

Recovery: Mulig i praksis eller bare som en idé?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Student: Serine Selvaag

Veileder: Hildegunn Sagvaag

Juni, 2020

Innhold

Forord:	3
Kappe til artikkel: Recovery: Mulig i praksis eller bare som en idé?	4
Abstrakt:	4
Nøkkelbegreper	4
Introduksjon, bakgrunn for valg av tema og hensikt med studien:	5
Recovery og personlig recovery:	7
Søkestrategier	8
Forskningsspørsmål:	9
Teoretisk rammeverk:	9
Freeman & Sturdys kunnskapsfenomenologi	9
Røviks translasjonsteori.....	11
Metode:	12
Design	12
Utvalg:	13
Fremgangsmåte for innhenting av informanter og respondenter.....	13
Innsamling av data	14
Innsamling av kvantitative data:	14
Innhenting av kvalitative data	16
Analyse	17
Kvantitativ analyse:	17
Innholdsanalyse:.....	18
Forskningsmessig kvalitet.....	19
Forforståelse.....	21
Forskningsetikk.....	21
Lover og juridiske retningslinjer	22
Ethiske overveielser.....	22
Funn:	23
Diskusjon	23
Konklusjon	26
Litteratur:	27

Oversiktsside for artikkel	31
Artikkel: Recovery: mulig i praksis eller bare som en idé?	32
Introduksjon:	32
Hensikt:.....	33
Recovery, implementering og tidligere forskning:.....	33
Teoretisk referanseramme:.....	35
Problemstilling	36
Metode:	36
Design:.....	36
Utvalg og datainnsamling:.....	36
Analyse:	37
Etiske overveielser:.....	37
Metodekritikk:.....	38
Funn:	39
1. Ledere er mest positive til recovery	40
2. Ledere har mest kunnskap om recovery	41
3. Ansatte ser utfordringer med recovery i praksis	44
Diskusjon:	46
Forslag til praksis:.....	50
Konklusjon:	50
Videre forskning:	51
Litteratur:	52
Vedlegg 1: Informasjonsskriv for kvantitativ datainnsamling	55
Vedlegg 2: Informasjonsskriv for kvalitativ datainnsamling	58
Vedlegg 3: Spørreskjema	60
Vedlegg 4: Temaguide	64
Vedlegg 5: Meldeskjema for behandling av personopplysninger	65
Vedlegg 5: Forfatterveiledning: Fontene Forskning	68

Forord:

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og tidvis kronglete prosess. Men det har vært etter dypeste nedturene at de mest inspirerende oppturene har kommet. Oppturer som bærer preg av læring og økt interesse for området, samt mange spennende diskusjoner med både informanter, veiledere og andre interesserte aktører.

Det er mange som fortjener en takk for at denne masteroppgaven nå er ved veiens ende. Først og fremst ønsker jeg å takke informantene og respondentene mine som har bidratt med nyttig kunnskap og erfaringer. For at dette skulle være mulig var også samarbeidet med case-kommunen viktig. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til virksomhetsleder, samt assisterende virksomhetsleder for godt samarbeid.

Videre fortjener min hovedveileder Hildegunn Sagvaag en stor takk. Takk for at du har bidratt med mange nyttige innspill og tilbakemeldinger. Takk for de mange spennende diskusjonene vi har hatt gjennom hele forskningsprosessen. Det har vært veldig inspirerende. Jeg ønsker også å rette en takk til min bi-veileder Kolbjørn Brønnick for god veiledning i kvantitativ metode og motiverende ord i prosessen.

Studieforløpet over tre år hadde heller ikke blitt det samme uten mine kloke medstudenter. En ekstra stor takk må rettes til min beste venninne, Line Julseth, som en ekstraordinær støtte både i oppturer og nedturene.

Jeg ønsker også å takke arbeidsgiveren min for muligheten til å delta på dette studiet samtidig som jeg har vært i 100 % jobb. I tillegg til å ha bidratt for at denne prosessen var økonomisk overkommelig, har kollegaene mine motivert meg til å gjøre mitt beste hele studieforløpet gjennom. En spesiell takk til Karen Marie Vikshåland for korrekturlesing og gode innspill både på eksamener og i denne avsluttende oppgaven.

Sist, men ikke minst må jeg takke samboeren min, Nikolai Jensen, for å ha tørket mange tårer, kommet med oppmuntrende ord når det trengs og «forlatt åstedet» når jeg har hatt behov for arbeidsro.

Kappe til artikkel: Recovery: Mulig i praksis eller bare som en idé?

Abstrakt:

Recovery-orienterte tjenester for mennesker med rusproblematikk og psykisk helseutfordringer er anbefalt fra politisk hold både i Norge og andre land. Samtidig er recoverytilnærmingen kritisert for manglende enighet om innholdet i termen recovery. Forskning viser at implementering generelt er utfordrende med begrunnelse i varierende årsaksforklaringer. I denne studien blir det undersøkt hva som skjer i en norsk kommunal rus- og psykisk helsetjeneste når recovery blir implementert i en enhet.

Studien er en case studie med mixed-methods design der det er innhentet kvantitativ data ved hjelp av et anonymt nettbasert spørreskjema som er sendt til alle ansatte på epost. Kvalitative data er innhentet ved hjelp av to fokusgruppeintervjuer som er analysert i tråd med Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

Gjennom denne studien fremkommer det at lederne er mest positive til recovery, samt har mest kunnskap om recovery enn de ansatte. I tillegg opplever de ansatte i større grad utfordringer med recovery i praksis. I denne studien er disse utfordringene diskutert i lys av implementeringsteori, der behovet for translatørkompetanse er fremhevet som sentralt for å lykkes med implementeringen. Recovery blir problematisert som en organisasjonside i lys av organisasjonsteoretisk dekontekstualisering, der man ser at recovery er utfordrende å implementere som en følge av stor grad av abstrakte elementer i recovery som opprinnelig praksis.

Nøkkelbegreper

Recovery, psykisk helse, rus, implementering, kommunal helse- og velferdstjeneste

Introduksjon, bakgrunn for valg av tema og hensikt med studien:

I denne studien har vi tatt sikte på å undersøke hvordan ansatte i en kommunal helse- og velferdsenhet har erfart implementeringen av recovery som felles faglig plattform. Recovery fra psykisk uhelse er ikke et «rett-frem» begrep (Staurt, Tansey & Quayle, 2017), og kan sees på som systematisk arbeid med brukermedvirkning (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse [NRKOP], 2016) der det handler om få en helhetlig tilnærming til brukers hverdag. Lars Lien (NKROP, 2016) ønsker ikke at klinikere og behandlere skal gjøre noe nytt i arbeid med implementering av recovery, men heller sette brukermedvirkningen i system og tenke helhetlig. Da recovery i stor grad handler om hver enkelt person sin forståelse av egen prosess mener Lien det umulig å utarbeide generelle retningslinjer for recoveryorientert praksis som er konkret nok, og at dette fører til utfordringer med implementeringen av recovery og systematiseringen av brukermedvirkning (ROP.no, 2015).

Utgangspunktet for denne studien er å studere recovery som begrep og implementering av dette i eksisterende rus- og psykisk helsetjenester med bakgrunn i recovery sin posisjon i rus- og psykisk helsetjenestene som det «nye» og det populære. Regjeringens sterke politiske vilje for endring, anbefalingen av recovery i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012) og teoriens vinkling av recovery som «det rette» (Karlsson & Borg, 2017) bidrar også til økt popularitet og ønske om implementering.

Forskning problematiserer implementering av recovery på mange områder, og stiller spørsmål ved om i det i det hele tatt kan implementeres som en organisasjonsidé (Karlsson & Borg, 2017). Det er vanskelig å stille spørsmål ved om recovery bør ligge til grunn for rus- og psykisk helsetjenester internasjonalt (Smith-Merry & Sturdy, 2013), da recovery er på dagsorden både i Norge helsepolitisk, samt i bruker- og fagmiljøer både nasjonalt og internasjonalt (Karlsson & Borg, 2017). Recovery brukes i mange sammenhenger uten at det sies noe om hva det innebærer eller hva som er forskjellen fra tidligere tilnærminger (Karlsson & Borg, 2017), noe som problematiseres når recovery skal settes ut i praksis.

En enhet for rus- og psykisk helsetjenester i en mellomstor kommune i Norge bestemte som en følge av et prosjekt at deres nye faglige plattform skulle bygge på recovery (Olsen, Dahl, Kvia, Sømme, Trefjord, & Lønning, 2016). Virksomhetsleder informerer i en samtale om at enheten tar utgangspunkt i personlig recovery. Det ble foretatt flere strukturelle endringer, og

ledelsesarbeidet endret seg i form av større fokus på endringsarbeid (Olsen et al., 2016). Det finnes ingen forskning på denne enheten og dens arbeid med implementeringen av recovery.

Som en følge av recoverytilnærmingen sin plass i norsk helse- og velferdspolitik, og forskeres kritiske blikk på implementeringen av dette vil en studie med fokus på implementering av recovery i norsk helse- og velferdssektor være av interesse for alle som jobber innen feltet, spesielt de som arbeider med ledelse og implementering. Med bakgrunn i dette sees det på som aktuelt å publisere arbeidet i Fontene Forskning. Fontene forskning er Norges ledende vitenskapelige tidsskrift for sosialt arbeid, barnevern og vernepleie (fonteneforskning.no, u.å).

Kappen tar utgangspunkt i artikkelen som er skrevet i forbindelse med ferdigstillingen av masterstudiet i rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. I kappen vil jeg nærmere begrunne hvordan studien kan bidra til feltet. Jeg vil utdype personlig recovery, da det er personlig recovery caseenheten arbeider etter. Det teoretiske rammeverket vil bli utdypet, og funnene fra studien vil bli presentert som en oppsummering med utgangspunkt i artikkelen. I diskusjonen vil jeg med utgangspunkt i diskusjonen i kappen diskutere et nytt tema som kan bidra til å utforske utfordringene med implementeringen av recovery med et annet perspektiv enn i artikkelen i denne masteroppgaven.

I mye av forskningen som er gjort på recovery omtales kun «mental health». Det er derfor stilt spørsmål ved i hvilken grad rusavhengige er inkludert i denne omtalelsen. Mye av forskningen gjort på recovery stammer fra Skottland. Ifølge skotske myndigheter og deres «Mental Health Strategy 2017-2027» innebærer planen et bredere fokus enn kun på de tradisjonelle psykisk helsetjenestene. Som en følge av at psykisk helseutfordringer i stor grad opptrer sammen med blant annet rusavhengighet, er det sentralt at «Mental Health Strategy 2017-2017» også tar for seg arbeid med mennesker med rusavhengighet i arbeidet med psykisk helse (Population Health Directorate, 2017-2027). Det er i denne oppgaven derfor tatt utgangspunkt i at forskning gjort på recovery innen «mental health» også innebærer rusavhengighet.

Videre i teksten skilles det mellom ledere og øvrige ansatte, men de vil bli omtalt som ledere og ansatte selv om ledere også er ansatte i enheten.

Recovery og personlig recovery:

Begrepet recovery brukes i dag på mange måter (Hummelvoll, 2012), og blir ofte omtalt i form av klinisk recovery (Slade, 2009), personlig recovery (Slade, 2009) og sosial recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Tradisjonelt sett har man forbundet recovery med å bli frisk, og hjelpen fra tjenesteapparatet tar utgangspunkt i fravær av symptomer hos brukeren (Olsen et al., 2016). Slade (2009) omtaler denne formen for recovery som klinisk recovery. Klinisk recovery kan sees på som en konsekvens av effektive behandlingsmetoder, og legger opp til symptomfrihet og en evne til å mestre dagliglivets oppgaver for den enkelte bruker (Hummelvoll, 2012). Innenfor klinisk recovery må brukerne tilpasse seg behandlingen som tilbys, og man ser ikke brukers tilstand i lys av dens omgivelser (Slade, 2009). Kunnskapsgrunlaget baserer seg på faglig ekspertise, RCT studier og andre systematiske kunnskapsstudier (Slade, 2009).

Slade (2009) presenterer en ny forståelse av recovery, som han kaller *personlig recovery*. Personlig recovery handler om å ta utgangspunkt i personens egne erfaringer med opplevd sykdom, for å videre gi hjelp med utgangspunkt i dette (Slade, 2009). Personlig recovery baserer seg på brukers egne erfaringer og kunnskaper om eget liv (Karlsson & Borg, 2017), og bærer preg av «å være i recovery» i stedet for et fokus på fravær av symptomer (Hummelvoll, 2012). Denne forståelsen har ført med seg ny innsikt for å forstå et liv levd med psykisk uhelse eller rusproblematikk, og brukernes fortellinger om bedring til tross for mangel på symptomfrihet anerkjennes (Slade, 2009). Personlig recovery innebærer også et fokusskifte fra å behandle helseutfordringer, til å fremme erfaringen av velvære og god psykisk helse hos brukeren (Slade, 2009). Brukerne skal selv «gjøre» recovery, men tjenesteutøverne skal behandle, rehabiliter og gjøre saksbehandlingen for å fremme recovery hos brukeren (Anthony, 1993). Personlig recovery fremheves også i ROP retningslinjene med utgangspunkt i et mål om recovery i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012), samt i «Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) med mål om at bruker skal gjenvinne kontroll over eget liv og myndiggjøres i sentrale prosesser som omhandler eget liv. Personlig recovery er også i tråd med WHO (2014) sin definisjon av psykisk helse, som innebærer at psykisk helse er en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha muligheten til å bidra overfor andre og i samfunnet.

I senere tid blir det i økende grad satt søkelys på å se på recovery som en sosial prosess (Borg, et al., 2013). I denne sammenheng forstås recoveryprosesser som aktiviteter som tar utgangspunkt i personens hverdagsliv og lokalmiljøet rundt personen (Borg, et al., 2013). Recovery som en sosial prosess innebærer å forstå recoveryprosesser med utgangspunkt i aktiviteter i personens hverdagsliv og lokalmiljø (Borg, et al., 2013). Sosiale forhold og deltagelse på samfunnsarenaer fremheves i økende grad, og miljøer og relasjoner som hindrer eller bidrar til økt recovery blir mer tydelige i hverdagslivet sett i lys av relasjoner til andre eller annet (Borg, et al., 2013). Sosial recovery fremmer et kontekstuellet perspektiv på recovery, som støttes i studier som belyser behovet for fokus på hverdagslivets betydning for recoveryprosessen (Borg, et al., 2013).

Søkestrategier

Det ble søkt etter litteratur på tre forskjellige måter; først et systematisk litteratursøk med bistand fra bibliotekar, deretter ble det innhentet litteratur ved hjelp av snowball sampling (Malterud, 2017) og til slutt internettsøk i Google Scholar.

For å gjennomføre gode litteratursøk ble de første søkeprosessene benyttet et PICO-skjema for økt struktur i litteratursøket. PICO står for de elementene som ofte er sentrale i en problemstilling (Helsebiblioteket, 2016).

P	Populasjon, pasient, problem: Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?	Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste
I	Intervensjon: Hva er det med denne populasjonen du er interessert i?	Recovery
C	Sammenligning: Ønsker du å sammenligne to typer tiltak?	Ikke aktuell
O	Resultat: Hvilke endepunkter er du interessert i?	Implementering og utfordringer

Jeg har valgt å bruke søkeord som «recovery», «community mental health services», «implementation» og «challenges» når jeg har søkt i diverse databaser. I Academic Search Premier huket jeg av CINAHL og SocINDEX da dette er databasene som er mest aktuelle. Ved å bruke disse tre søkeordene fikk jeg 144 treff. Jeg foretok også et søk i PsykINFO der jeg brukte de samme søkeordene. Her fikk jeg 24 treff. Søkeordene «recovery in mental health», «implementation» og «challenges» gav 38 treff i Academic Search Premier.

Forskningsspørsmål:

Tidligere forskning er presentert i artikkelen og viser at recovery øker i popularitet både nasjonalt og internasjonalt. Parallelt med dette tar utfordringene med implementering mye fokus i forskningen som blir gjort. Som en følge av dette ønsker forsker å gjennomføre empiriske studier i en enhet som har uttrykt å arbeide recoveryorientert for å undersøke hva som er blitt gjort her og hvorfor det fungerer. De ansattes erfaringer vil bidra til kunnskap om hvordan implementeringen har foregått, noe som kan bidra til økt kunnskap om implementering av recovery.

