deres rolle. Grunnen til dette var fordi en anså det som nødvendig med et høyt kunnskapsnivå og relasjonelle ferdigheter hos de ansatte, for å forhindre at mennesker med ROP-lidelser falt utenfor behandlingstilbudene. Metoden som ble brukt var flerstegs fokusgruppeintervju med fagansatte og leder i et botilbud for mennesker med

ROP-lidelser. I artikkelen ble det presisert at psykisk helse- og rusvansker er nært knyttet til samfunnets betingelser og sosiale forhold. Dermed ble det særlig lagt vekt på det relasjonelle for å bidra i brukernes recoveryprosess. Funnene i studien er at de fagansatte opplevde at trygghet og stolthet var to viktige element som bidro til å styrke beboernes rolle. Trygghet handlet både om at beboerne opplevde bofellesskapet som trygt, men enda viktigere var den trygge relasjonen til de fagansatte. Stolthet handlet om hvordan de fagansatte så den enkeltes mestring, både i fritidsaktiviteter og jobb, og roste denne. Denne stoltheten som beboerne da opplevde bidro til å bygge deres selvtillit, og gjorde dem bedre rustet for ytterligere mestring.

Artikkel 4:

Fontenehusets betydning for unge medlemmer (Halvorsrud, Ollivier, & Kvarme, 2018), publisert i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

Sammendrag: Utgangspunktet for denne studien er at forfatterne viser til et økende problem med psykisk uhelse blant unge mennesker og de presenterer dårlig sosialt nettverk, familieforhold og opplevd mobbing som mulige årsaker til dette. Psykiske helseutfordringer kan få en rekke negative konsekvenser for den enkelte, og det vises til hvilke faktorer som bidrar til å bedre den psykiske helsen. Fontenehus er eksempel på et tiltak som kan bidra i en slik prosess, da recovery og tilbakeføring til aktivt samfunnsnivå står sentralt i Fontenehus-modellen. I denne artikkelen har en ved 12 individuelle intervjuer av unge medlemmer i Fontenehus sett på hvordan disse opplever betydningen av å være medlem ved Fontenehuset. Respondentene beskriver hvordan deltakelse i Fontenehuset bidrar til deres reise mot god helse og styrket opplevelse av sammenheng. Funnene som blir presentert er at en ved deltakelse sammen med likeverdige andre går fra ensomhet til et inkluderende fellesskap, fra ensformige hverdager til meningsfullt arbeid, og fra å være syk til frisk på egne premisser. Studien ser funnene i sammenheng med Antonovskys salutogenese-teori, hvor en forstår helse på et kontinuum.

3.4 Oversiktstabell

For å få en bedre oversikt over artiklene valgte jeg å bruke en oversiktstabell (tabell 1). Aveyard (2019, s. 137) viser til hvordan en slik tabell er formålstjenlig til å sammenligne artiklene, og samle den mest sentrale informasjonen fra de ulike artiklene i ett og samme dokument. Da ser en hvordan artiklene skiller seg fra hverandre, men og hvilke element de har til felles.

Tabell 1:

Navn og år	Tittel	Formål	Metode	Respondenter	Sentrale temaer
Ørjasæter, 2021	Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp	Utforske hvilke diskusjoner om medikamentfri behandling og pakkeforløp som har vært synlige i det offentlige ordskiftet og hva disse kan fortelle oss om hvilke krefter som står på spill i dagens psykisk helsevern.	Datainnsamling av reaksjoner og tilsvaret til myndighetenes innføring og iverksettelse av praksisene om medikamentfri behandling og pakkeforløp.	Et utvalg kronikker, blogger, taler og grunnlagsdokumenter som omhandler to av de nyeste praksisene i psykisk helsevern; medikamentfri behandling og pakkeforløp for psykisk helse og rus.	Autonomi Kunnskap Makt Medikamentfri behandling Pakkeforløp
Sælør, Bjørklyhaug, Bank & Johnson, 2019	Møter i mørket: Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv	Undersøke medlemmer av et recovery-orientert prosjekt sin opplevelse av medlemskapet, samt deres opplevelse av sammenhengen mellom økonomi og deltakelse i sosiale sammenhenger.	Fokusgruppeintervjuer	Fem* kvinnelige medlemmer av venneklubben i Asker, rekruttert via informasjon om undersøkelsen på Facebook. *En av de fem deltakerne kunne bare bidra i et av to intervjuer.	Sammenhengen mellom økonomi og psykisk helse Betydningen av sosiale fellesskap i recovery-prosessen Brukerperspektivet
Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong & Karlsson, 2019	Relasjonell recovery – utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud	Utvikle forskningsbasert kunnskap om hvordan fagpersoner beskriver sitt samarbeid med beboere for å styrke beboers rolle.	Flerstegs fokusgruppeintervju – Åtte intervju ble utført	Menn og kvinner med ulik faglig bakgrunn, som barnevern, vernepleie, sosialt arbeid, kriminologi og ledelse. Alle var fast ansatte i en bolig for mennesker med ROP-lidelser, inklusiv daglig leder her. Mellom 7-9 personer deltok på hvert intervju.	Relasjonell recovery Betydningen av trygghet og stolthet
Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018	Fontenehusets betydning for unge medlemmer	Utforske hva unge medlemmer opplever som viktig for dem ved norske Fontenehus.	Individuelle intervjuer	Tolv medlemmer, rekruttert av leder for det enkelte Fontenehus.	Mening Mestring Relasjoner Anerkjennelse