På bakgrunn av tidligere forskning og behovet for en videre forståelse av ulike opplevelser av recovery, er forskningsspørsmålet i denne studien:

Hvordan erfarer ansatte og ledelse i en kommunal helse- og velferdsvirksomhet implementering av recovery som felles faglig plattform?

Teoretisk rammeverk:

Freeman & Sturdys kunnskapsfenomenologi

Freeman & Sturdy (2015) hevder det finnes en kunnskapsfenomenologi som kan brukes som et verktøy når man skal tenke og prate om kunnskap. Kunnskapsfenomenologien søker ikke å presentere hva kunnskap er, men heller hvordan man kan forstå kunnskap (Freeman & Sturdy, 2015). Alle med interesse for kunnskapens rolle i utvikling av policy virker å ha en taus kunnskap om hva kunnskap er (Freeman & Sturdy, 2015), noe som kan føre til utfordringer når det kommer til utvikling og videreføring av kunnskap. Ved å skape et felles språk for observasjon av kunnskap kan man bidra til økt kommunikasjon om kunnskapen i seg selv, samt forflyttingen av kunnskapen (Freeman & Sturdy, 2015).

Freeman & Studys (2015) kunnskapsfenomenologi tar utgangspunkt i de tre formene for kunnskap. *Kroppsliggjort kunnskap* er kunnskap som finnes i mennesket og som uttrykkes av mennesket ved handlingene de utfører (Freeman & Sturdy, 2015). *Kroppsliggjort kunnskap* kan uttrykkes med ord, men denne kunnskapen kan også være så kroppslig erfart at den er vanskelig å forklare og dermed kun gjør seg til uttrykk gjennom handlinger og interaksjon (Smith-Merry & Giliepie, 2016). *Kroppsliggjort kunnskap* blir ofte omtalt som taus kunnskap, da den inkluderer praktisk kunnskap eller kunnskap som sitter i kroppen og uttrykkes i form av bevegelser (Freeman & Sturdy, 2015). Innenfor arbeid med policy inneholder alle felt et utvalg av *kroppsliggjorte kunnskap*, for eksempel erfaringen av fattigdom eller psykiske

utfordringer, ulike former for stigma eller at man kjenner til kulturen i en organisasjon som en følge av et visst sett av sosiale relasjoner (Freeman & Study, 2015). Årsaken til at kunnskap om *kroppsliggjort kunnskap* er viktig, er for å forstå den menneskelige kroppens rolle i distribusjon og bevegelse av kunnskap (Freeman & Sturdy, 2015). Siden *kroppsliggjort kunnskap* finnes i mennesket selv, er denne kunnskapen kun mobil til det punktet en kropp er mobil, og dermed også utsatt for de ulempene dette bringer med seg i form av forglemmelser og misforståelser. På den andre siden er denne kunnskapen også kapabel for hurtig oppdatering og oppgradering, endring og korrigering av ny erfart kunnskap (Freeman & Sturdy, 2015).

Nedskrevet kunnskap er forskjellig fra *kroppsliggjort kunnskap* først og fremst ved at gjenstander som innehar *nedskrevet kunnskap* i mye større grad er stabil (Freeman & Sturdy, 2015). For det andre er *nedskrevet kunnskap* lett reproducerbar og i større grad mobil enn *kroppsliggjort kunnskap*, da denne kunnskapen kan gjøres tilgjengelig for mange forskjellige individer på forskjellig tid og sted samtidig (Freeman & Sturdy, 2015). I tillegg til å være nedskrevet i dokumenter, kan *nedskrevet kunnskap* også bli presentert i mindre formelle dokumenter som eposter eller ulike verktøy som bygger på kunnskapen det tas utgangspunkt i (Smith-Merry & Gillepie, 2016). Kombinasjonen av stabiliteten, reproducerbarheten og den raske forflytningsevnen til nedskrevet kunnskap, er den viktig i koordineringen av menneskets handlinger i en større skala: som for eksempel handlingsplaner (Freeman & Sturdy, 2015).

I handling blir *kroppsliggjort kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* sammenvevd til en tredje fase: *utøvd kunnskap*. *Utøvd kunnskap* innebærer ofte mer enn summen av *kroppsliggjort kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* alene, da utøvelsen av disse to genererer ny kunnskap utover den kunnskapen som tidligere har vært *kroppsliggjort* eller *nedskrevet* (Freeman & Sturdy, 2015). Kunnskap kan ikke separeres fra handling, og *utøvd kunnskap* er *kroppsliggjort kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* utøvd (Freeman & Sturdy, 2015). *Kroppsliggjort kunnskap* kan læres bort i dialog, men når den blir *kroppsliggjort* blir den ikke-diskursiv og eksisterer på et intellektuelt nivå (Smith-Merry & Gillepie, 2016). Kunnskap kan forbli latent ved fravær av handling, og det er utøvelse av den *kroppsliggjorte kunnskapen* i kombinasjon med nedskrevet kunnskap som gjør en handling meningsfull og sentral (Freeman & Sturdy, 2015). Handlinger med fravær av kunnskap kan derfor knapt anerkjennes som handling, da handling må være informert om den skal gi mening (Freeman & Sturdy, 2015). Dette betyr at for at kunnskap skal være observerbar og kunne overføres til andre, må den bli utøvd kunnskap (Smith-Merry & Gillepie, 2016).

Begrepene kroppsliggjort, nedskrevet og utøvd kunnskap er oversatt fra originalteksten der de samme begrepene blir kalt embodied-, inscribed-, og enacted knowledge. Det finnes ingen valid oversettelse til norsk, men jeg har hentet inspirasjon til oversettelsen via et bokkapittel av Feiring (2019) i boken Samproduksjon i forskning (Lid, Askheim & Østensjø, 2019)

Røviks translasjonsteori

Røvik (2007) beskriver hvordan organisasjonsideer i nyere tid overføres mellom ulike organisasjoner, hvor ideer skal ut av en organisasjon og inn i en annen. Han forsøker samtidig å bygge opp en ny teori som en motreaksjon på de allerede eksisterende teoriene om hvordan ideer og trender overføres i dagens organisasjoner.

Når man oversetter en ide må man ta høyde for at det også skal fungere når den settes inn i en ny kontekst, på samme måte som når en tekst oversettes fra et språk til et annet (Røvik, 2007). De fleste organisasjoner som tar sikte på å implementere en ide, ønsker også at denne skal tas i bruk i organisasjonen. Ideene må derfor tilpasses og utformes slik at de fungerer i allerede fungerende praksis. Dette er noe som i varierende grad oppfylles (Røvik, 2017).

Røvik (2007) presenterer translasjonsteorien som et alternativ til eksisterende organisasjonsteorier. Translasjonsteorien handler om hva de forskjellige organisasjonene kan gjøre med ideer, og teorien kan brukes som en analytisk tilnærming for å i større grad forstå kunnskapsoverføring mellom ulike organisasjoner (Røvik, 2007). Denne teorien er en «mer helhetlig pragmatisk teori om kunnskapsoverføring, da den både omfatter dekontekstualisering og kontekstualisering» (Røvik, 2007, s.56).

For å forstå hvordan ideer overføres og tas inn i andre kontekster kan ulike teorier bidra til å forklare de komplekse forholdene som finner sted i en slik overføring. Disse er blant annet dekontekstualisering, kontekstualisering, samt teori om translatørkompetanse og måter oversettelsesprosesser forløper på (Røvik, 2017). Dekontekstualisering innebærer at «noe» blir forsøkt tatt ut av en bestemt sammenheng, og kontekstualisering betyr at «noe» blir forsøkt satt inn i en bestemt sammenheng (Røvik, 2017). Røvik skiller mellom disse to da de i praksis er to ulike prosesser som som oftest blir gjennomført av ulike aktører på forskjellig tid og sted.

Røvik (2007) vektlegger også behovet for translatørkompetanse, som en kritisk suksessfaktor. Det er et økende behov for god translatørkompetanse i forbindelse med overføring av

organisasjonsideer (Røvik, 2007). Han har videre forsøkt å beskrive den gode translatøren ved hjelp av fire dyder for den dugende ideoversetteren (Røvik, 2007). Disse dydene er (1) den kunnskapsrike og flekkontekstuelle oversetteren, (2) den modige og kreative oversetteren, (3) den tålmodige oversetteren og (4) den sterke oversetteren.

I denne studien har jeg valgt å bruke to teorier som jeg mener utfyller hverandre på en god måte, og som samtidig bidrar til å belyse problemstillingen min på en best mulig måte. Jeg mener Freeman & Study (2015) sin fenomenologi om kunnskap supplerer Røvik (2007) sin translasjonsteori ved å vise til ulike nyanser av kunnskapsformer. Røvik (2007) sin translasjonsteori tar ikke høyde for kunnskapens ulike faser, og ved å supplere translasjonsteorien med Freeman & Sturdy (2015) sin kunnskapsfenomenologi kan translasjoner av kunnskap og organisasjonsideer forstås med ytterligere en nyanse.

Da studies hensikt er å få ny kunnskap om de ansattes erfaringer med implementering av recovery, kan en ved å benytte disse to teoriene forstå implementeringsarbeid på en bredere måte dersom man legger til grunn Freeman & Sturdy (2015) sin presentasjon av kunnskapens tre faser. Det er manglende suksessfulle implementeringsprosesser i arbeid med recovery (Williams, et al., 2016), og en kombinasjon av disse teoriene kan bidra til å belyse hvorfor en ikke lykkes i dette arbeidet.

Metode:

I kappens metodekapittel vil jeg gi en nærmere beskrivelse av bakgrunnen for valgene som er tatt underveis i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Jeg vil diskutere utfordringer som dukket opp underveis i arbeidet med utarbeiding av spørreskjema og intervjuguide, rekruttering av informanter, innhenting av data og analyse. Avslutningsvis vil jeg diskutere studiens troverdighet i lys av dette.

Design

I denne casestudien (Yin, 2018) er det benyttet en konvergent mixed methods design (Creswell, 2015) med sikte på å belyse forskningsspørsmålet mitt på en bedre måte enn om jeg hadde valgt en kvalitativ eller kvantitativ metode alene (Malterud, 2017). Ved å gjennomføre en enkelt case studie, fikk jeg god innsikt i fenomenet jeg ønsket å studere, samt

økt muligheten for en mer virkelighetsnær beskrivelse (Jacobsen, 2015). Studiens problemstilling tar sikte på å få tak på de ansattes erfaringer med implementering av recovery. Denne problemstillingen fordrer et bredt utvalg, som i denne studien fortrinnsvis burde bestå av alle ansatte. Kvantitativ spørreundersøkelse kan bidra til svar på spørsmål om forklaringer (Ringdal, 2008), og bidra til en beskrivelse av virkeligheten jeg ønsker å undersøke (Ringdal, 2018). Da jeg også ønsket å utforske «*fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler*» (Malterud, 2012, s.22) bidro valg av fokusgruppeintervju ved kvalitativ datainnsamling til at jeg i studien fikk kvalitative resultater basert på diskusjoner som oppstod som en følge av felles erfaringer i en gruppe (Malterud, 2012).

I et konvergent mixed methods design innebærer prosessen å samle inn kvalitativ og kvantitativ uavhengig av hverandre, men hensikt å få tak i forskjellige men komplementære data for å svare på et forskningsspørsmål (Halcomb & Hickman, 2015).

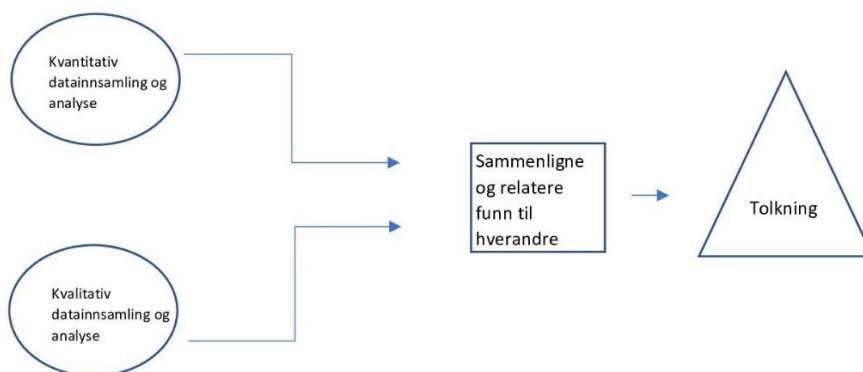


Fig. 1 Mixed method design (Demir & Pismek, 2019, s.124)

Utvalg:

Fremgangsmåte for innhenting av informanter og respondenter

Populasjonen i min studie er alle ansatte i enheten jeg ønsket å undersøke, da en populasjon er «alle av noe» eller de vi ønsker å si noe om (Thrane, 2018; Jacobsen, 2015). Utvalget for den kvantitative undersøkelsen og den kvalitative undersøkelsen hentes fra samme populasjon da

studien tar utgangspunkt i et case (Creswell, 2015). Studiens inklusjonskriterier (Jacobsen, 2015) var at en måtte være ansatt i caset studien tok sikte på å studere. I den kvantitative undersøkelsen ønsket man å studere både lederne og de ansatte, og alle fikk dermed tilbud om å delta. I de kvalitative fokusgruppeintervjuene var lederstilling et eksklusjonskriterie (Jacobsen, 2015), da det i denne delen av studien kun var ønskelig med erfaringene til de som ikke arbeidet direkte med implementering av recovery.

I arbeid med innhenting av respondenter til spørreundersøkelsen fikk jeg tilgang til populasjonslister (Jacobsen, 2015), og det ble dermed ikke nødvendig å foreta et utvalg (Dalland, 2012). Populasjonslistene ble tilgjengelige via virksomhetsleder ved at jeg som forsker fikk tilgang til en epostadresse som inkluderte alle ansatte i enheten. Jeg fikk dermed mulighet til å kontakte alle ansatte direkte, uten tilgang til epostadressene direkte. De ansatte kunne selv velge å delta i undersøkelsen. Ved å lese mailen som inneholdt informasjonsskrivet, samt trykke inn på linken til spørreskjema og samtykke til deltagelse ble de som ønsket å delta inkludert i studien. Som en følge av at ikke alle svarte på spørreundersøkelsen, kan utvalget forklares som et bekvemmelighetsutvalg (Jacobsen, 2015).

Ved rekruttering av informanter til fokusgruppeintervjuene ble det sendt ut forespørsel til de ansatte via virksomhetsleder og avdelingsledere. I en kvalitativ studie vil en vanligvis foreta et utvalg med best mulig potensiale for å belyse problemstillingen (Malterud, 2012). Det ble forespeilet til virksomhetsleder at det var ønskelig med en representant for hver avdeling innad i enheten. Virksomhetsleder delegerte derfor ansvaret vider til hver enkelt avdelingsleder, som skulle plukke ut en ansatt fra sin avdeling. Dette viste seg å bli problematisk da ganske få viste interesse for å være med, noe som resulterte i færre informanter enn ønskelig. Utvalget kan defineres som et bekvemmelighetsutvalg (Malterud, 2012).

Innsamling av data

Følgende vil jeg presentere fremgangsmåten for innsamling av kvalitative og kvantitative data hver for seg. Dette var to separate prosesser der det måtte tas ulike hensyn med bakgrunn i innsamlingsmetode. Jeg vil også presentere og begrunne prosessen med utforming av spørreskjema, samt utforming av intervjuguide for at bedre forståelse for valgene som er tatt og utfallene dette kan ha medført.

Innsamling av kvantitative data:

Det ble benyttet en spørreundersøkelse med spørreskjema for selvutfylling da jeg ønsket å hente informasjon og bakgrunn, meninger og holdninger hos en stor gruppe (Neuman, 2014).

Jeg valgte et webbasert spørreskjema til fordel for spørreskjema i papirform av arbeidsbesparende- og personvernmessige hensyn (Jacobsen, 2015). Et annet hensyn var at denne formen for spørreskjema gav mulighet for en utforming med høy grad av kompleksitet ved at respondentene ble ledet inn på ulike spor ved hjelp av filterspørsmål underveis i spørreundersøkelsen (Jacobsen, 2015). Dette var en fordel som en følge av at jeg ønsket å se på forskjellene mellom ledere og ansatte, da ansatte i de respektive gruppene kun svarte på spørsmål som var aktuelle for dem. Slike filterspørsmål førte også til at respondentene ikke brukte unødvendig mye tid for å navigere seg riktig gjennom spørreundersøkelsen.

Utforming av spørreskjema

I forkant av utforming av spørreundersøkelsen ble det gjennomført uformelle intervju med virksomhetsleder og en ansatt. Dette gav meg et utgangspunkt for utforming av spørsmål, og bidrog samtidig til et mer nyansert spørreskjema i form av bredere innsikt og forkunnskap (Dragset & Ellingsen, 2009; Neuman, 2014). I tillegg til dette ble egen forforståelse med utgangspunkt i arbeidserfaring fra en lignende enhet brukt når spørsmålene ble utformet, samt andre studier og tidligere forskning. Eksempelvis på spørsmål om opplevde dilemma ble det brukt både teori, samt forskning på dilemma opplevd av ansatte som arbeider recoveryorientert (Brekke, et al., 2018).

I utformingen av spørsmål til spørreundersøkelsen ble det tatt særlig hensyn til å unngå misforståelser, samt å ha respondentens perspektiv i bakhodet for å unngå spørsmål som kunne lede til forvirring (Neuman, 2014). Jeg tok utgangspunkt i Neumans (2014) presentasjon av typiske fallgruver ved utformingen av spørsmålene.

I spørreskjema benyttet i denne studien er det i hovedsak benyttet lukkede spørsmål. Fordelen med dette valget er at det er lettere for respondenten å svare, men på den andre siden kan det føre til at respondenten ikke får svare det han eller hun egentlig ønsker å svare. Dette kan føre til både frustrasjon hos respondenten, samt være en feilkilde i resultatene (Neuman, 2014). Lukkede spørsmål kan også bidra til en oppklaring dersom respondenten er usikker på meningen med spørsmålet, men kan samtidig gi respondenten ideer om svaralternativer han eller hun ellers ikke ville kommet på selv og respondenter som ikke har kunnskap om emnet kan svare «i blinde» (Neuman, 2014).

Bruk av svaralternativer tvinger respondenten til å ha en mening om noe de potensielt ikke har mye kunnskap om eller interesse for, noe som er en annen mulig feilkilde (Jacobsen, 2015). Et slikt problem kan eventuelt løses ved å legge til mulighet for å svare «vet ikke» eller

«verken- eller». Et tredje problem kan være at respondenten svarer i «hytt og vær» som en følge av manglete interesse for studien, og at personen ikke tar spørreundersøkelsen alvorlig. Dette kan også bidra til vilkårlig avgiving av svar, og kan være avhengig av kunnskapsnivå hos respondenten, men også hvordan spørsmålene stilles (Jacobsen, 2015).

Innhenting av kvalitative data

Fokusgrupper viser seg å fungere best når det er ønskelig med individers samlede erfaring med et spesielt forhold (Jacobsen, 2015), som erfaringer med recovery i en enhet. Det ble planlagt å starte opp med to fokusgrupper, der det var ønskelig med 4-6 deltagere i hver gruppe. Sammen med veileder ble vi enig om å ta en vurdering etter to gjennomførte fokusgruppeintervjuer for å vurdere om det var behov for et ytterligere fokusgruppeintervju. Formålet med fokusgruppeintervjuene var ikke å sammenligne de innad, men oppnå nok informasjon til å kunne se resultatene fra de kvantitative og kvalitative analysene sammen. Det ble vurdert at de to planlagte fokusgruppene gav nok informasjon om problemstillingen (Malterud, 2012). Malterud (2012) anbefaler å tilstrebe grupper med fem til åtte deltagere, samt at man har en såpass fleksibel rekrutteringsstrategi at man kan fylle opp til nødvendig antall på kort varsel dersom det er fravær. I denne studien var det avdelingsledere som hadde fått ansvaret, via virksomhetsleder, å skaffe nok informanter. Jeg som forsker ble forespeilet minst fire deltagere i hver gruppe, men endte opp med henholdsvis tre og seks deltagere.

Informantene møtte opp litt før intervjuet skulle starte, noe som gav meg muligheten til å skape en trygg setting ved hjelp av useriøs prat i forkant (Malterud, 2017). Før oppstart av fokusgruppeintervjuene ble informantene bedt om å lese gjennom informasjonsskrivet og signere for samtykke. Informantene fikk mulighet til å stille eventuelt oppklarende spørsmål. Når dette var gjort ble båndopptakeren startet, med samtykke fra alle informantene, og begge intervjuene ble tatt opp på bånd. Fokusgruppeintervjuene startet med en kort presentasjonsrunde. Videre presenterte moderator tema for samtalen sammen med informasjon og tidligere forskning om tema, samt tidsbruk. Etter endt fokusgruppeintervju ble lyddatafilene lagret på sikkert område på UiS sin server, og slettet fra båndopptakeren.

Fokusgruppen ble ledet av en forsker som moderator, i samarbeid med en veileder som hadde rollen som sekretær (Malterud, 2012). Moderator styrte diskusjonen i fokusgruppene, i tillegg til å disponere tiden. Sekretæren noterte om det var noe som burde nedtegnes som ikke ble fanget opp på båndopptakeren, samt stilte spørsmål til oppklaring. Som en følge av moderators uerfarenhet var det en trygghet i å ha med veileder som kunne følge opp der det var nødvendig. Temaguiden ble brukt i varierende grad i de to fokusgruppeintervjuene, men

de viktigste hovedpunktene ble diskutert. Samhandlingen mellom deltagerne i fokusgruppen ble vurdert som god, da alle viste stor interesse for tema. Det var tidvis utfordrende for moderator å holde fokus på tema (Malterud, 2012), da informantene ble engasjerte, hadde mye på hjertet og tidvis snakket i munnen på hverandre.

Begge fokusgruppene ble kjapt evaluert etter gjennomføring i tråd med Malteruds (2012) anbefalinger. Vi diskutere styrker og svakheter ved intervjuet som hadde blitt gjennomført, samt våre umiddelbare inntrykk av innholdet.

Utforming av temaguide

Jeg valgte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode fordi jeg ønsket å møte deltagerne med et åpent sinn. Det var viktig å la assisiasjonsrekkene som kan oppstå som en følge av dynamikken i fokusgruppeintervjuene bidra til fortellinger jeg ikke hadde tenkt på på forhånd (Malterud, 2012). Det ble laget en temaguide med tema jeg ønsket at informantene skulle bevege seg innenfor. Det var viktig at jeg ble låst til temaguiden, men heller forberede meg ved å lese teori og skape meg et godt kunnskapsgrunnlag før intervjuet (Malterud, 2012). Samtidig bidro en temaguide til at jeg kunne disponere tiden ved at jeg ikke satt igjen med mange ubelyste tema når intervjutiden gikk mot slutten (Malterud, 2012). Det var ønskelig med bakgrunnsinformasjon om alle informantene, og det ble derfor stilt et par grunnleggende spørsmål som alle svarte på. Videre la jeg frem tema ved å si: «Kan dere diskutere ...». Dette fordi jeg ønsket at informantene skulle diskutere seg imellom. Spørsmålene handlet i hovedsak om hvordan de ansatte erfarte å bli introdusert til recovery, opplæring, recovery i praksis samt utfordringer. På bakgrunn av allerede bestemte tema ble det mulighet for å stille spontane oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Denne oppbyggingen førte også til at informantene stilte nyttige spørsmål til hverandre underveis.

Analyse

I dette avsnittet presenteres hvilke analyser (både kvantitative og kvalitative) som er gjennomført, samt begrunnelse for hvorfor det var disse analyseformene som ble valgt.

Kvantitativ analyse:

Data ble behandlet i dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for analyse. Det ble beregnet frekvenstabeller av nominale og ordinale data, og det ble ikke gjennomført noen form for inferensiell statistikk, siden målet var å beskrive utvalget.

For å gjennomføre gruppesammenligninger av ordinal- og intervalldata ble den ikke-parametriske Mann-Whitney U testen gjennomført for å fremstille ulikhetene (Bjørndal & Hofoss, 2004).

For å møte effektstørrelse på disse sammenligningene ble effektstørrelsen målt med en Cohen's D test (Cohen, 1992).

Innholdsanalyse:

Lydfilene ble transkribert i et Microsoft Word 365 dokument. Lydfilen ble spilt av via multimedieavspiller på PCen som tillatte å justere ned hastigheten på lydfilen.

Transkriberingsarbeidet bidro til en god oversikt over data (Malterud, 2017), noe som var en fordel videre i analysearbeidet. Som en følge av at jeg gjennomførte både intervjuene og transkriberingen ble informantene anonymisert og «navngitt» ved hjelp av tall ut ifra hvor i rekken de satt i fokusgruppeintervjuet. Det var ikke behov for kodenøkkel da vi ikke skulle identifisere informantene.

Fokusgruppeintervjuene ble analysert i tråd med Graneheim & Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Denne analyseformen tar utgangspunkt i at virkeligheten kan fortolkes på forskjellige måter, og forståelsen er avhengig av den subjektive fortolkningen (Graneheim & Lundman, 2004). Lydfilene ble først lyttet gjennom to ganger (Graneheim & Lundman, 2004). Første gang lyttet jeg uten å ta notater for å skape en overordnet forståelse. I andre gjennomlytting ble det tatt notater. Det ene intervjuet ble transkribert i fulltekst, mens det andre intervjuet ble på grunn av tidshensyn delvis transkribert ved å skrive ned meningsbærende enheter. Anonymiserte transkriberte intervju ble lagret sikkert på UiS sitt område. Transkribert tekst kan inneholde flere betydninger, og det vil alltid være en grad av fortolkning når man arbeider med en slik tekst. Dette må sees i lys av forskers forforståelse som blir beskrevet senere i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Videre ble teksten delt inn i meningsbærende enheter, for at innholdet så ble abstrahert og videre kondensert til koder (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene ble videre sammenlignet basert på likheter og forskjeller, og videre kategorisert inn i kategorier som erklærte det manifeste innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). De foreløpige kategoriene ble diskutert med veileder, revidert og resulterte i tre overordnede tema.

Når dataene skulle mixes ble funnene fra kvalitativ og kvantitativ datainnsamling integrert (Halcomb & Hickman, 2015). Integrering skjer når de ulike datasettene blir samlet samtidig,

men analysert separat. Integreringen av de to analysene skjer i løpet av tolkningsfasen (Halcomb & Hickman, 2015).

Forskningsmessig kvalitet

I et kvalitetsmessig perspektiv er minimalisering av kilder til feil en av forskerens viktigste oppgaver (Ringdal, 2018). Som forsker måtte jeg være klar over at gjennomføringen av undersøkelsen kan være årsaken til resultatene man sitter igjen med i studien (Jacobsen, 2015). I denne studien bør det tas høyde for at utformingen av spørreskjema kan være en mulig feilkilde. Et spørreskjema som er vurdert til lav reliabilitet, kan ikke være valid som en følge av at det studerer andre faktorer enn det studien tar sikte på å undersøke (Dragset & Ellingsen, 2009). Reliabiliteten blir påvirket av tilfeldige målefeil, som for eksempel egenskaper ved respondentene, men systematiske målefeil går utover validiteten til dataene (Ringdal, 2018). Et validert spørreskjema bidrar til økt kvalitet på studien (Dragset og Ellingsen, 2009), men som en følge av at det ikke fantes validerte spørreskjema på området måtte det lages et egendesignet skjema i denne studien.

I arbeidet med spørsmål til spørreundersøkelsen tok jeg utgangspunkt i retningslinjer for utarbeiding av spørreskjema (Neuman, 2014), men kan likevel ikke være sikker på at det ikke har oppstått feil mellom svaret på spørsmålet til verdiene på variablene eller fra statistiske størrelser til gjennomsnittet i populasjonen (Ringdal, 2008). Et kjent problem i spørreundersøkelser er en svak følelse av forpliktelse, som kan føre til stor forskjell på hva en respondent svarer kontra hva respondenten mener (Jacobsen, 2015). Tilfeldige målefeil vil alltid kunne være til stede, men systematiske målefeil kan bidra til redusert validitet, og dermed føre til at studiens evne til generalisering svekkes (Dragset & Ellingsen, 2009). En systematisk feil i mitt spørreskjema kan være at de som ikke har interesse for tema har latt være å svare, noe som vil påvirke den statistiske slutningen i gjennomsnittet i utvalget til gjennomsnittet i populasjonen (Ringdal, 2008). Denne problemstillingen ble fremhevet av informantene i fokusgruppeintervjuene, der informantene uttrykte at kollegaer som ikke interesserer seg for tema valgte å ikke svare på undersøkelsen. Det kan også stilles kritiske spørsmål til at det ble sendt ut forespørsel via virksomhetsleder når det skulle hentes inn informanter til fokusgruppeintervjuene. Dette kan ha ført til at de ansatte har vært engstelige for i hvilken grad virksomhetsleder vil ha mulighet til å overvåke svarene.

Alle spørsmålene som omhandler gyldighet leder til kravet om konsistens i studien (Malterud, 2017). Dette innebærer en synlig rød tråd som skal være en forbindelseslinje mellom studiens problemstilling og resten av studien. Studiens teoretiske perspektiv bidrar til økt validitet ved

at begrepene som blir brukt for å diskutere funnene er godt egnet for å forstå det fenomenet jeg ønsket å tilegne meg kunnskap om (Malterud, 2017). I denne forbindelse er begrepet *relevans* sentralt da man må stille spørsmål ved om man har brukt relevante kartleggingsmetoder for å studere det fenomenet vi ønsket å studere (Malterud, 2017). Metoden, med bruk av både spørreskjema og fokusgruppeintervju bidro til en bred forståelse av problemstillingen. Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene med utgangspunkt i temaguiden bidro til at informantene gav svar som var relevante for studien, og dermed bidro til intern validitet (Malterud, 2017). Informantene hadde mange erfaringer knyttet til det vi ønsket å studere, og bidro dermed til en styrking av validiteten ved at de svarte på det vi ønsket å vite noe om (Malterud, 2017). Vi var to som gjennomførte intervjuene, noe som kan ha bidratt til at eventuelle «glipper» hos moderator ble fanget opp hos sekretæren i intervjuprosessen. Analysestrategien kan også gi rom for å vurdere validitet ved å stille spørsmål ved de forskjellige alternative tolkningene det lå til rette for (Malterud, 2017). Til tross for at det er flere mulige gyldige tolkninger, aksepteres det innenfor kvalitativ forskning at jeg som forsker kan feste meg med en annen nyanse enn en annen forsker ville gjort ved gjennomgang av samme materialet, da ulike standpunkt kan bidra til å belyse problemstillingen fra ulike hold (Malterud, 2017).

Utgangspunktet for å vurdere punktene nevnt ovenfor er at det er valgt best mulig metode for problemstillingen, og at problemstilling har bestemt metode, og ikke omvendt (Malterud, 2017). I min studie var valget om en mixed methods studie mest hensiktsmessig da vi ønsket både en oversikt over caset, samt mer inngående kunnskap om hvordan de ansatte erfarte implementeringen av recovery. Mixed methods forskning utnytter styrkene i både kvalitativ og kvantitativ forskning ved å kombinere datainnsamling, og kompenserer for deres begrensninger, for å gi en bedre forståelse av tema man ønsker å undersøke (Halcomb & Hickman, 2015).

Til tross for at studien er en casestudie, og dermed ikke direkte generaliserbar, kan resultatenes eksterne validitet sees på som god da det vurderes at de vil ha nytteverdi for andre enheter innenfor kommunalt rus- og psykisk helsearbeid som ønsker å implementere recovery. Studien bringer kunnskap om kunnskapens rolle i implementeringsprosessen, samt hvordan denne kan bidra til økt grad av kunnskapsoverføring. Den eksterne validiteten er svak dersom vi kun forholder oss til den konteksten utvalget er hentet fra, uten å ta betraktning for kunnskapens overførbarhet (Malterud, 2017).