3.5 Analyse

Utgangspunktet for å lage en oversiktstabell var at jeg først foretok en tematisk analyse av artiklene. Jeg valgte denne analysemetoden ettersom den er godt egnet for å se hvordan artiklene kan belyse de tema som er sentrale for problemstillingen og gir studien originalitet (Aveyard, 2019, s. 138). Tjora (2021, s. 24) viser til at en tematisk analyse er velegnet til å belyse sosiale fenomener ettersom en her får frem hvilke tema som er felles for individene, hvilket gir en forståelse for ulike fenomen på samfunnsnivå - til tross for at en ved kvalitative studier tar utgangspunkt i enkeltindividet.

Som Aveyard (2019, s. 141) fremlegger, kan en ved å lese konklusjonene i hver artikkel nøye, få grep om hvilke tema som er mest relevante i den enkelte artikkel. Dette gjorde jeg, for så å skrive ned funnene og temaene i den enkelte artikkel for å se hva disse hadde til felles. Ut fra dette materialet utarbeidet jeg følgende tema: (1) sosiale årsaker til psykiske lidelser, (2) nødvendigheten av trygghet, (3) nødvendigheten av mening, (4) nødvendighet av mestring og (5) at brukerperspektivet var utgangspunktet for all samhandling med brukeren.

For å gjøre disse temaene fruktbare i forhold til problemstillingen valgte jeg å dele de fire første temaene inn i to kategorier: faktorer som forårsaker psykisk lidelse, og faktorer som fremmer god psykisk helse. Innenfor de faktorer som forårsaker psykisk lidelse fremkom det fra artiklene at sosiale årsaker måtte få større betydning. I kategorien for faktorer som på den andre siden fremmer god psykisk helse har vi komponentene trygghet, mening og mestring.

Årsaken til at jeg valgte å kategorisere temaene slik var fordi det i analysen av artiklene tydelig fremkom at en helhetlig forståelse av psykisk lidelse innebærer at en har kunnskap om begge kategoriene, til tross for at de ikke nødvendigvis er motsetningsfylte (Langeland & Vaardal, 2014, s. 46). Dette så jeg og i sammenheng med min teoretiske forankring, hvor en hverken i salutogenese-teorien eller i recovery-tankegangen ser på mennesker som enten syke eller friske (Antonovsky, 2012, s. 36; Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Her tenker en snarere at mennesker befinner seg på et sted mellom disse to ytterpunktene, og at det finnes faktorer som både bedrer og forverrer den psykiske helsen.

Det siste tema som var nødvendigheten av *brukerperspektivet* lot jeg stå som en egen kategori, til tross for at dette også er en faktor som fremmer god psykisk helse. Imidlertid innebærer brukerperspektivet at en som sosialarbeider tar utgangspunkt i brukeren sin forståelse av sin situasjon, og hvordan den enkelte vektlegger betydningen av faktorer som har forårsaket den psykiske lidelsen og hva vedkommende tenker skal til for at han skal få det bedre (Levin & Ellingsen, 2015, s. 118; Volden, 2014, s. 83). Hvilken betydning dette har for sosialarbeideren skal vi se nærmere på i diskusjonsdelen.

3.6 Studiens troverdighet

At en studie er troverdig handler om i hvilken grad den oppfyller kravene til reliabilitet og validitet. Reliabilitet kan forstås som pålitelighet, og handler om at funnene i studien er til å stole på. Validitet vil si at studien har relevans og at funnene er gyldige (Dalland, 2020, s. 43). Imidlertid påpeker Aveyard (2019, s. 102) at det finnes både styrker og svakheter ved alle studier, og at det styrker studiens troverdighet at en identifiserer disse.

En av styrkene i min studie er at jeg har vært nøye med å finne artikler som har høy relevans for problemstillingen. Videre var det viktig for meg at artiklene var av forholdsvis nyere dato, ettersom psykisk helse er et fagfelt som utvikler seg raskt. Det at alle artiklene er skrevet i løpet av de siste fire årene, styrker studiens troverdighet. Jeg var og bevisst på å se etter svakheter ved artiklene som kunne svekket validiteten og reliabiliteten til min studie, slik som Dalland (2020, s. 43) påpeker. At jeg valgte å ikke bruke flere enn disse fire artiklene er av hensyn til prinsippet om dataminimering, som innebærer at en ikke bruker flere data enn nødvendig for å svare på problemstillingen (Reutter, 2021, s. 93). Funnene i artiklene peker alle i samme retning enda de til dels bruker ulike metoder. Dette styrker studiens reliabilitet.