Forforståelse

Som regel påvirkes både datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon av forskerens egen person (Malterud, 2017). En av primærforskjellene mellom kvalitativ og kvantitativ forskning er at kvalitativ forskning i mye større grad avhenger av relasjonen mellom forsker og informantene i intervjuene enn relasjonen mellom forsker og respondentene i en spørreundersøkelse (McCracken, 1988). Med ulik forforståelse bidrar man til mangfold innen forskningen som en følge av flere gyldige versjoner av kunnskapen (Malterud, 2017). Det må tas forbehold om at min bakgrunn som miljøterapeut i en lignende enhet har, noe som bidrar til å påvirke både spørsmålene og forståelsen av svarene som blir gitt. Denne forforståelsen kan også bidra til at spørsmålene blir vinklet annerledes underveis i fokusgruppeintervjuet enn om forsker ikke hadde personlig erfaring fra feltet.

Dalland (2012) påpeker at redegjørelse for forskers forforståelse er viktig i enhver undersøkelse da den kan påvirke studiens resultat dersom forsker ikke har reflektert over hvilket ståsted en har som forsker. Det antas at jeg har hatt fokus på andre områder i forskningen, enn en med en annen bakgrunn ville hatt. Jeg gikk inn i studien med et ønske om å forstå hvordan de har fått det til i caseenheten, samtidig som jeg var kritisk da mye av det de gjør også sammenfaller med andre enheter som ikke arbeider recoveryorientert.

I fokusgruppeintervjuene måtte jeg ta hensyn til hvordan jeg presenterte meg selv, og måtte finne en balanse mellom en formell og en mindre formell fremtoning (McCracken, 1988). Dette fordi informantene skulle oppleve meg som seriøs, samtidig som en person som forstod hvordan det var i stå i problemstillingene de selv stod i hver dag. En viss grad av formalitet bidro til at informantene fikk tillit til meg som forsker, samtidig som min mindre formelle fremtoning kan bidra til at min personlige kjennskap til brukergruppen gjør at informantene opplever en større grad av tilhørighet til meg som forsker og fagperson (McCracken, 1988).

Forskningsetikk

All samfunnsvitenskapelig undersøkelse har konsekvenser for dem som blir undersøkt, også for samfunnet (McCracken, 1988), og må derfor underlegges etiske prinsipper (Jacobsen, 2015). Studien er gjennomført med utgangspunkt *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (Den nasjonale forskningskomité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH], 2016).

Informantene i både kvalitativ og kvantitativ datainnsamling fikk tilstrekkelig med informasjon skriftlig i forkant av datainnsamlingen.. I kvantitativ datainnsamling ble

respondentene bedt om å ta kontakt med forsker eller prosjektansvarlig om de var uklarheter eller spørsmål. Respondentene måtte huke av for at de samtykket til å delta i studien før de fikk tilgang til spørreskjema. I fokusgruppeintervjuene fikk informantene først utlevert skriftlig informasjon til gjennomlesning. I etterkant var det rom for å stille avklarende spørsmål. Det ble vektlagt at deltagerne til enhver tid kunne trekke seg fra prosjektet uten at det hadde konsekvenser for dem (NESH, 2016).

Det ble i stor grad lagt vekt på at samtykket skulle være

Fritt: avgitt uten ytre press eller begrensinger,

Informert: basert på tilstrekkelig informasjon fra forsker om hva samtykket innebærer

Uttrykkelig: Deltagerne har gitt klart og tydelig uttrykk for at de er innforstått med hva det innebærer å delta.

(NESH, 2016).

Love og juridiske retningslinjer

Før forskningsprosessen tok i gang, ble det søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning. Det ble i første omgang søkt på en kvantitativ undersøkelse, som etter lav svarprosent ble utvidet til en mixed method inkludert fokusgruppeintervjuer, og det ble dermed sendt endringsmelding til NSD (ref. 371481).

Etiske overveielser

Et etisk element i prosessen er arbeidstakers lojalitetsplikt overfor arbeidsgiver som går ut på at arbeidstaker lojalt skal slutte opp om og fremme arbeidsgivers legetimeinteresser, samt avstå fra tilsidesettelse eller undergraving av disse interessene til fordel for egne eller andres interesser (Jervell, 2018). Det bør tas hensyn til i hvilken grad informantene følte på en illojalitet overfor arbeidsgiver i intervjusammenheng.

Samtidig kan det stilles spørsmål ved om utvelgelsesprosessen via arbeidsgiver har ført til at de ansatte har følt seg pliktet til å stille.

Til tross for ulempene som kan medfølge for informantene, poengter McCracken (1988) at ulempene ofte kan veies opp ved at informantene kan bidra til å belyse et tema fra et nytt synspunkt, bidra til en intellektuelt utfordrende prosess for selvhevdelse eller får en arena for refleksjon over egne tanker og følelser. I denne studien trakk informantene frem i etterkant at de hadde hatt en positiv opplevelse som hadde bidratt til refleksjon og kunnskapsutvikling.

Funn:

Ledelsen i enheten oppgir høyere grad av kjennskap til recovery, samt høyere grad av enighet i verdigrunnlaget til recoverytilnærmingen. Til tross for at både ledere og ansatte er positive, trekker de ansatte i fokusgruppene frem at recovery er noe som skjer i ledelsen, og at det er lite fokus på recovery i arbeidshverdagen. I fokusgruppene fremhever de ansatte at recovery er noe som er bestemt fra ledelsen, og at de erfarer at det er noe som skjer over hodet på dem. De ansatte er ikke negative til recoverybegrepet, men fremhever at det er utfordrende i praksis. De sier også at det er vanskelig å være kritisk, da de ikke ønsker å bli fremstilt som bakstreversk.

Diskusjon

Funnene i studien trekker frem at både ledere og ansatte er positive til recovery som kunnskapsgrunnlag, men når det kommer til recovery i praksis blir det utfordrende. I artikkelens diskusjon stilles det spørsmål ved om dette er fordi det er gitt manglende opplæring i recovery, eller om det handler om at recovery rett og slett ikke kan implementeres som en organisasjonsidé. Videre kan det dermed utforskes i hvilken grad recovery som i utgangspunktet er et «begrep» utviklet av brukerne selv som et opprør mot psykiatrien, kan videreutvikles til en organisasjonsidé som skal implementeres i rus- og psykisk helsetjenester verden over.

Brukernes kritikk til recovery i tjenestene:

Recoverytilnærmingen til psykisk helse- og rusarbeidet har de siste årene økt i popularitet, samtidig som det fortsatt er mangel på enighet om anvendbarheten. Recovery blir til stadighet kritisert for å pålegge tjenestene et konsept, som i utgangspunktet var et brukerkonsept, for mye fag og teori (Stuart, Tansey & Quayle, 2016), og at der dermed blir «stjålet» fra brukerne for å brukes til tjenestenes fordel. Når myndighetene oppfordrer til at tjenestene skal ta over recoverybegrepet, kan dette føre til at man fratrukker brukerne makt i stedet for å gi makten til brukerne (Smith-Merry & Sturdy, 2013). Samtidig er brukerbevegelsene bekymret for at implementering av recovery i praksis tjener andre mål og interesser enn de som opprinnelig var intendert av brukerbevegelsene (Smith-Merry & Sturdy, 2013).

Utgangspunktet for recovery stammer fortellingene til personer med psykisk sykdom, og utviklet seg til å bli en aktivistbevegelse (Slade, 2009). Recoveryaktivistene i USA poengterte at recovery ikke er noe fagpersoner iverksetter, men at det er alt det som personen gjør for seg

selv, og sammen med andre (Karlsson & Borg, 2017; Anthony, 1993). Når det vektlegges at recovery er noe personen selv skal gjøre, men sammen med andre, kan man stille spørsmålstegn ved i hvilken grad tjenester og tjenesteutøvere kan arbeide recoveryorientert dersom bruker ikke i utgangspunktet er med på prosessen. Karlsson og Borg (2017) trekker frem at recovery ikke kan implementeres, men at det må utvikles ved hjelp av samarbeid og samhandling, noe som viser igjen i tidligere forskning, samt reflekteres i funnene i studien min. Da recovery startet som en aktivisme og et opprør mot undertrykkelse av personer som erfarte psykisk helse og rusvansker, handlet det om kampen mot urett (Karlsson & Borg, 2017). Som en følge av dette er det problematisk at recovery i økende grad blir manualisert, instrumentalisert og «mainstreamet» til å passe inn i det eksisterende helsebyråkratiet (Karlsson & Borg, 2017).

Kan recovery fungere som en organisasjonsidé?

Brukernes kritikk kan sees i sammenheng med praksisens oversettbarhet, også kalt dekontekstualisering (Røvik, 2007). Når det gjelder oversettbarhet innenfor dekontekstualisering prater man om muligheter og begrensninger som er knyttet til transformeringen av en praksis til en idemessig representasjon uten at de vesentlige elementene ved praksisen skal bli utelatt (Røvik, 2007). Man kan forstå recoveryimplementering som et forsøk på å overføre ønsket praksis, samtidig som det er et forsøk på å kopiere det som i utgangspunktet var utviklet av brukerne som et opprør mot tjenestene (Røvik, 2007).

Til tross for translatørkompetanses kritiske rolle, trekkes også praksisens oversettbarhet frem som en kritisk kilde til potensiell fiasko (Røvik, 2007). Jo mer kompleks, innvend og eksplisitt en praksis er i utgangspunktet (recovery som en brukerbevegelse), desto lettere er det å gjøre feil når praksisen på et senere punkt skal oversettes til en idemessig representasjon (Røvik, 2007), som recoveryorienterte rus- og psykisk helsetjenester.

I dette tilfellet gjelder dette aktivistenes opprør mot et for snevert syn i arbeidet med psykisk helse (Karlsson & Borg, 2017). Dette må ligge til grunn for alt arbeid med implementering av recovery. Ifølge Røvik (2007) foregår det mye dekontekstualisering uten at de involverte aktørene oppfatter at praksisen som søkes implementert er hentet ut av noen bestemte kontekster (Røvik, 2007). Om rus- og psykisk helsetjenester søker å implementere recovery uten å ta hensyn til ideens opprinnelse, kan utgangspunktet for den praksisen som det tas sikte på å implementere forsvinne i oversettelsesarbeidet.

Med utgangspunkt i funnene fra studien som fremhever at recovery er utfordrende å implementere og utøve i praksis, kan man belyse utfordringene i lys av translasjonsteorien som beskriver hvordan en praksis blir overført og oversatt til en idé ved hjelp av dekontekstualisering. Når en praksis dekontekstualiseres, søkes praksisen ut av sammenhengen den allerede eksisterer i, og omformet med mål om å bli overført til andre organisasjoner (Røvik, 2007). I dette tilfellet er den praksisen aktivistenes opprør mot en utilfredsstillende psykiatri.

En problemstilling som trekkes frem er at når man tar sikte på å implementere recovery som et overordnet mål, kommer ønsket om å etablere recovery som en modell. Dette til tross for at recovery aldri var intendert som en modell, men som en prosess (Smith-Merry & Sturdy, 2013). Recovery som «modell» ville kunne måles og arbeides med på en måte som ikke er forenelig om recovery som det var tenkt opprinnelig (Smith-Merry & Sturdy, 2013).

I arbeid med implementering er «utbringerens» oversatte versjons sentral (Røvik, 2007). Dersom «utbringerens» versjon er mer lik et nøyaktig speilbilde, snarere enn impresjonistiske, løse tolkninger av praksisene er det større sjanse for at «tilhørerne» kan lære *rett* av det de blir introdusert for (Røvik, 2007). Med bakgrunn i dette kan man forstå hvorfor det blant annet er utfordrende å gi opplæring i recovery, samt forstå det på et *kroppslig* og *utøvd* nivå (Freeman & Sturdy, 2015).

Denne overgangen mellom praksis- ide- praksis kan belyses av graden av overenstemmelse mellom praksisene som de var opprinnelig og «utbringerens» oversettelse av dem. Dess mer konkret en oversettelse er, dess mer detaljert er fremstillingen av praksisen og de forholdene som er relevante for hvordan den har virket (Røvik, 2007). Da recovery i stor grad er kritisert for manglende enighet, kan recovery som en organisasjonsidé tolkes som en abstrakt representasjon av en praksis. En abstrakt presentasjon av en praksis innebærer at vertsorganisasjonen, i denne sammenheng brukerbevegelsene, og praksisen blir satt i bakgrunnen i oversettelsesarbeidet (Røvik, 2007). I motsetning til konkrete praksiser innebærer en abstrakt praksis i større grad at henvisningene til den opprinnelige praksisen og vertsorganisasjonen/ brukerbevegelsen, ved at det opprinnelige innholdet tones ned, samt en delvis avlokalisering ved at referansene til lokale forutsetninger og begrensinger for praksisens virkemåte også blir færre og gjerne mer usystematisk. Ved abstrahering av en praksis blir de stedlige elementene erstattet med mer generelle begreper, teorier og prinsipper (Røvik, 2007). Dette er også noe recovery i tjenestene er kritisert for (Gilburt, et al, 2013).

Konklusjon

Litteratursøket som er gjort i denne studien har ikke avdekket problematisering av dekontekstualiseringen av recovery fra praksis til organisasjonsidé. Ved å knytte disse to elementene sammen kan man produsere et bidrag til forskningen på feltet som i stor grad handler om at recovery er utfordrende å implementere og utøve i praksis. Lien (NRROP, 2016) trekker frem at recovery er systematisk arbeid med brukervedvirkning. Som et resultat av denne studien kan det være recovery for tjenesteutøvere begrenses til nettopp dette. Dersom recovery ikke kan implementeres som en modell, bør det i større grad brukes som et verktøy for å økt graden av brukervedvirkning. I tillegg kan recovery tas i bruk som et nyttig perspektiv i arbeidet med brukergruppen, i stedet for å forsøkes brukt som en modell eller et utgangspunkt for arbeidet. Brukerne selv kritiserer også implementeringen av recovery i tjenestene, da denne prosessen fjerner de elementære recoveryverdiene som de i brukeroppørene. Ved å tolke recovery i lys av implementeringsteori ser man viktigheten av å gjøre nøyaktige oversettelser for at suksesskriteriene skal kunne gjøre seg gjeldene i en ny kontekst. Med bakgrunn i kritikken fra brukerne, samt implementeringsutfordringene som trekkes frem i forskningen kan det forstås av recovery ikke suksessfullt kan oversettes som en organisasjonsidé.

Litteratur:

Anthony, W. (1993). *Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.

Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brekke, E., Lien., Nysveen., & Biong, S. (2018). *Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of staff experiences in Norway*. International Journal of Mental Health Systems, 12(1), 30.

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Creswell, John W. (2015) A concise introduction to mixed methods research. SAGE publications, Inc. California

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk. Oslo

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Oslo.

Demir, S., & Pismek, N. (2018). *A Convergent Parallel Mixed-Methods Study of Controversial Issues in Social Studies Classes: A Clash of Ideologies*. Kuram Ve Uygulamada Egitim Bilimleri, 18(1), 119-149.

Dragset, S. & Ellingsen, S. (2009) *Forståelse av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning- nr.2-2009, 5.årgang.

FO (2015): 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>

Feiring, M. (2019) *Selvhjelpsarbeid- mellom erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap*. i Inger Marie Lid, Ole Petter Askheim, & Sigrid Østensjø. (2019). *Samproduksjon i forskning*. Scandinavian University Press (Universitetsforlaget).

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser*.

Helsedirektoratet. Oslo

Freeman, R. & Sturdy, S. (2015) Introduction: knowledge in policy- embodied, inscribed, enacted. I Freeman, Richard & Sturdy, Steve (2015) *Knowledge in policy: Embodied, inscribed, enacted* (s.1-17). Bristol: Policy Press.

Graneheim, U, & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Halcomb E. & Hickman L. (2015) Mixed methods research. *Nursing Standard*. 29, 32, 41-47.

Helsebiblioteket (2016) *PICO*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal norsk forlag. Oslo.

Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen damm AS. Oslo.

Jervell, S. (2018) Brudd på arbeidstakers lojalitetsplikt- advarsel, oppsigelse eller avskjed? Hentet fra: <https://www.arbeidslivsjuss.no/brudd-lojalitetsplikt-advarsel-oppsigelse-avskjed/>,

Karlsson, B. & Borg, M. (2017) *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal norsk forlag. Oslo.