Imidlertid kan det være en svakhet ved studien at alle de fire artiklene er kvalitative. I søkeprosessen forsøkte jeg å finne fagfelleverderte artikler som benyttet seg av kvantitativ metode, men det fant jeg ikke. Årsaken til dette er antakelig at tema i min studie er av en slik karakter som vanskelig lar seg gjøre å svare på i en kvantitativ studie. Ved å bruke Ørjasæter (2021) sin artikkel om «Kunnskap, makt og autonomi...» fikk jeg likevel et bredere grunnlag å basere studien min på. Denne artikkelen skilte seg ut ved at den analyserte dokumenter

forfattet av både fagansatte, brukere og politikere, og bidro således til å styrke studiens reliabilitet ytterligere.

I søkeprosessen var jeg videre bevisst på at ingen forsker eller forfatter er nøytral, verken meg selv eller forfatterne av artiklene (Dalland, 2020, s. 143). Det innebar at jeg var bevisst på skjevheten i utvelgelse av litteratur som kan forekomme i et moderat narrativt litteraturstudie (Åm & Frøyhaug, 2021, s. 180). For å unngå dette var jeg bevisst min egen førforståelse i utvelgelsen av både fagfelleverderte artikler og teori. Som jeg beskrev innledningsvis ser jeg behov for en bredere tilnærming til psykiske lidelser, og stiller meg derfor skeptisk til den ensidig biologiske forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser. For å undersøke om det var hold i min skepsis, brukte jeg kunnskapen om falsifisering hvor jeg forsøkte å finne artikler som understøttet den tradisjonelle, biologiske forståelsen av psykiske lidelser. Dette viste seg å være vanskelig, og de artiklene jeg fant var utelukkende av eldre dato.

4.0 Funn

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvorfor sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser er av betydning for den enkeltes bruker sin recoveryprosess.

Analysen av artiklene gav oss tre sentrale funn. Det første er at en helhetlig forståelse av psykiske lidelser innebærer at en har kunnskap om (1) mulige *årsaker* til psykisk lidelse, og her ble det i artiklene argumentert for at de sosiale årsakene burde tillegges større betydning.

Et neste funn er at en må en ha kunnskap om hvilke faktorer som (2) *fremmer* god psykisk helse, og her ble komponentene trygghet, mening og mestring ansett som særlig betydningsfulle for brukerens recoveryprosess. I denne sammenheng må det påpekes i hvilken grad artiklene vektla disse helsefremmende faktorene, i forhold til årsaker som forårsaker psykiske lidelser. I artikkel 2 av Sælør et al. (2019) var riktignok sammenhengen mellom dårlig økonomi og psykiske lidelser et sentralt tema. Likevel var det påfallende hvor stort fokus artiklene hadde på faktorer som fremmer god psykisk helse. Med andre ord er disse faktorene av særlig betydning for brukeren sin recoveryprosess.

Det siste funnet er at (3) brukerperspektivet, altså brukeren sin egen forståelse og ønsker, må være utgangspunktet for samarbeidet. Vi skal i det følgende drøfte disse tre funnene i lys av teorien om salutogenese og recovery, samt sentrale prinsipp fra sosialt arbeid.

5.0 Drøfting

5.1 Årsaker til psykisk lidelse

5.1.1 Sosiale årsaker til psykisk lidelse

Innledningsvis i denne oppgaven ble det presentert hvordan den bio-psyko-sosiale forståelsesmodellen forsøkte å danne en helhetlig forståelse av psykiske lidelser (Lauveng, 2020, s. 31). Funnene fra min oppgave imidlertid, anmoder en større vektlegging av den sosiale komponenten, samtidig som den biologiske komponenten nedtones. I artikkel 3 av Vibeto et al. (2019, s. 91) viste de til at det var en vesentlig sammenheng mellom sosiale forhold og psykiske lidelser. Videre refererte Ørjasæter til Vogt og Pahle (2015, sitert i Ørjasæter, 2021, s. 42) som argumenterte for at «Menneskelige lidelser er ikke isolerte ting, men ekstremt komplekse prosesser som er vevd inn i livet på alle plan». På grunn av dette ble det påpekt et behov for å utforske kompleksiteten, snarere enn å prøve å komprimere kompleksiteten til noe mer håndterbart (Ørjasæter, 2021, s. 41).

Dette er funn som stemmer godt overens med recovery, da selve utgangspunktet for recovery var en protest mot undertrykkende praksiser som hadde en overveiende medisinsk orientering (Karlsson og Borg, 2017, s. 42). Også menneskerettighetene og det humanistiske menneskesynet som recovery er basert på legger føringer for hvordan de sosiale faktorene må vektlegges i forståelsen av psykiske lidelser (Karlsson & Borg, 2017, s. 70).

Antonovsky (2012, s. 32) delte og denne oppfattelsen om behovet for en mindre biologisk orientert forståelse av psykiske lidelser. Hans svar på hva som førte til god helse var en opplevelse av sammenheng. Dette innebar at situasjonen som det enkelte mennesket stod i var begripelig, håndterbar og meningsfull. I artikkelen av Halvorsrud et al. (2018, s. 286) ble sosiale faktorer som mobbing og vanskelige familieforhold trukket frem som eksempel på årsaker til psykiske lidelser, og i tråd med Antonovsky sin teori, ser vi hvordan dette er faktorer som svekker det enkelte menneske sin opplevelse av sammenheng. Et menneske som eksempelvis har levd med mobbing i årevis kan slite med å begripe hvorfor dette skjer, og klandre seg selv for mobbingen. Dette vil i sin tur bidra til å bryte ned vedkommende sin selvtillit slik at det blir vanskelig å håndtere situasjonen. Til da å forklare årsaken til at

vedkommende sliter med sin psykiske helse, med genetiske forhold ved personen, bryter med Antonovsky sin forståelse av psykiske lidelser.

Videre var Antonovsky (2012, s. 18) bekymret for at psykologene hadde fått for stor del av ansvaret for å hjelpe mennesker i situasjoner som åpenbart bunnet i kulturelle og makrostrukturelle kontekster. I denne sammenheng fremhevet han at hvordan samfunnet var organisert la til rette for ulik opplevelse av sammenheng for borgerne (Antonovsky, 2012, s. 122). For barn som vokser opp i et relativt trygt samfunn, som det vi eksempelvis har her i Norge, dannes det et grunnlag for en vesentlig sterkere opplevelse av sammenheng enn for et barn som vokser opp i utrygghet, som eksempelvis i flyktningleiren i Moria eller favelaen i Brasil. I Norge har vi velferdsstaten som sikkerhetsnett, som hjelper oss med håndterbarhet-komponenten i Antonovskys salutogenese-teori. Likevel befant 10 % av Norges befolkning seg i kategorien for vedvarende lavinntekt i 2019 (Helsedirektoratet, 2021, s. 11). Dårlig økonomi var og den sosiale faktoren som i størst grad ble vektlagt i min studie, og vi skal derfor se nærmere på hvordan dette kan påvirke den psykiske helsen.

5.1.1.1 Dårlig økonomi og psykisk lidelse

I artikkel 2 av Sælør et al. (2019) var det særlig fokus på hvordan dårlig økonomi hindret deltakerne i studien fra et sosialt liv. Videre ble det vist til hvordan det å ha økonomiske problemer kunne bli en nedadgående spiral for den psykiske helsen; en ble isolert, hadde ikke mulighet til å ivareta den fysiske helsen, samt at stresset som disse økonomiproblemene medførte vanskeliggjorde bedringsprosessen (Sælør et al., 2019, s. 119). To informanter i studien til Sælør (2019, s. 118) uttrykte hvordan dårlig økonomi førte til en følelse av utenforskap:

*Lise*²: Det er slitsomt å ha veldig lite penger.

Linn-Elisabeth: Det blir jo litt mer sånn... man får følelsen av et sånt utenforskap fordi man ikke kan bli med. Du føler hele tiden at du må veie imot, du burde heller ha brukt pengene på noe annet. Eller hvis du ikke *har* da, så blir du jo bare inne da. Det er jo ikke noe godt for kroppen det heller, å skulle hele tiden tenke på å skulle ha penger for å kunne oppleve noe.

² Deltakerne er gitt fiktive navn for å ivareta konfidensialitet.

Vi ser her hvordan økonomi ble pekt på som en årsak til manglende deltakelse og opplevelse. Fra Karlsson og Borg (2017, s. 11) sin definisjonen av recovery kunne vi se at recoveryprosessen blant annet dreide seg om å skape seg «... et liv der han eller hun opplever å høre til... Et liv med muligheter til gleder og moro.» Av dette ser vi hvor grunnleggende viktig økonomi er, ettersom det er en forutsetning for å bidra i samfunnet på lik linje med «alle andre». Det å utvikle nye sosiale roller blir sett på som en viktig del av recovery, men når en ikke har råd til å delta på de sosiale arenaene, blir en fratatt muligheten til å utvikle disse rollene (Sælør et al. 2019, s. 120). Brodtkorb og Rugkåsa (2015, s. 308) presenterer nettopp fattigdom som en av hovedutfordringene til sosialt arbeid i dag, og viser til hvordan mennesker isolerer seg i frykt for at deres fattigdom skal bli avslørt. Av dette ser en tydelig hvordan dårlig økonomi og psykisk lidelse er gjensidig forsterkende.

Også fra Antonovsky sin teori om salutogenese ser vi sammenhengen mellom økonomi og helse. Økonomi ble sett på som en av de generelle motstandsressursene, som bidro til en sterkere opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987, sitert i Langeland & Vaardal, 2014, s. 50). Antonovsky (2012, s. 187) viste tydelig hvor viktig økonomi var for helsen i det han understrekte at dersom «man er tilfreds med sin egen økonomiske situasjon, skyldes det ikke at man har en sterk opplevelse av sammenheng, men at man har en tilfredsstillende inntekt.» Dette sitatet viser tydelig hvordan Antonovsky ikke mente at begrepet sitt om opplevelse av sammenheng bare dreide seg om den subjektive opplevelsen av situasjonen, men om de faktiske forhold som mennesker lever i.