Kvale, S. (1996). *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

McCracken, G. D. (1988). *The long interview*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. Oslo.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. Oslo.

Neuman, William Lawrence (2014) *Pearson New International Edition. Social research methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Person Education Limited 2014. Essex

Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse (2015) *Hva er recovery for ROP-brukere?* Hentet fra: <https://rop.no/aktuelt/hva-er-recovery-for-rop-brukere>, 01.09.19

Population Health Directorate (2017-2027) Mental Health Strategy. Hentet fra:

<https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/>

Ringdal, K. (2018) Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Røvik, Kjell Arne (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget. Oslo.

Shera, Wes & Ramon, Shulamit (2013) *Challenges in the Implementation of Recovery-Oriented Mental Health Policies and Services. Analysis of Developments in England and Canada*. International Journal of mental Health. Vol.42, nos.2-3, Summer/ Fall 2013, 17-42

Slade, Mike (2009) *Personal Recovery and Mental Illness. A guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. Cambridge.

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). *Recovery grows up*. Journal of Mental Health, 21(2), 99-103.

Smith-Merry, Jennifer, Freeman, Richard, Sturdy, Steve (2011) *Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland*. International Journal of mental health systems 2011, 5:11.

Smith- Merry, Jennifer & Sturdy, Steve (2013) «*Recovery in Scotland: the rise and uncertain future of mental health social movement*», Society and Mental Health, vol 3, no 2, pp 114-32

Smith-Merry, Jennifer, & Gillespie, James (2016). *Embodying policy-making in mental health: The implementation of Partners in Recovery*. Health Sociology Review: Lived Experience, Contested Evidence: Sociological Perspectives On The Politics Of Knowledge In Healthcare, 25(2), 187-201.

Sosial- og helsedepartementet (1998) St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptappingsplanen for psykisk helse. Oslo.

Stuart, S. R., Tansey, L., Quayle, E. (2017) *What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature*. Journal of mental health, 26:3, 291-304, DOI:10.1080/09638237.2016.1222056

Thrane, C. (2018) Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming. Cappelen Damm AS. Oslo.

Olsen, E., Dahl C., Kvia, A., Sømme, D., Trefjord, S. & Lønning, T (2016) *Hvordan jobbe recoveryorientert i kommunen?* I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodal & S.

Biong (Red), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s.184-191) Gyldendal Akademisk, Oslo.

WHO (2014) Mental health: a state of well-being. Hentet fra:
http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Williams, Virginia D., Deane, Frank P, Oades, Lindsay G., Crowe, Trevor P., Ciarrochi, Joseph, Andresen, Retta (2016) *Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values*. Emerald Group Publishing Limited.

Yin, R. (2018). *Case study research and applications : Design and methods* (6. utgave. ed.). Los Angeles: SAGE.

Oversiktsside for artikkel

Tittel Recovery: mulig i praksis eller bare som en idé?

Artikkelens lengde 6974 ord.

Sammendrag Artikkelen tar utgangspunkt i en casestudie, og handler om hvordan ansatte i kommunal sektor erfarer recovery som faglig perspektiv etter implementering av recovery i enheten. Datamaterialet ble innhentet ved hjelp av en spørreundersøkelse blant alle ansatte i enheten, samt to fokusgruppeintervjuer. Ledelsen i enheten oppgir høyere grad av kjennskap til recovery og at de er enige i verdigrunnet til recoverytilnærmingen. De ansatte gir uttrykk for manglende dybdekunnskap og kunnskap om hvordan recovery omsettes i praksis. Studien er gjennomført i en enhet i en mellomstor kommune og er dermed ikke direkte generaliserbar. Likevel kan funn i denne studien bidra til økt kunnskap om implementeringsprosesser av recovery i norsk helse- og kommunalsektor, ved å sette søkelys på hvor man bør utbedre implementeringsarbeidet for å lykkes.

Artikkel: Recovery: Mulig i praksis eller bare som en idé?

Introduksjon:

Dagens psykisk helse- og rustjenester har en felles forståelse for at det er nødvendig for tjenestene og bevege seg bort fra de tradisjonelle kliniske hierarkiene, standardiserte modellene for omsorg mot et mer helhetlig syn på mennesket (Smith-Merry, Freeman, & Sturdy, 2011; Helsedirektoratet, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; helse- og omsorgsdepartementet, 1998). I videre politiske føringer er det også fokus på tilgjengelige tjenester, kontinuitet og helhet, i tillegg til at bruker- og mestringsperspektivet blir vektlagt (Helsedirektoratet, 2012).

Siden 2012 har recovery vært anbefalt fra myndighetene, og både *ROP-retningslinjene* (Helsedirektoratet, 2012) og *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) anbefaler bruk av recovery i tjenestene. Recovery oppstod som et opprør mot den begrensede forståelsen av psykiatrien og psykisk helse som kunnskapsfelt (Karlsson & Borg, 2017), og kan dermed sees på som et skritt i riktig retning og bort fra tidligere uønsket praksis. Til tross for at recovery representerer en noe vag omsorgsfilosofi, kan det identifiseres nøkkelverdier som er sentrale (Smith-Merry, et al., 2011). De sentrale recoveryverdiene baserer seg på at recovery er en høyst individuell prosess som best kan oppnås ved å utnytte personens egen kunnskap og erfaringer med å mestre egen sykdom, samt å arbeide mot mentalt velvære (Smith-Merry, et al., 2011; Slade, 2009). Målet med recovery er at personen skal leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene psykisk sykdom eller rusavhengighet medfører, ikke nødvendigvis symptomfrihet (Helsedirektoratet, 2014). Recovery har tradisjonelt sett hatt en beskjeden rolle i norsk helse- og velferdspolitik, men er nå «på alles lepper». Likevel ser man at recovery er vanskelig å ta i bruk i praksis, noe som kan begrunnes i at recovery ikke er en ny tjenestemodell, men en ny måte å tenke på angående verdier, organisasjonsprinsipper og de ansattes rolle (Wormdahl & Olsø, 2018).

Da recovery i stor grad handler om hver enkelt person sin forståelse av egen prosess, kan det være problematisk å utarbeide generelle retningslinjer for recoveryorientert praksis som er konkrete nok (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), 2016). Forskningen støtter opp om dette ved å vise til implementeringsutfordringer, samt små endringer i praksis til tross for at man i politiske føringer forplikter seg til recovery som kunnskapsgrunnlag (Smith-Merry, et al., 2011). Recovery er en individuell prosess som best oppnås ved å utnytte personens egen kunnskap

og erfaring med å leve med psykisk sykdom, og er en sentral idé hvor grunnleggende kunnskap og verdi må ligge til grunn for at det skal være gjennomførbart med en radikal forvandling av helsetjenesten (Smith-Merry, et al., 2011). Samtidig munner mange av recoverydiskusjonene ut i at recovery «ikke er noe nytt» (Davidson, Rakfeldt & Strauss, 2010).

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å innhente kunnskap om ansattes erfaringer med implementeringsprosessen i en kommunal rus- og psykisk helsetjeneste som har innført recovery som kunnskapsgrunnlag. Vi ønsker å få en bredere forståelse av hvordan recovery, som anbefalt fra direktoratet, kan implementeres i norsk rus- og psykisk helsetjeneste for å tilføre kunnskap om hvordan recovery kan implementeres.

Recovery, implementering og tidligere forskning:

Recoverybegrepet og recoveryperspektivene har sitt opphav fra brukermiljøer i USA på 1960-tallet, der aktivister arbeidet mot en endring av synet på mennesker med psykiske helseutfordringer (Karlsson & Borg, 2017). Mennesker med psykiske lidelser har i økende grad begynt å fortelle om hvordan livet med psykiske lidelser er, samt hva som kan hjelpe de til å bli bedre (Slade, 2009). Den mest siterte definisjonen av recovery er av Anthony, og lyder:

«Recovery is a deeply personal, unique process of changing one`s attitudes, values, feelings, goals, skills and/ or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one`s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness» (Slade, 2009, s.38).

Recovery har blitt erklært som et mål innen rus- og psykisk helsearbeid i mange land til tross for manglende spesifisering av hva det innebærer (Smith-Merry, et al, 2011). Karlsson & Borg (2017) trekker frem at recovery er «en dannelsesreise- ikke en utdanning, opplæring eller undervisning» (s.82), og vektlegger at recovery må utvikles i samarbeid mellom tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere. *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) trekker frem at recovery bør prege tjenesteytingen innenfor rus- og psykisk helsearbeid, likevel følger ingen «fremgangsmåte» eller beskrivelse av praksis. I slike tilfeller vil verdigrunnlaget som er presentert for de ansatte med stor sannsynlighet ikke overleve som meningsfullt når det gjelder å oversette recovery til praksis (Williams, Deane, Oades, Crowe,

Ciarrochi & Andresen, 2016). På den andre siden kan dette speile distansen til begrepet som allerede er påpekt av brukere i form av at recovery er noe som springer ut ifra fortellingene til personer med psykisk sykdom (Slade, 2009).

Forskning viser at implementering og arbeid med recovery som har fokus på grunnleggende recoveryverdier er å foretrekke (Williams et al., 2016; Gilbert, Slade, Bird, Oduola & Craig, 2013; Shera & Ramon, 2013). I forskningen etterlyses implementeringsstrategier med større fokus på kjerneverdiene i recovery (Williams et al., 2016), samt at implementeringen må utvikle en forståelse av endringsprosesser hos de ansatte for å sikre at recoveryorientert praksis blir innebygd i kjerneidentiteten og rollen til de ansatte i tjenestene (Gilbert, et al., 2013).

Opplæring og trening i disse verdiene fremheves som vesentlige for å oppnå recoveryorienterte tjenester i størst mulig grad (Williams, 2016, Gilbert, et al. 2013, Shera & Ramon, 2013). Forskningsresultater viser at recoveryopplæringsprogram er et viktig verktøy for kunnskapsoverføring og implementering, og det bør samtidig iverksettes tiltak for å støtte og evaluere implementeringen (Gilbert, et al., 2013). Gilbert et al. (2013) fremhever at opplæringsplanene bør være tilpasset konteksten de skal iverksettes i, og at organisasjoner bør være forsiktige med å stole på opplæringsprogrammer som alene mest sannsynlig ikke vil være tilstrekkelig for å skape vedvarende endring. De fremhever at det kreves ytterligere forskning for å utvikle tiltak for implementering som retter seg mot forskjellige fasetter av endring og oversettelse av recovery til bruk i behandling av pasienter (Gilbert, et al., 2013).

For at implementering av recovery skal lykkes trekkes det frem at endringsprosessene ikke kun kan skje på organisatorisk nivå, ei heller kun i «frontlinjen» (Williams et al., 2016, Gilbert, et al., 2013, Shera & Ramon, 2013). De ansatte som møter brukerne i det daglige må inviteres til en adferdsendringsprosess (Williams et al., 2016). For å sikre at recoveryorientert praksis blir innebygd i kjerneidentiteten og rollen til de ansatte i tjenestene, må man samtidig utvikle en forståelse av endringsprosesser og sørge for en bred systematisk påvirkning. Dette er avgjørende for organisatorisk endring (Gilbert et al., 2013).

Shera & Ramon (2013) fremhever at det til tross for massiv positiv omtale om recovery i mange lands handlingsplaner i forbindelse med utbedring av rus- og psykisk helsetjenester, er en mangel på detaljert og dokumentert veiledning på hvordan man konkret kan implementere initiativene som det vises til i nasjonale og internasjonale retningslinjer. Et kritisk førsteskritt

vil være å klarere definisjonene av recovery for at det skal kunne tas i bruk, og videre identifisere faktorer som gjør recovery forstått på flere nivåer (Shera & Ramon, 2013).

Det emosjonelle innholdet i brukeres historier, og posisjoneringen av recovery som en motreaksjon mot den diagnostiske kulturen i rus- og psykisk helsetjenestene har gjort det vanskelig å komme med motargumenter til hvorfor recovery ikke bør spres som gjeldende kunnskapsgrunnlag innen rus- og psykisk helse i alle land (Smith-Merry & Sturdy, 2013)

Teoretisk referanseramme:

Implementering av nye ideer i organisasjoner kan forstås som forflytting av kunnskap, både inn i organisasjonen, men også til de ansatte (Freeman & Sturdy, 2015, Røvik, 2007).

Freeman & Sturdy (2015) presenterer en ny fenomenologi om kunnskap, som legger til grunn at kunnskap kan eksistere i tre ulike faser eller former: kroppsliggjort, nedskrevet og utøvd kunnskap. Kroppsliggjort kunnskap er erfaringer basert på og uttrykt i menneskers aktiviteter. Nedskrevet kunnskap er formalisert og nedskrevet i for eksempel dokumenter. Utøvd kunnskap er kunnskap i aksjon som konstant er overvåket og som reguleres. Denne formen for kunnskap er essensiell når det kommer til realisering av ny politikk i helse- og sosialsektoren. Noen av de mest sentrale spørsmålene om kunnskap innen policy omhandler spørsmål om forflytting av kunnskap (Freeman & Sturdy, 2015).

Der Freeman & Sturdy (2015) kommer til kort for å forklare forflytning av kunnskap fra en kontekst til en annen, forklarer Røviks (2007) translasjonsteori hvordan praksiser kan forflyttes med størst sannsynlighet for suksess. Recovery som kunnskapsgrunnlag kan sees på som en idé som søkes implementert i en virksomhet, og funnene i vår studie vil derfor være relevante å se i lys av Røviks (2007) implementeringsteori. Røvik (2007) beskriver hvordan organisasjonsideer i nyere tid overføres mellom ulike organisasjoner hvor ideer skal ut av en organisasjon og inn i en annen. Når man oversetter en idé, som recovery, må man ta høyde for at det også skal fungere når den settes inn i en ny kontekst, på samme måte som når en tekst oversettes fra et språk til et annet (Røvik, 2007). Translasjonsteorien handler om hva de forskjellige organisasjonene kan gjøre med ideer, og teorien kan brukes som en analytisk tilnærming for å i større grad forstå kunnskapsoverføring mellom ulike organisasjoner (Røvik, 2007). Translasjonsteorien omfatter både dekontekstualisering og kontekstualisering. Dekontekstualisering innebærer at «noe» blir forsøkt tatt ut av en bestemt sammenheng, og kontekstualisering betyr at «noe» blir forsøkt satt inn i en bestemt sammenheng (Røvik, 2007). Røvik skiller mellom disse to da de i praksis er to ulike prosesser som ofte blir gjennomført av ulike aktører på forskjellig tid og sted.

Problemstilling

Recovery blir i flere kontekster presentert som et positivt verdigrunnlag. Parallelt med dette presenterer forskere innen feltet at det er store utfordringer med å implementere recovery i tjenestene, samt å skape en felles forståelse av begrepet. Et kunnskapshull innenfor feltet er hva som skjer med kunnskapen som søkes implementert i en enhet. De ansattes perspektiv kan bidra til å belyse hvordan kunnskapen forflytter seg innad i enheten, og hva som eventuelt er til hinder for kunnskapsoverføringen. Studiens problemstillinger er derfor:

Hvordan erfarer ansatte og ledelse i en kommunal helse- og velferdsvirksomhet implementering av recovery som felles faglig plattform?

Metode:

Design:

Studien tar sikte på å studere en bestemt enhet, og belyses dermed som en singel case studie (Yin, 2018). Caset er en enhet i en kommune, og vi bruker et konvergent design for å utforske implementering av recoverytilnærmingen i enheten (Creswell, 2015). Hensikten med konvergens design er å få rikere data og bredere grunnlag for analyse og refleksjon (Creswell, 2015). Kvalitative fokusgruppeintervju og kvantitativ spørreundersøkelse fører til ulik innsikt, og kombinasjonen av disse to vil bidra til å forstå problemstillingen fra flere perspektiver og gi en bredere forståelse (Creswell, 2015).