5.1.2 Sosialarbeiderens rolle

Denne tydelige presiseringen fra Antonovsky tydeliggjør sosialarbeideren sin unike posisjon til å bidra i bedringen av disse forholdene, og dermed styrke menneskers opplevelse av sammenheng. Langeland og Vaardal (2014, s. 52) fremlegger at fagpersonell kan fungere som en generell motstandsressurs i menneskers liv. Til tross for at flere av faktorene som påvirker individet sin psykiske helse ligger utenfor hjelpeapparatet sin kontroll, så ligger det i sosialarbeideren sitt mandat til å være koordinator av de hjelpetiltakene som finnes (Willumsen, 2015, s. 166). Det være seg eksempelvis utdanning, bosituasjon, oppfølging fra lege, psykolog og fysioterapeut, samt barnepass og økonomi. Hvordan dette mandatet kommer til uttrykk ser vi blant annet i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

(1999, § 4-1. første ledd) hvor brukerens rett til en individuell plan er hjemlet. Av denne loven fremkommer det at «Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.» Av ordlyden her ser en at brukeren har krav på nettopp et helhetlig tilbud. Sælør et al. (2019, s. 122) påpeker imidlertid at det helhetlige tilbudet og kan inkludere psykoterapi, mens Pedersen (2014, s. 103) viser til at for noen er det ønskelig med fortsatt medisinbruk, til tross for at de anser seg selv som tilfrisknet. En helhetlig tilnærming må med andre ord ha rom for ulike fasetter som kan tjene til bedring for brukeren.

5.2 Faktorer som fremmer god psykisk helse

Med utgangspunkt i forståelsen av hva som kan forårsake psykiske lidelser skal vi nå se på hva som på den andre siden kan fremme god psykisk helse. Her viste analysen av artiklene at brukeren sin opplevelse av trygghet, mening og mestring var av særlig betydning, og at disse faktorene alle bidro positivt i recoveryprosessen, uavhengig av hva som var årsaken til lidelsen. Vi skal derfor i det følgende gå nærmere inn på hver av disse tre komponentene.

5.2.1 Trygghet

Alle mennesker har en sårbarhet i seg, men for mennesker med psykiske lidelser er denne sårbarheten gjerne mer fremtredende og synlig. Dermed kan de oppleve seg prisgitt hjelpen fra hjelpeapparatet. Til da å bli møtt med en grunnleggende tillit kan danne fundament for en trygg relasjon (Grande, 2019, s. 22). Analysen av artiklene viste nødvendigheten av trygghet, både i relasjonen mellom bruker og fagansatt (Vibeto et al., 2019, s. 95), men og i relasjonen brukerne seg imellom, samt trygghet ved selve institusjonen (Vibeto et al., 2019, s. 96). En ansatt i artikkel 3 av Vibeto et al. (2019, s. 94) beskrev sin fremtoning i møte med brukeren for å skape tillitt:

Det var egentlig litt sånn ... litt åpen samtale ... ok, nå bare går vi inn og begynner å prate, også ser vi hvor det bærer hen. Også ender det opp i at han skjønner at vi ikke vil han noe vondt. Det var egentlig litt Kierkegaard. Du finner et menneske der han er og så tar du det derfra.

Denne nødvendige tryggheten kan sammenlignes med Antonovsky (2012, s. 40) sin faktor for begripelighet i hans teori om opplevelse av sammenheng. Langeland og Vaardal (2014, s. 55)

fremlegger og hvordan en langvarig relasjon basert på tillitt og trygghet kan bidra til at brukeren får økt sin generelle følelse av trygghet, både i møte med andre mennesker, men og i møte med selve livet. Dette igjen styrker vedkommende sin opplevelse av sammenheng.

5.2.2 Mening

At mennesker er meningssøkende kom tydelig frem i analysen av artiklene. For respondentene i Halvorsrud et al. (2018, s. 291) sin studie fra Fontenehusene ble det uttrykt nødvendigheten av at tilbudet var meningsfylt:

Det å på en måte bidra til noe. Være en plass hvor man ... hvor man ... ja, kan bidra etter å ha vært ... vært hjemme ... vært syk, vært veldig mye syk. Og så vært ufør og bare fått dagene til å gå i en ti-tolv år så kunne man komme en plass hvor man var en del av noe. Jeg vet at det jeg kan bidra med, det hjelper faktisk Fontenehuset til ... og driften, da. Så da føler jeg at det er litt mening, for da gjør jeg noe for ... ja, at jeg faktisk gjør ... er litt til nytte, da. Jeg ønsker jo å bidra med å få driften til å gå.

Ved Fontenehuset var ikke deltakerne passive mottakere av tjenester, men selv delaktige i den daglige driften. Og i denne driften samarbeidet de med andre mennesker som hadde lignende livserfaring som dem selv, og fikk således mulighet til å bety noe for andre mennesker (Halvorsrud et al. 2018, s. 290). Hvordan dette samspillet mellom relasjoner og mening artet seg kom og til uttrykk i artikkel 2 av Sælør et al. (2019, s. 116):

*Emma*³:... Men når man da ... kommer seg ut, så oppdager man ... når man er sammen med noen, at ... det er fint å være menneske.

Lise: Ja, også må du ha noe å gjøre sammen. Ellers blir det litt meningsløst. Og det mener jeg, at venneklubben har så rikt grunnlag for da.

Emma: Det må være meningsfullt.

Lise: For vi finner jo på det vi vil gjøre i venneklubben. Det er liksom ikke bare å sitte i en sofa og glane på hverandre med hver sin kaffekopp i flere timer. Vi *gjør* jo noe.