Utvalg og datainnsamling:

I forbindelse med kvantitativ datainnsamling ble spørreskjema sendt ut til alle ansatte via SurveyXact uten at e-postadressene ble gjort kjent for forsker. All informasjon om studien ble gitt pr. e-post, og informantene krysset av for at de hadde lest og forstått innholdet. 117 respondenter svarte på spørreundersøkelsen (32%. N=352). Forsker har ikke grunnlag for å fastslå om det ligger tilfeldig- eller systematisk seleksjon bak svarene (Neuman, 2014). På grunn av en noe lav svarprosent utvidet vi derfor datainnsamlingen med fokusgruppeintervjuer for å samle inn den kollektive erfaringen i enheten (Malterud, 2012). Informantene ble forespurt via virksomhetsleder, og resulterte i fokusgruppene på henholdsvis 3 og 6 informanter. Intervjuene ble gjennomført i virksomhetens lokaler i informantenes arbeidstid. Forfatter informerte om at intervjuet skulle ha en varighet på maksimum 1 time og 30 minutter. Begge intervjuene ble avholdt med to forskere der den ene var moderator og den andre observerte, tok notater og stilte spørsmål til oppklaring. Fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på bånd og ett av intervjuene transkribert ordrett. I det andre intervjuet ble de benyttede sitatene transkribert ordrett.

Analyse:

Kvantitative analyser: Dataene fra spørreundersøkelsen ble gjennomgående fremstilt med frekvenstabeller. Som mål på sentraltendens i ordinaldata og intervalldata ble medianverdier beregnet og fremstilt. For å gjennomføre gruppesammenligninger medianverdier for ordinal- og intervalldata ble den ikke-parametriske Mann-Whitney U testen anvendt (Bjørndal & Hofoss, 2004). For å beregne effektstørrelse på disse sammenligningene ble Cohen's d anvendt (Cohen, 1992).

Kvalitative analyser: Fokusgruppeintervjuene er analysert i tråd med Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse. Forsker identifiserte de meningsbærende enhetene som hadde relevans for problemstillingen. De meningsbærende enhetene ble forkortet (kondensert), men uten at meningen forsvant (manifest innhold). Det kondenserte innholdet ble gjenstand for tolkning (latent innhold) ved at det ble abstrahert til underkategorier og kategorier. Tre tema syntes uttrykt i lys av problemstillingen. Annen forsker var med og kvalitetssikret analysen og bidro til at der ble gjort noen revideringer.

Integrering av kvalitativ og kvantitative funn kan finne sted på hvilket som helst stadium i analyseprosessen, men er sentral for å sikre nøyaktighet i metoden (Glogowska, 2011). I denne studien ble begge analysene foretatt uavhengig av den andre, og samlet for sammenligning til slutt.

Forskers forforståelse (McCracken, 1988) var påvirket av selv å jobbe i tilsvarende virksomhet i en annen kommune og å være nysgjerrig på hvordan ledelsen i caset klarte å implementere recovery. Ved å reflektere over egen forforståelse av at kommunen hadde lyktes i å implementer recovery, ble det mulig å legge forforståelsen til side og ha fokus på hva informantene mente var viktig. Samtidig måtte forsker passe på at informantene holdt seg til tema. Forsker gav rom for at informantene til en viss grad bevegde seg utenfor forhåndsbestemte tema, dette for å sikre at tema de ansatte anså som viktig, men forsker ikke hadde tenkt på, kunne få plass.

Etiske overveielser:

Prosjektet er meldt til NSD og godkjent (ref. 371481), og videre gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer inkludert informert samtykke og personvern (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Informantene i fokusgruppene fikk informasjon både skriftlig og muntlig, samt mulighet til å stille spørsmål før datainnsamlingen startet. De ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten at det kom til å få konsekvenser for dem,

og skrev under på samtykkeskjema før intervjuene ble igangsatt. Respondentene som svarte på spørreundersøkelsen ble gitt tilstrekkelig informasjon pr. epost og samtykket ved å krysse av for dette i spørreundersøkelsen.

Metodekritikk:

Resultatene fra spørreundersøkelsen er ikke direkte generaliserbare til andre virksomheter enn den det er forsket i, da alle ansatte som er en del av undersøkelsen tilhører en bestemt virksomhet i en kommune, og utvalget ikke er så stort. I tillegg vil en lav svarprosent føre til at vi heller ikke kan trekke entydige konklusjoner om virksomheten på bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen.

Spørreskjema som er sendt ut er et ikke-validert spørreskjema. Spørreskjemaet ble ikke undersøkt på forhånd, og utforming av spørsmål kan dermed ha påvirket svarene som en følge av hvordan respondentene har tolket spørsmålet. Spørsmål og svaralternativer er basert på tidligere forskning og teori, noe som er en styrke (Jacobsen, 2015).

Validiteten i fokusgruppeintervjuene anses som god som en følge av at de ansatte tilsynelatende har stor grad av enighet (Malterud, 2012). Forsker opplevde å lykkes med å skape en trygg ramme for intervjuene, og informantene fremstod som komfortable med å delta. Mye av det informantene fortalte ble bekreftet av andre deltagere ved bruk av «nikking» og andre bekreftende kommentarer.

Ved bruk av mixed methods blir resultatene sammenlignet med hverandre, og tolket i lys av relevant teori som kan bidra til å se et mønster. Resultatene kan dermed utfylle hverandre, noe som bidrar til økt troverdighet i resultatene til tross for svakheter i metodene alene (Creswell & Clark, 2007).

Til tross for svakheter mener vi at resultatene er interessante og kan bidra med kunnskap om implementering av recovery i offentlig sektor, og kan derav ha overføringsverdi for andre virksomheter som ønsker å arbeide med både recovery og implementering generelt.

Funn:

117 respondenter svarte på spørreundersøkelsen. Av disse var 17% ledere, og 83% øvrige ansatte. I fokusgruppeintervjuene var det totalt 9 informanter, derav ingen ledere. I Tabell 1. fremstilles bakgrunnsinformasjon om utvalget i den kvantitative studien fordelt mellom leder og ansatte som en følge av signifikante forskjeller mellom gruppene. 86,4% av alle respondentene fordeler seg på variablene 3-årig høyskole eller 5-årig høyskole. Tabell 1 viser at hovedtyngden av de øvrige ansatte (46,4%) har vært ansatt 3 år eller mindre, mens 70 % av ledergruppen har vært ansatt i over 7 år.

	Ansatte (n=97)	Ledere (n=20)	Total (n=117)
Utdanning:			
5-årig høyskole	16 (16,5%)	7 (35,0%)	23 (19,7%)
3-årig høyskole	65 (67,0%)	13 (65,0%)	78 (66,7%)
Helsefagarbeider	6 (6,2%)	0 (0,0%)	6 (5,1%)
Erfaringskonsulent	5 (5,2%)	0 (0,0%)	5 (4,3%)
Ufaglært	5 (5,2%)	0 (0,0%)	5 (4,3%)
Antall år ansatt:			
0-3 år	45 (46,4%)	4 (20,0%)	49 (41,9%)
4-7 år	26 (26,8%)	2 (10,0%)	28 (23,9%)
Over 7 år	26 (26,8%)	14 (70,0%)	40 (34,2%)

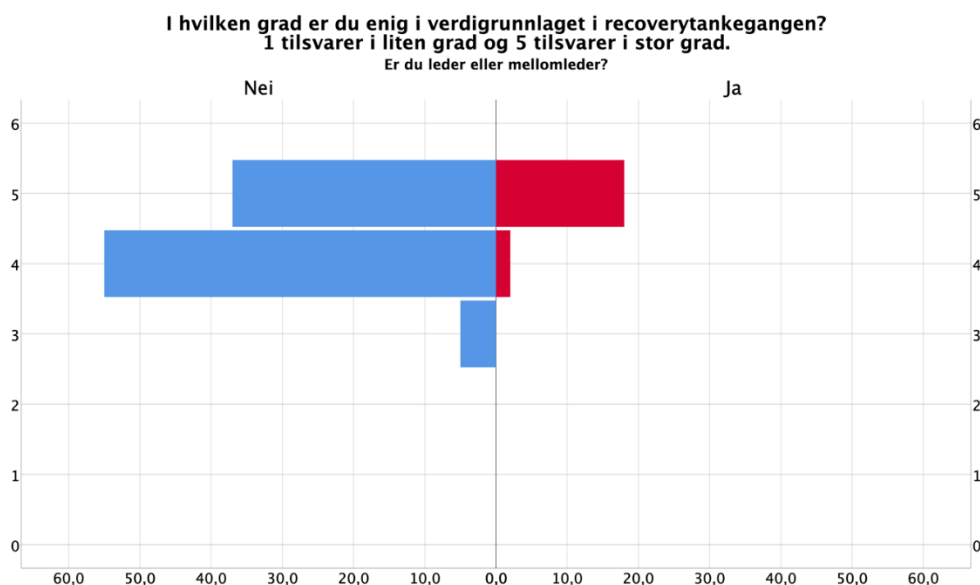
Det fremkom forskjellige oppfatninger i den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen, samt mellom ledere og ansatte, og denne forskjellen blir uttrykt i følgende hovedtema: (1) *ledere er mest positive til recovery*, (2) *ledere har mest kunnskap om recovery* og (3) *ansatte ser utfordringene med recovery i praksis*.

1. Ledere er mest positive til recovery

Tabell 2 fremstiller svarene på spørsmålene som omhandler holdninger til recovery i spørreundersøkelsen. Både ansatte og ledere avgir i hovedsak svar som tilsier at de er positive til recovery. Av de som har svart vurderte 100% at oppfatningen om at bruker er ekspert i eget liv, er positivt.

Tabell 2. Holdninger til recovery				
	Ansatte (n=97)	Ledere (n=20)	Total (n=117)	
Bruker er ekspert i eget liv:				
	Positivt	97 (100%)	20 (100%)	117 (100%)
	Negativt	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Hvem bestemmer ved uenighet?				
	Ansatt	26 (26,8%)	8 (40,0%)	34 (29,1%)
	Innbygger	71 (73,2%)	12 (60,0%)	83 (70,9%)
Er recoverytankegangen nyttig?				
	Ja	90 (92,8%)	20 (100,0%)	110 (94,0%)
	Vet ikke	7 (7,2%)	0 (0,0%)	7 (6,0%)
	Nei	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Dette sees også i resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Informantene oppgav å være positive til recovery, og fortalte på flere måter at de jobbet recoveryorientert, men at de ikke tenkte over at det er det de gjør eller hvordan de gjør det. De beskrev at «*det er det jeg tror på, og den jeg er som person*». De ansatte erfarte recovery som fornuftig, og at det var en del av hvordan de er som personer, samt gjenkjennbart i profesjonen deres.

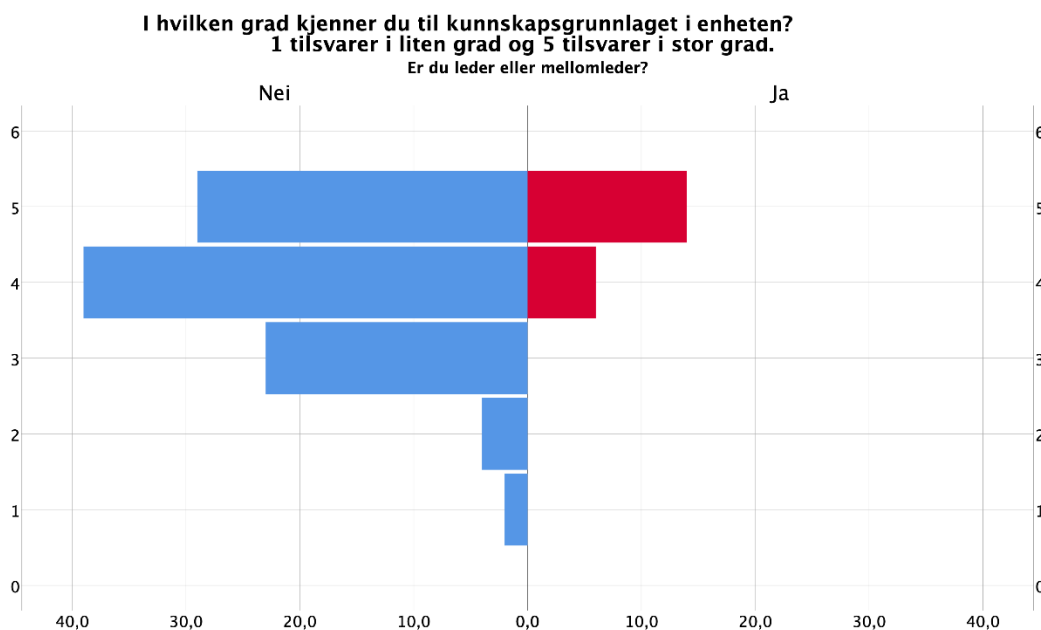


Figur 1. Grad av enighet i verdigrunnlaget i recoverytankegangen. Blå søyle viser ansatte uten lederstillinger, og rød søyle viser ledere.

Det fremgår av Figur 1. at ledere i større grad ser ut til å rapportere høy grad av enighet med verdigrunnlaget i recovery. Gjennomsnittlig vurdering for ansatte var 4,33 med et standardavvik på 0,57, og for ledere var gjennomsnittet 4,90 med et standardavvik på 0,31. Det er altså større spredning i svarene til de ansatte enn til lederne. Median for vanlige ansatte var 4 og interkvartil spennvidde var 1, mens median for ledere var 5 og interkvartil spennvidde var 0. Mann-Whitney U testen viste at medianverdien blant ledere var statistisk signifikant høyere enn blant vanlige ansatte ($U=462$, $p<.001$). Effektstørrelsen for forskjellen på gjennomsnittsverdiene, målt med Cohen's D, var 1,64, noe som er en stor effektstørrelse og forteller om en markant forskjell i gruppene ledere og ansatte (Thrane, 2018). Dette kan sees i lys av at de ansatte forteller at det kan være vanskelig å være kritisk, da en ikke ønsker å «bli stemplet som bakstreversk, og gå baklengs inn i fremtiden». De ansatte erfarer en ledelse som fronter recovery, og at recovery er noe som foregår over hodene på de ansatte. På den andre siden er det overenstemmelse mellom recoveryverdiene og deres personlige verdier, noe som gjør det vanskelig å være negativ til begrepet.

2. Ledere har mest kunnskap om recovery

I figur 2 vises distribusjonen av svar på spørsmålet "I hvilken grad kjenner du til kunnskapsgrunnlaget i enheten?", der 1 tilsvarer i liten grad og 5 tilsvarer i stor grad.



Figur 2: I hvilken grad kjenner du til kunnskapsgrunnlaget i enheten? Blå søyle tilsvarer ansatte uten lederstilling, og rød søyle tilsvarer ledere.

Figur 2. viser at ledere i større grad ser ut til å rapportere høy grad av kjennskap til kunnskapsgrunnlaget. Gjennomsnittlig vurdering for vanlige ansatte var 3,92 (Standardavvik: 0,94) og for ledere var gjennomsnittet 4,70 (Standardavvik: 0,47). Median for vanlige ansatte var 4 og interkvartil spennvidde var 2, mens median for ledere var 5 og interkvartil spennvidde var 1. Mann-Whitney U testen viste at medianverdien blant ledere var statistisk signifikant høyere enn blant vanlige ansatte (U=494, p<.001). Effektstørrelsen for forskjellen på gjennomsnittsverdiene, målt med Cohen`s D, var 0,884, noe som er en stor effektstørrelse (Thrane, 2018).

I fokusgruppene utdypes dette, ved at alle oppgir å kjenne til recovery. De ansatte gav uttrykk for at de var klar over at recovery er gjeldende kunnskapsgrunnlag i virksomheten, men de fremhever i varierende grad at de mangler dybdekunnskapen om recovery. «... jeg må si jeg har skrappt litt i overflaten, synes jeg. Men dybdekunnskapen føler jeg ikke at jeg har». De var usikre på innholdet i selve begrepet samt hvordan bruke recovery i praksis.