Hvordan meningsfylte aktiviteter er viktig i en recoveryprosess ser vi fra Karlsson og Borg (2017, s.11) sin definisjon av recovery. Her heter det innledningsvis at «Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv....» Mening er med andre ord en helt essensiell faktor i en recoveryprosess. Som vi så fra eksempelet ovenfor vektla både «Emma» og «Lise» betydningen av at det de ønsket å gjøre sammen skulle være noe meningsfylt. I Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng

³ Deltakerne er gitt fiktive navn for å ivareta konfidensialitet.

ble mening fremhevet som den viktigste faktoren for opplevelsen av sammenheng, og mening er det som skaper motivasjon til handling (Antonovsky, 2012, s. 56). Når brukerne på Fontenehusene opplevde det å bidra i driften som meningsfylt, skapte dette en motivasjon i dem til å komme tilbake dag etter dag (Halvorsrud et al., 2018, s. 292). Denne kontinuiteten gav dem videre mestring, som vi skal gå nærmere inn på i det følgende.

5.2.3 Mestring

Da mening ble ansett som motivasjonsfaktoren i recoveryprosessen, kan man etter min mening si at komponenten mestring, med påfølgende myndiggjøring og makt, skritt for skritt, kan sees på som tilfriskningsfaktoren. Dog ikke i den kliniske forståelsen av ordet tilfriskning, men i den personlige forståelsen, hvor det er mennesket sin subjektive opplevelse av tilfriskning som vektlegges (Lauveng, 2020, s. 195). Det fremkom av analysen av artiklene at når brukerne opplevde mening, motiverte det dem til å fortsette den gitte positive aktiviteten eller atferden, hvorpå de opplevde mestring, som i neste omgang førte til ytterligere mestring - og dermed bedre livskvalitet. En av informantene fra artikkel 4 av Halvorsrud et al. (2018, s. 292) uttrykte hvordan Fontenehuset hadde vært en slik arena for mestring for han; «For meg i første omgang handler det om å trene meg selv opp til å komme opp til faste tider og komme hit. Og så det å trene meg til å være sosial og kunne omgås med folk.» En annen informant fortalte at Fontenehuset var en fin arena å trene seg opp fra å ha vært ufør til å bli arbeidsfør (Halvorsrud et al., 2018, s. 293).

5.2.3.1 Mestring som utgangspunkt for myndiggjøring og makt

I det deltakerne fra eksemplene opplevde mestring, bidro dette positivt i deres myndiggjøring. Også makten mellom bruker og hjelper endrer seg når brukeren blir myndiggjort gjennom mestring (Karlsson & Borg, 2017, s. 138). Disse tre elementene mestring, myndiggjøring og makt kan vi derfor si er nært knyttet til hverandre og er essensielle i recoveryprosessen. Dette ser vi og ved hjelp av Antonovsky sin opplevelse av sammenheng, hvor mestring, myndiggjøring og makt kan sees på som håndterbarhetsfaktoren (Antonovsky, 2012, s. 124). Et viktig poeng i den forbindelse er likevel nødvendigheten av at de oppgaver som skal mestres tilpasses den enkelte, slik at vedkommende får lagt stein på stein i sin recoveryprosess. Antonovsky (2012, s. 125) fremholder videre at hverken for mye eller for lite belastning er formålstjenlig, og det viste og igjen fra artikkel 4 av Halvorsrud et al. (2018, s. 293) hvor enkelte

av informantene etterspurte flere meningsfulle aktiviteter. For å finne ut hva den enkelte bruker har behov for, må en ta utgangspunkt i brukerperspektivet, og vi skal i det følgende gå inn på hvorfor dette perspektivet er en viktig forutsetning i recoveryprosessen.

5.3 Brukerperspektivet

Et sentralt funn i analysen av artiklene var nødvendigheten av å ta utgangspunkt i brukerens eget perspektiv på hans situasjon. Årsaken til at dette er relevant i sosialarbeiderens helhetlige forståelse av psykiske lidelser, er fordi en ved dette perspektivet erkjenner at man i en helhetlig forståelse også må inkludere brukerens egne forståelse. Hvilken betydning en skulle tillegge brukerperspektivet var et av temaene i artikkel 1 av Ørjasæter (2021), og her viste han til hvordan Hofgard (2016, sitert i Ørjasæter, 2021, s. 44) argumenterte for en sterkere vektlegging av brukerperspektivet, ettersom «pasienten blir krenket av tilbudet». Videre påpekte han at en «evidensbasert behandling krever at vi tar i bruk forskning, kombinert med klinisk erfaring, og at dette alltid veies opp med pasientens preferanser, ønsker og prioriteringer».

Av dette ser en at i hvilken grad en skal ta hensyn til brukerperspektivet, handler om spørsmålet om hvilket kunnskapsgrunnlag en skal bygge psykisk helsevern på. To praksiser som ifølge Ørjasæter (2021) tjener som eksempel på at en har et motstridende kunnskapsgrunnlag er medikamentfri behandling og pakkeforløp. Årsaken til at disse er motstridende er fordi en i praksisen med pakkeforløp ikke tar høyde for hvordan det av blant andre Pedersen (2014, s. 105) blir påpekt at recovery er en individuell prosess hvor man må ta hensyn til brukerens egne ønsker. Tilbudet om medikamentfri behandling blir da et eksempel på hvordan tjenesten nettopp tilrettelegger for dette.