Tabell 2. Opplæring i recovery			
	Ansatte (n=97)	Ledere (n=20)	Total (n=117)
Introduksjon til kunnskapsgrunnlag			
Kurs på arbeidsplassen	29 (29,9%)	14 (70,0%)	43 (36,8%)
Gruppearbeid på arbeidsplassen	44 (45,4%)	14 (70,0%)	58 (49,6%)
Under opplæringsperioden	31 (32,0%)	3 (15,0%)	34 (29,1%)
Kurs i privat regi	7 (7,2%)	0 (0,0%)	7 (6,0%)
Annet i regi av enheten	6 (6,2%)	2 (10,0%)	8 (6,8%)
Under utdanning*	8 (8,2%)	1 (5,0%)	9 (7,7%)
Fått 0. opplæringstiltak	16 (16,5%)	2 (10,0%)	18 (15,4%)
Fått 1. opplæringstiltak	51 (52,6%)	5 (25%)	56 (47,9%)
Fått 2. opplæringstiltak	24 (24,7%)	11 (55,0%)	35 (29,9%)
Fått 3. opplæringstiltak	6 (6,2%)	2 (10,0%)	8 (6,8%)
God nok opplæring**			
Ja	39 (40,0%)	18 (90%)	57 (48,7%)
I noen grad	53 (54,6%)	2 (10%)	55 (47,0%)
Nei	5 (5,2%)	0 (0,0%)	5 (4,3%)
Konkrete eksempler fra praksis***			
Ja	31 (32,0%)	14 (70%)	45 (38,5%)
I noen grad	54 (55,7%)	6 (30%)	60 (51,3%)
Nei	12 (12,4%)	0 (0,0%)	12 (10,3%)

* Under utdanning er ikke medregnet som "opplæringstiltak"

** "Har du fått god nok opplæring i hva som er din rolle i hjelperelasjonen nå som recovery er gjeldende kunnskapsgrunnlag?"

*** "Har opplæringen inneholdt konkrete eksempler fra praksis?"

I Tabell 2. sammenfattes svarene på spørsmålene som omhandler opplæring i recovery, og hvordan de ansatte har blitt introdusert for recovery. Totalt 49% av hele ansattgruppen svarte at de ble introdusert til via gruppearbeid, 36,8% via kurs på arbeidsplassen og 29,1% formidler at de ble introdusert for recovery i opplæringsperioden sin. En av variablene var «annet». Denne innehold muligheten for fritekst, og mange skrev at de hadde blitt introdusert til recovery via egen utdanning. Vi laget derfor en ny variabel kalt «under utdanning». 7,7 % svarte at de ble introdusert til recovery via egen utdanning. På spørsmål om introduksjon til recovery var det mulighet for flervalg, og det ble derfor laget grupper som viste hvor mange opplæringstiltak den enkelte ansatte hadde fått. Dette resulterte i de nye variablene «Fått 0. opplæringstiltak», «Fått 1.opplæringstiltak», «Fått 2.opplæringstiltak» og «Fått 3.opplæringstiltak». Under utdanning er ikke medregnet som et opplæringstiltak da dette ikke er i regi av arbeidsplassen. 47,9 % av de ansatte har fått 1.opplæringstiltak.

Informantene i fokusgruppene formidlet en opplevelse av å selv måtte ta ansvar for å tilegne seg nødvendig kunnskap. Det kom frem at de ansatte i manglende grad hadde fått opplæring i recovery, samt at det var lite fokus på recovery også fra ansatte med opplæringsansvar. Flere beskrev å ha mottatt både informasjonsskriv, hefter og bøker, men at det ikke var noe fokus på opplæring i teori utover dette. Uten undervisning eller opplæring «*er det veldig avhengig av hvor interessert du er i å lese det selv*». En av informantene beskrev egen opplevelse av introduksjonen til recovery i avdelingen på denne måten: «*Her jobber vi recoveryorientert, og så ... så var det litt opp til oss funne ut hva det betyr*».

Informantene trakk frem viktigheten av personer som «brenner for» recovery, og som er opptatt av å ha søkelys på det i arbeidshverdagen. De beskrev at ressurspersonene inspirerer og sørger for at blir brukt aktivt på møter, samt gjort til «sitt eget». Informantene trakk også frem anerkjennelsen av erfaringskunnskap, og at denne kunnskapen i større grad blir sett på som gyldig kunnskap.

3. Ansatte ser utfordringer med recovery i praksis

Kvalitative og kvantitative analyser viser at de ansatte i større grad opplever utfordringer når kunnskapen om recovery skal utøves i praksis.

	Ansatte (n=97)	Ledere (n=20)	Total (n=117)
Valgt utfordring			
Opplevelse av ansvarsfraskrivelse	15 (15,5%)	4 (20,0%)	19 (16,2%)
Opplevelse av å ikke gi forsvarlig hjelp	19 (19,6%)	2 (10%)	21 (17,9%)
Balansen mellom hjelpeløshet og mestring	71 (73,2%)	15 (75,0%)	86 (73,5%)
Balansen mellom å være ærlig og ha en ikke dømmende holdning	30 (30,9%)	5 (25,0%)	35 (29,9%)
Balansen mellom totalavhold og aksept av rusmiddelbruk	13 (13,4%)	3 (15,0%)	16 (13,7%)
Ingen utfordringer	8 (8,2%)	4 (20,0%)	12 (10,3%)

Tabell 4. viser at 73% av alle ansatte opplever balansen mellom hjelpeløshet og mestring som utfordrende. To ledere opplever utfordringen om å ikke gi forsvarlig hjelp, kontra 19 av de øvrige ansatte. 8% av de ansatte, og 20% av ledergruppen oppgir ingen utfordring.

Til tross for at 19% av de ansatte i spørreundersøkelsen svarte at de opplevde det som en utfordring å ikke gi forsvarlig hjelp, blir dette nyansert i fokusgruppeintervjuene. De ansatte beskriver at recovery er utfordrende i møte med brukerne dårligst funksjonsnivå, for eksempel de som er alvorlig psykisk syke eller har et stort rusbruk. En informant sa at *«recovery er veldig bra, men noen ganger fungerer det ikke helt. På sånne ting. Sånne alvorlige»*.

Informantene beskrev at det var individuelt i hvilken grad det var mulig å reflektere med bruker om disse utfordringene, og at *«mye av utfordringen er å få folk til å gjøre ting»*. De ansatte oppgir et stort behov for å hjelpe, og opplevde selv at de vet hvordan de best kan hjelpe, men at de da var nødt til å se bort fra recovery. *«Det der med at de skal ha en mening oppi det hele ...»*, samtidig som det skal være forsvarlig, opplevdes som et stort dilemma for de som hjelpere. De beskrev recovery som en utfordring dersom *«det blir en begrensning for hva man kan gjøre. At det stopper oss og hva vi kan gjøre for dem. At de får bestemme sitt eget forfall og vi ikke kan gå inn å gjøre noe med det»*. En informant beskrev det sånn: *«Jeg vet ikke. Jeg bare kjenner på den fortvilelsen ved å ikke gjøre noe, når jeg kjenner med hele meg at her bør jeg gjøre noe»*.

Det var viktig for informantene at brukerne *«føler de har en kontroll over eget liv, tenker jeg, og at de bestemmer selv. At de opplever mestring, og ... Noen i alle fall. En opplevelse av at*

de selv eier livet sitt, da». Når det iverksettes nye tiltak for en bruker, sa en informant at «*når de får presentert et nytt tiltak, så blir det som regel skrevet ned eller presentert på en slik måte at de føler de eier det selv. Det blir lagt stor vekt på at det skal føles til fordel for dem*».

De ansatte fortalte at det er viktig å møte brukerne med respekt, og de hadde et sterkt ønske om at brukerne ikke skulle føle seg krenket eller styrt.

Informantene beskrev ulike verktøy i arbeidet mot en mer recoveryorientert tjeneste, deriblant FIT¹. FIT bidrar også til å «*jobbe målrettet mot det som er viktig for den enkelte ...*».

Informantene trakk også frem hvordan endring av vedtaksmal har bidratt til økt recovery. De fortalte at brukere nå oftere er med på prosessen med utarbeiding av vedtak, om de er i stand til det, «*og det krever, hva skal jeg si, de blir mer sånn en måte vi også endrer oss på som ansatte. Som blir påtvunget fordi skjema er annerledes. Så vi får en slags ny opplæring i det. Enten du vil eller ikke fordi det er sånn vedtakene skal se ut*»

¹ FIT er et verktøy som ved hjelp av brukers tilbakemeldinger tilpasser hjelpen bruker får ved å systematisk gi tilbakemelding på hjelpen de mottar (Tartakovsky, 2018).

Diskusjon:

Studiens problemstilling tar sikte på å studere hvordan ansatte erfarer implementeringen av recovery i en norsk helse- og velferdstjeneste. Det er overvekt av positive uttalelser om recovery fra myndighetene, men manglende veiledende dokumenter for hvordan det skal tas initiativ til implementering av recovery (Shera & Ramon, 2013). Til tross for recovery's økende popularitet, trekkes utfordringene med implementering av recovery, samt mangelen på kunnskap om hvordan recovery kan implementeres, til stadighet frem (Gilburt et al., 2013; Battersby & Morrow, 2012; Slade, et al. 2014, Smith-Merry et al., 2011). Det er uklart hvordan recoveryverdiene bør oversettes til psykisk helsearbeid i praksis, til tross for et økt antall forsøk på å spesifisere hvordan recoveryorienterte tjenester burde utformes (Smith-Merry & Sturdy, 2013). Da recovery søkes implementert i tjenester, blir recovery i diskusjonen forsøkt sett på som en organisasjonsidé (Røvik, 2007). Implementeringsteori og det translasjonsteoretiske perspektivet bidrar til å forklare hvordan organisasjoner arbeider med ideer og kunnskapsoverføring, men mangler inngående kunnskap om kunnskapens former og viktigheten av kunnskap om disse for å forstå hvordan kunnskap kan overføres (Freeman & Sturdy, 2015). Dette skal videre diskuteres og kan generaliseres i lys av studiens empiriske funn.

Blir de positive recoveryholdningene en skygge for viktig implementeringsarbeid?

Uten å ha intervjuet ledelsen, kan en ifølge Røvik (2007) anta at ledelsen i caset hadde ambisjoner om at ideen recovery også skulle tas i bruk når de tok sikte på å implementere den. Studiens funn fremhever en signifikant forskjell mellom ledere og ansatte når det kommer til positive holdninger til- og kjennskap til recovery. Denne forskjellen kan forklares med henvisning til Røvik (2007) som kritiserer praksisfelt som jevnt over preges av at man ofte forstår kunnskapsoverføring i organisasjoner og organisasjoner som henholdsvis like systemer, der man følgelig kan identifisere gode praksiser, hente dem ut og overføre dem til nær sagt hvilken som helst annen organisasjon uten å nødvendigvis oversette den.

Både lederne og de ansatte oppgav å være positive til recovery. Recovery innebærer tydelig en bragd, men det finnes signifikante begrensninger i kapasiteten til strategiske initiativer for å skape grunnleggende iverksetting av ønsket arbeidsplasspraksis (Williams, et al., 2016). Når verdier er uttrykt på organisatorisk nivå, eller enda bredere- på politisk nivå, er risikoen stor for at disse verdiene blir fjerne, generiske påstander som er pålagt tjenester og de ansatte. Disse

verdiene påstander blir lite trolig opplevd som meningsfulle når det er snakk om å oversette recoveryvisjonene til praksis (Williams, et al., 2016).

Implementering av recoveryorienterte tjenester krever endring både i organisatoriske verdier, samt ute hos de ansatte. Funnene i studien viser at de organisatoriske endringene i større grad har fått gjennomslag, men at det gjenstår at recovery viser igjen i utøvelsen av recovery. Dette kan være fordi organisatoriske verdier kan være enklere å endre, men for at de ansatte skal utøve endringen må disse endringene bli *utøvd kunnskap* (Williams et al., 2016). Det vil derfor være viktig for lederne å ha fokus på *kroppslig erfart kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* i arbeid med at ønsket policy skal bli *utøvd kunnskap* (Freeman & Sturdy, 2015).

Kroppsliggjort kunnskap og nedskrevet kunnskap i arbeidet med implementering

Når det kommer til kompetanseheving på arbeidsplasser er *trening/ opplæring* fortsatt ledende metode for å øke kunnskapsnivå hos de ansatte (Williams et al., 2016). Kvantitative funn i studien viser at de ansatte oppgir å ha mottatt få opplæringstiltak. Dette bekreftes i fokusgruppeintervjuene der de ansatte forteller at det er lite fokus på både opplæring om recovery, samt vedlikehold av kompetanse på senere tidspunkt. Til tross for at *trening* i nye arbeidsoppgaver, ser man stort sett skuffende resultater relatert til overføring og opprettholdelse av nylig tilegnet kunnskap og ferdigheter man har trent på (Williams, et al., 2016).

En årsak til dette kan være en manglende forståelse av kunnskapens forskjellige faser, samt hvordan dette påvirker forflytting av kunnskap (Freeman & Sturdy, 2015). Når det kommer til kompetanseheving er det stor sett *nedskrevet kunnskap* som er i fokus, da denne formen for kunnskap tradisjonelt sett har sentral rolle når kunnskap skal overføres (Freeman & Sturdy, 2015). Opplæringen de ansatte får i form av teoretisk opplæring og tilgang til skriftlige ressurser om recovery kan studeres som *nedskrevet kunnskap*. Men dokumenter i seg selv gjør ingenting, og for at budskapet som er nedskrevet med ord skal bli tatt i bruk må de bli *utøvd* i en kontekst der den *nedskrevne kunnskapen* har relevans og kan gjøre nytte for seg (Smith-Marry & Giliepie, 2016).

Det er vanskelig å lære fra dokumenter og nedskrevet kunnskap alene. Mens dokumenter forteller en hva en skal gjøre, er de mindre produktive enn å spre forståelse for «noe» via dokumenter enn via *utøvelse* i diskusjoner og handling (Collins, 1993). Både formelle og uformelle møter er derfor sentrale arenaer der mange former for *kroppsliggjort kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* blir brakt sammen til *utøvd kunnskap* i form av diskusjon eller debatt,

men også gi grunnlag for ny kunnskap (Smith-Merry, 2015). I funnene kommer det frem at de ansatte opplever recovery som en del av dem, men at de ikke prater om recovery seg imellom når de er på jobb. I fokusgruppene kommer det også frem at brukerfortellinger i større grad anerkjennes som gyldig kunnskap. Disse fortellingene kan forstås som *kroppslig erfart kunnskap*, som et sentralt element i implementeringsarbeid og bør formidles i aktiv dialog for at kunnskapen skal spres (Freeman & Sturdy, 2015). Dersom kunnskapen de ansatte oppgir å ha ikke blir tatt i bruk, vil den forbli kroppsliggjort og aldri bli til utøvd kunnskap (Smith-Merry, 2015). Ved at kroppsliggjort kunnskap ikke tas aktivt i bruk, vanskeliggjør prosessen med å gjøre denne kunnskapen aktiv gjennom handlinger (Smith-Merry, 2015), og i denne sammenhengen utøve recovery i praksis.

Røviks (2007) kritikk tar utgangspunkt i at man ikke kan se på organisasjoner som like enheter der ideer kan innføres uten å oversettes. Derfor kan det stilles spørsmålstegn ved i hvilken grad implementeringsutfordringene handler om manglende opplæring som er god nok og inkluderer fokus på alle fasene av kunnskap, eller om recovery til syvende og sist ikke fungerer som en alenestående praksis.

Recovery i praksis

Med utgangspunkt i Freeman & Sturdy (2015) sin kunnskapsfenomenologi forstår man at kunnskap ikke forblir i den formen den er skapt (Smith-Merry, 2015). Da kunnskap ikke er statisk, er kunnskap om *kroppsliggjort, nedskrevet og utøvd kunnskap* til stor nytte da den legger til rette for en vektlegging av kunnskap som dynamisk og avhengig av konteksten den eksisterer i (Smith-Merry, 2015). *Kroppsliggjøring og utøvelse* av kunnskap gir et viktig perspektiv når man ønsker å fremme endringer, da endringene bør baseres på en forståelse av dynamikken mellom de forskjellige formene for kunnskap, samt hvordan de opererer i forskjellige kontekster (Smith-Merry, 2015).