Videre kan disse praksisene og belyse hvordan en fra teorien om recovery viser til nødvendigheten av bevissthet omkring hvordan ens forståelse av normalitet og helse er preget av miljø og kultur (Karlsson & Borg, 2017, s. 56). Erkjennelsen av dette skal komme til uttrykk ved at en aksepterer og respekterer brukerens ønsker for sitt liv, selv om disse kanskje strider med den gjengse livsførsel (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Dette kan sees i sammenheng med hvordan en i den salutogene forståelsen av helse har rom for den subjektive opplevelsen av tilfriskning, samtidig som en erkjenner at stressorer er en del av det å være menneske

(Antonovsky, 2012). Pakkeforløpene kritiseres nettopp for å ikke ha rom denne tankegangen, mens tilbudet om medikamentfri behandling blir et eksempel på hvordan en ønsker å møte livets stressorer med andre tiltak enn medikamenter. Imidlertid stilles det og spørsmål ved denne praksisen, da Røssberg (2016, sitert i Ørjasæter, 2021, s. 42) viser til at den kan komme i strid med forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999, § 4.). Dette leder til det utfordrende spørsmålet om hvor grensen for brukerens autonomi skal gå. En skal ikke bryte med lovgivingen eller menneskerettighetene hva gjelder forsvarlighet, men heller ikke hva gjelder brukerens rett til å ha styring i eget liv, som vi så fra § 3-1. i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Å finne balansen her speiler hvordan sosialt arbeid foregår i spenningsfelt. Men som Levin (2015, s. 37) påpeker, betyr ikke det at den ene dimensjonen må utelukkes til fordel for den andre, men at de begge er tilstedeværende og må tillegges betydning i hver enkelt situasjon.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi undersøkt hvorfor sosialarbeideren sin helhetlige forståelse av psykiske lidelser er av betydning for brukerens recoveryprosess. Min førforståelse i møte med problemstillingen var at årsakene til psykiske lidelser ville tillegges stor betydning, og at tiltakene en iverksatte for å jobbe med recovery måtte bøte for disse årsakene. Funnene fra analysen av artiklene viser imidlertid at den helhetlige forståelsen av psykiske lidelser innebærer at en har kunnskap om kompleksiteten både hva gjelder de faktorer som *forårsaker* psykiske lidelser, men ikke mindre viktig er det at en har kunnskap om de faktorer som *fremmer* god psykisk helse.

Disse funnene innebærer likevel ikke at vi kan se bort fra sykdomsfremkallende faktorer, som eksempelvis fattigdom, dårlige oppvekstvilkår og utenforskap. Et hovedfunn fra analysen av artiklene var nettopp at sosiale årsaker måtte få økt fokus i forståelsen av psykiske lidelser, og her ble økonomiske problemer trukket frem som særlig sentralt. Imidlertid viser analysen at et ensidig fokus på årsakene til at et menneske har blitt sykt, kan stjele oppmerksomhet fra å arbeide med de helsefremmende faktorene trygghet, mening og mestring som en også har mulighet til å gjøre noe med. Sett under ett er funnene i studien positive for hjelpeapparatet generelt, men for sosialarbeideren spesielt, ettersom vi fra drøftingen har sett eksempler på hvordan sosialarbeideren befinner seg i en unik posisjon hva angår å bidra til bedring, både med årsakene til psykiske lidelser, men og med faktorene som fremmer god psykisk helse.

Innledningsvis påpekte vi høy forekomst av psykiske lidelser, og begrunnet dermed sosialarbeideren sin nytte av å ha kunnskap om forståelsen av psykiske lidelser. Imidlertid kan kunnskapen om nødvendigheten av en helhetlig forståelse av psykiske lidelser også overføres til brukere som ikke oppfyller kriteriene til en psykiatrisk diagnose. En slik helhetlig forståelse i møte med hele brukergruppen, bidrar til at en som sosialarbeider har en bredere forståelse for hva som kan være vanskelig i vedkommende sitt liv, og hvilke tiltak som kan bidra til at han får det bedre. Slike tiltak kan virke direkte forebyggende mot psykiske lidelser, og ettersom sosialarbeideren sitt hovedmandat nettopp er å forebygge, redusere og løse sosiale problem, ser en hvordan en helhetlig forståelse tjener som et verktøy i dette arbeidet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2).

Parallelt med at denne oppgaven skrives pågår det et arbeid med å utarbeide ny opptrappingsplan for psykisk helse som skal presenteres i 2023 (Regjeringen, 2022). Her skal det blant annet satses på forebygging, samt på å redusere sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykiske lidelser. Dette er skritt i riktig retning i henhold til funnene i denne oppgaven. Imidlertid vil det være behov for forskning som kan bidra til å forene hele hjelpeapparatet om en felles helhetlig forståelsesramme, dersom opptrappingsplanen skal realiseres i praksis. For det at sosialarbeiderne alene har en helhetlig forståelse av psykiske lidelser er ikke tilstrekkelig for brukernes recoveryprosess. Også rammene som en skal arbeide innenfor må dele samme forståelse, ettersom funnene fra analysen av artiklene viser at både økonomiske midler, maktfordeling og hvilket kunnskapsgrunnlag en bygger arbeidet på er av betydning for brukerens recoveryprosess.

I utarbeidelsen av denne opptrappingsplanen viser funnene i min studie nødvendigheten av å lytte til brukerne selv, og deres oppfattelse av hva som skal til for at de skal få det bedre. For som Karlsson og Borg (2017, s. 22) påpekte angående utformingen av nye praksiser, er det alltid en fare for å bli historieløs. Til en hver tid har et ønske om pasientens beste vært utgangspunkt for behandling, selv om det gjerne ikke har blitt oppfattet slik av de som mottok hjelpen. Og dersom brukerne ikke skulle blitt lyttet til må en ikke glemme at det ligger i sosialarbeideren sin yrkesidentitet til å ha solidaritet med utsatte grupper, og kjempe videre for deres rettigheter (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2).

Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
***224 sider**
- Aubert, V. (1969). *Det skjulte samfunn*. Pax forlag.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4.utg.). Open University Press.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 31-44). Fagbokforlaget. ***14 sider**
- Brodtkorb E. & Rugkåsa, M. (2015). utfordringer for sosialt arbeid i dag. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 299-313). Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A. (2018). Psykiatriske forståelsesmodeller. I T. F. Aarre & A. A. Dahl (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 43-70). Fagbokforlaget. ***28 sider**
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. ***272 sider**
- Deegan, P. E., Borg, M. & Karlsson, B. E. (2011). Vi må våge å bryte stillheten. I A. J. Andersen & B. E. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid* (s. 23-30). Universitetsforlaget. ***8 sider**

- Ellingsen, I. T. & Kruke, B. I. (2015). Risikohåndtering i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 210-223). Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 97-111). Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Grande, H. B. (Red.) (2019). *Psykisk helsevern: Fra oss som kjenner det*. Universitetsforlaget.
***135 sider**
- Halvorsrud, L., Ollivier, M. & Kvarme, L. G. (2018). Fontenehusets betydning for unge medlemmer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 285–295.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-03> ***11 sider**
- Helsedirektoratet. (2017). *Mestre hele livet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf ***62 sider**
- Helsedirektoratet (2021, 20. oktober). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Hentet 28. april, 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2022, 6. april). *Opptappingsplan for psykisk helse*. Hentet 30. april fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*. (LOV 1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger. (2022). *Retningslinjer for bacheloroppgaveskriving*.

Karlsson & Borg. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk. ***178 sider**

Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004> ***8 sider**

Langeland, E. & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I Almvik, A. & Borge, L. (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 45-71). Fagbokforlaget. ***27 sider**

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Levin, I. & Ellingsen, I. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 112-124). Universitetsforlaget.

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

Norvoll, R. (Red.). (2013). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 13-36). Gyldendal akademisk. ***24 sider**

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, A. (2014). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 99-119). Fagbokforlaget. ***21 sider**
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Read, J. (2004). Poverty, ethnicity and gender. I J. Read, L. R. Mosher & R. P. Bentall (Red.), *Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (s. 161-195). Routledge. ***35 sider**
- Reutter, L. (2021). Forskningsetikk og personvern. I I. Stuvøy, G. Tøndel, & A. Tjora (Red.), *En smak av forskning: bacheloroppgaven som prosjekt, prosess og produkt* (s. 89-98). Cappelen Damm Akademisk.
- Roksund, G. (2017). En psykiatrisk hengemyr? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(14), 87–90. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-10> ***4 sider**
- Slagstad, K. (2017). Psykiatriens indre konflikter eksponert. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(6), 421–421. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0240>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Støren, I. (2013). *Bare søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (3.utg.). Cappelen Damm AS. ***71 sider**

Sælør, K. T., Bjørklyhaug, K. I., Bank, R.-M. & Johnson, T. A. (2019). Møter i mørket. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(2), 110-125. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02> ***16 sider**

Tjora, A. (2021). Tematisk analyse. I I. Stuvøy, G. Tøndel, & A. Tjora (Red.), *En smak av forskning: bacheloroppgaven som prosjekt, prosess og produkt* (s. 241-250). Cappelen Damm Akademisk.

Valla, B. (2020). Det psykiske helsefeltet er på avveie, men vi kan få det på rett spor. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 53-56. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-06> ***4 sider**

Vibeto, R. P., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Biong, S. N., & Karlsson, B. E. (2019). Relasjonell recovery - utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90–100. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04> ***11 sider**

Volden, O. (2014). Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut – brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 73-98). Fagbokforlaget. ***26 sider**

Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L.C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 154-170). Universitetsforlaget.

Ørjasæter, K. B. (2021). Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 36–47. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-05> ***12 sider**

Åm, H. & Frøyhaug, M. (2021). Dokumenter som primærdata. I. Stuvøy, G. Tøndel, & A. Tjora (Red.), *En smak av forskning: bacheloroppgaven som prosjekt, prosess og produkt* (s. 177-185). Cappelen Damm Akademisk.

Selvvalgt pensum: 1191 sider