I fokusgruppene trekker de ansatte frem at FIT, samt hvordan dette endrer vedtaksmalene de ansatte bruker for å tildele brukerne tjenester, tvinger de ansatte til å arbeide annerledes. Verktøy som dette tar sikte på å skape en ny industrialisert form for terapeutisk eller administrativ handling som legger til rette for *utøvd kunnskap* med bakgrunn i *kroppsliggjort kunnskap* (Smith-Merry, 2015). Smith-Merry (2015) beskriver at ved å ta i bruk verktøy som tar sikte på å utøve recovery, tvinger man de involverte til å engasjere seg i recovery, snakke om det, samt forstå recovery og ta inn konseptet i arbeidshverdagen deres.

Til tross for høy grad av positivitet blant deltagerne i studien, blir utfordringene i stor grad fremhevet. Dette viser at caseenheten ikke har klart å fullstendig «walk the talk» (Williams, et al., 2016), noe som også viser igjen i forskningen som fremhever implementeringsutfordringer. For at en skal «walk the talk», trekker Røvik (2007) frem at ideene må utformes og oversettes for å bli verktøy som fungerer lokalt og følgelig får en styrende virkning for praksis i organisasjonen (Røvik, 2007). Williams et al. (2016) støtter dette ved å påpeke at verdier er nødvendigvis linket til visjoner og retningslinjer, og at fokus heller burde rettes mot de ansatte i arbeid med implementering av recoveryorienterte tjenester. En høy grad av forpliktelse til rammeverket for tjenestene setter implementeringen i et organisatorisk imperativ, men det er tjenesteyterne som er *utøvere* av de recoveryorienterte tjenestene, og dermed antageligvis er de ultimate målvaktene for recoveryoperasjonaliseringen (Williams et al., 2016). Til tross for at tjenester og myndigheter er definerbare enheter i en operasjonell og juridisk forstand, så er de i seg selv avledet fra interaksjonene og relasjonene mellom menneskene som arbeider i dem (Stacy, 2005). Recovery implementert på organisasjonsnivå betyr dermed ikke nødvendigvis at recovery er implementert blant de ansatte som utøver tjenestene.

Røvik (2007) trekker frem translatørkompetansen som sentral når en idé skal settes inn i en organisasjon, også kalt kontekstualisering. Translatørkompetanse er viktig fordi det bidrar til å lage gode oversettelser i praksis som kan føre til suksess i implementeringsarbeidet (Røvik, 2007). Når en idé skal implementeres må det tas hensyn til at ideen kommer til en allerede etablert kontekst bestående av blant annet rutiner og strukturer, men også usynlige kulturer som formidles gjennom blant annet fortellinger (Røvik, 2007). I et translasjonsteoretisk perspektiv er en opptatt av hvilke muligheter lederne (translatørene) har til å forme ideen som skal oversettes, da implementering av nye ideer alltid bør sees på som en oversettelse (Røvik, 2007). I fokusgruppene fremkommer det at det er lite fokus på opplæring knyttet til praksis. Gilbert et al. (2013) trekker frem viktigheten av å utvikle opplæringsprogrammer som tar utgangspunkt i den lokale konteksten som recovery skal utvikles i, ikke ta i bruk anerkjente generelle opplæringsprogrammer som for eksempel *nedskrevet kunnskap* alene.

Vellykkede forsøk på kunnskapsoverføring spores ofte tilbake til kvaliteten på translatørkompetansen hos de som tar sikte på å innføre en ny ide, samt hvordan oversettelsesprosesser forløper (Røvik, 2007). Dette kommer til uttrykk ved at en ide tas inn, men ikke helhertet blir forsøkt oversatt og konkretisert. Eksempelvis er ikke omfattende opplæring av ansatte nok, dersom metodene ikke blir konkretisert (Røvik, 2007). Funnene i

denne studien tyder på at translatørene (lederne) i caseenheten har hatt et ønske om implementering, men at de ansatte ikke har fått opplæring i hvordan recovery best kan utøves i praksis. Dette tyder på manglende oversettelsesarbeid, og kan skje dersom ledelsen/translatørene er av den oppfatningen at det å formelt vedta at en ny ide skal innføres kan være ensbetydende med at ideen faktisk blir implementert (Røvik, 2007). Freeman & Sturdys (2015) kunnskapsfenomenologi bidrar med et fokus på alle fasene for kunnskap til større sannsynlighet for at kunnskapen som produseres er «komplett» kunnskap/ *utøvd kunnskap*.

Når en idé skal overføres til praksis må det tas hensyn til praksisens opprinnelse (Røvik, 2007). For at en god praksis skal bli en ide som videre kan overføres, er det et sentralt element at praksisen blir *nedskrevet kunnskap* (Røvik, 2007; Freeman & Sturdy, 2015). Avslutningsvis kan man stille spørsmål ved i hvilken grad det er mulig at recoveryprosessene hos brukerne ble identifisert som en praksis, dekontekstualisert til en ide i form av *nedskrevet kunnskap* for å videre bli kontekstualisert og innført i rus- og psykisk helsetjenester.

Forslag til praksis:

Ut ifra studiens funn er det tydelig at det er potensiale for å jobbe mer med overføring. Om det i større grad blir lagt til rette for arenaer for kunnskapsdeling ville de ansatte kunne bidra til økt utvikling av kroppslig erfart kunnskap, da samtaler som inkluderer brukerfortellingene om recovery er en gylden mulighet for spredning av kunnskap. Når en ide søkes implementert finnes det allerede ansatte med allerede etablerte identiteter og kunnskaper, som benytter allerede etablerte måter å utføre arbeidet sitt på (Røvik, 2007). Integrering av *nedskrevet kunnskap* og *kroppslig erfart kunnskap* kan dermed resultere i den avgjørende *utøvde kunnskapen* som er sentral for at handlingene man gjør skal gi mening som en handling.

Konklusjon:

Uten *kroppslig erfart kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* blir ikke handlingene man gjør *utøvd kunnskap*, og dermed uten mål og mening (Freeman & Sturdy, 2015). Dette bidrar til å forklare hvorfor handlinger er utfordrende å utøve. Studien fremhever forskjellen mellom ledere og ansatte, og det er denne forskjellen som har gjort det tydelig at kunnskap om kunnskapens tre faser er sentral i arbeidet med implementering av recovery. Det er i overgangen fra *kroppslig erfart kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* at *utøvd kunnskap* blir synlig. Som ledere arbeider man stort sett på organisatorisk nivå, der også forskning viser at innføring av recovery ikke er tilsynelatende problematisk. Det er lett å implementere recovery på organisasjonsnivå da det handler om å integrere verdier på organisatorisk nivå gjennom handlingsplaner eller andre

opplæringsverktøy. På organisasjonsnivå er det ikke behov for å benytte *kroppslig erfart kunnskap* og *nedskrevet kunnskap* for at kunnskapen skal utøves, og utfordringen blir dermed i mindre grad synlig.

Mye tyder på at organisasjoners kapasitet og kompetanse til å oversette ideer blir en stadig viktigere ressurs for å lykkes med kunnskapsoverføring (Røvik, 2007). Samtidig underkommuniseres det at de gode praksisene man ønsker å overføre, ofte overføres som generelle ideer i stedet for ideer som trenger oversettelse og tilpasning i den konkrete konteksten bør de kan tas i bruk lokalt (Røvik, 2007). Utfordringene med implementering av recovery kan dermed sees i lys av kvaliteten på translatørarbeidet.

Videre forskning:

Denne studien kommer til kort når det gjelder inngående kunnskap om hvordan ledelsen jobber med implementering i et ledelsesperspektiv. Videre ville det vært interessant å studere hvordan ledere (translatører) forstår kunnskapens ulike faser (Freeman & Sturdy, 2015), samt hvordan de vurderer egen rolle som translatører i arbeidet med kontekstualisering (Røvik, 2007).

Funne i denne studien trekker frem et dilemma som har gjort seg gjeldende i krysningen mellom det de ansatte tror er recovery, og det å gi omsorg. Det ville vært interessant å se nærmere på hvordan de ansatte erfarer dilemma mellom det å la brukerne bestemme over eget liv, samtidig som de har et stort behov for omsorg. Det kan tyde på at de ansatte erfarer det å gi omsorg som «noe ulovlig» man gjør dersom de som helsepersonell opplever at å la brukere bestemme ikke er faglig forsvarlig. Dette belyser også behovet for at recovery ikke bør stå alene, men heller benyttes som et supplerende perspektiv innenfor tjenestene

Litteratur:

Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Cohen, Jacob (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Collins, Harry (1993) The structure of knowledge. *Social research*, 60 (1), 95-116.

Creswell, John W. (2015) A concise introduction to mixed methods research. SAGE publications, Inc. California

Creswell, John & Plano Clark, Vicki (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry : Lessons learned*. Chichester, West Sussex, UK ;: Wiley-Blackwell.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Oslo.

Freeman, Richard & Sturdy, Steve. (2015) Introduction: knowledge in policy- embodied, inscribed, enacted. I Freeman, Richard & Sturdy, Steve (2015) *Knowledge in policy: Embodied, inscribed, enacted* (s.1-17). Bristol: Policy Press.

Gilburt, Helen, Slade, Mike, Bird, Victoria, Oduola, Sheri, & Craig, Tom (2013). *Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study*. *BMC Psychiatry*, 13(1), 167.

Glogowska, Margaret (2011) Paradigms, pragmatism and possibilities: mixed-methods research in speech and language therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 46, 3, 251-260

Graneheim, Ulla, & Lundman, Berit (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) Rett behandling- på rett tid- til rett sted. (Meld. St. (2008-2009)) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser.*

Helsedirektoratet. Oslo.

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* Helsedirektoratet.

Oslo.

Jacobsen, Dag Ingvar (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Cappelen damm AS. Oslo.

Malterud, Kirsi (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.*

Universitetsforlaget. Oslo.

Neuman, William Lawrence (2014) Pearson New International Edition. *Social research methods: Qualitative and Quantitative Approaches.* Person Education Limited 2014. Essex

Karlsson, Bengt og Borg, Marit (2017) *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser.*

Gyldendal norsk forlag. Oslo.

NOU 2001:22. *Fra bruker til borger- En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer.* Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

Røvik, Kjell Arne (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon.* Universitetsforlaget. Oslo.

Shera, Wes & Ramon, Shulamit (2013) *Challenges in the Implementation of Recovery-Oriented Mental Health Policies and Services. Analysis of Developments in England and Canada.* International Journal of mental Health. Vol.42, nos.2-3, Summer/ Fall 2013, 17-42.

Slade, Mike (2009) *Personal Recovery and Mental Illness. A guide for Mental Health Professionals.* Cambridge University Press. Cambridge.

Smith-Merry, Jennifer, Freeman, Richard, Sturdy, Steve (2011) *Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland.* International Journal of mental health systems 2011, 5:11.

Smith-Merry, Jennifer, & Gillespie, James (2016). *Embodying policy-making in mental health: The implementation of Partners in Recovery.* Health Sociology Review: Lived

Experience, Contested Evidence: Sociological Perspectives On The Politics Of Knowledge In Healthcare, 25(2), 187-201.

Smith- Merry, Jennifer & Sturdy, Steve (2013) «*Recovery in Scotland: the rise and uncertain future of mental health social movement*», Society and Mental Health, vol 3, no 2, pp 114-32

Smith-Merry, Jennifer (2015) *Seeing knowledge in mental health in Scotland*. I Freeman, Richard & Sturdy, Steve (2015) *Knowledge in policy. Embodied. Inscribed. Enacted* (s.21-41). Bristol: Policy pres.

Stacy, Ralph (2005) Organisational identity: the paradox of continuity and potential transformation at the same time. Group Analysis, Vol 38, No. 4, pp.477-98.

Tartakovsky, Margarita (2018) Feedback-informed Treatment: Empowering Clients to Use Their Voices. Hentet fra: <https://psychcentral.com/lib/feedback-informed-treatment-empowering-clients-to-use-their-voices/>

Williams, Virginia D., Deane, Frank P, Oades, Lindsay G., Crowe, Trevor P., Ciarrochi, Joseph, Andresen, Retta (2016) *Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values*. Emerald Group Publishing Limited.

Wormdal, Irene & Olsø, Turid M. (2018). Etabler praksisfellesskap for å implementere Recovery. Napha. Hentet fra: <https://www.napha.no/content.ap?thisId=22157>

Yin, R. (2018). *Case study research and applications : Design and methods* (6. utgave. ed.). Los Angeles: SAGE.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv for kvantitativ datainnsamling

Hei,

Som ansatt i (anonymisert) er du velkommen til å delta i studien «*Recovery som trend i offentlig sektor*». Du vil være anonym, og det tar ca. 5 minutter å gjennomføre undersøkelsen. Studien er en masteroppgave i rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. Å delta i denne studien innebærer kun å fylle ut et spørreskjema. Dette gjør du ved å klikke på denne linken: <https://svar.uis.no/LinkCollector?key=DGHKKFU1SJC5>

Har du spørsmål kan du ta kontakt med enten Serine Selvaag (s.selvaag@stud.uis.no) eller min veileder Hildegunn Sagvaag (hildegunn.sagvaag@uis.no).

Formål

Målet er å undersøke hva som skjer når Recovery implementeres i offentlig sektor, samt om og hvordan de ansatte opplever å jobbe recoveryorientert. Studien vil kunne gi kunnskap om implementeringsprosessen, om hva som fungerer godt og hva som kunne vært bedre. Vi spør oss derfor: *Hva skjer når trenden recovery søkes implementert i en tjeneste?*

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse innebærer at du fyller ut et spørreskjema der du får spørsmål om din erfaring av implementeringen av Recovery i (anonymisert) kommune. Du vil få spørsmål om motivasjon, prosessen, samt utfordringer og hva som har fungert. Jeg anbefaler deg å svare det alternativet som først faller deg inn, uten å reflektere over svaralternativene for lenge.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert av SurveyXact før de blir oversendt til meg, og ingen av dine svar kan spores eller ha betydning for ditt arbeidsforhold. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake 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 fra studien. Da vil dine svar bli slettet i SurveyXact.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og kun slik vi her har beskrevet. Vi vil bare bruke opplysningene i spørreskjemaet til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Det vil kun være meg som student, samt min veileder som har tilgang til de anonymiserte dataene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *1.juni 2022*. Ved prosjektslutt vil alle data bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), 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 Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Stavanger ved Hildegunn Sagvaag (veileder) eller Serine Selvaag (student).

- Vårt personvernombud: *Kjetil Dalseth*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Hildegunn Sagvaag

Student

Serine Selvaag

Vedlegg 2: Informasjonsskriv for kvalitativ datainnsamling

Hei,

Som ansatt i (anonymisert) er du velkommen til å delta i studien «*Recovery som trend i offentlig sektor*». Studien er en masteroppgave i rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Studien er godkjent av Personvernombudet i Norsk Senter for Forskningsdata. Målet er å undersøke hva som skjer når Recovery implementeres i offentlig sektor, samt om og hvordan de ansatte opplever å jobbe recoveryorientert. Studien vil kunne gi kunnskap om implementeringsprosessen, om hva som fungerer godt og hva som kunne vært bedre.

Hva innebærer det for deg å delta?

I forbindelse med samme studie er det tidligere sendt ut link til spørreskjema. I tillegg til dette ønsker jeg å gjennomføre et intervju for å styrke prosjektet. Å delta i denne studien innebærer å delta i fokusgruppeintervju. Den første gruppen vil bestå av 5-7 dagvakter, og den andre gruppen vil bestå av 5-7 kveld- og nattevakter. Spørsmålene vil være knyttet til ulike tema som har kommet frem i spørreundersøkelsen, og vil i hovedsak dreie seg om din erfaring med arbeidet med implementering av recovery i avdelingen. Dere vil få diskutere hvordan du har erfart å jobbe recoveryorientert, og hva dere synes er fordeler og utfordringer med denne måten å jobbe på. Vi kommer til å benytte en båndopptaker når vi snakker sammen. Intervjuet eller samtalen, vil vare i underkant av to timer. Vi kommer tilbake til tid og sted, og vi kan gjerne komme til dere.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Ingen dine svar kan spores eller ha betydning for ditt arbeidsforhold. Du vil heller ikke kunne identifiseres i presentasjonen av funnene. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake 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 fra studien.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og kun slik vi her har beskrevet. Opptakene oppbevares sikkert på UiS sitt område. Vi vil bare bruke opplysningene til formålene vi har fortalt om i dette skrevet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *1.juni 2022*. Ved prosjektslutt vil alle data bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), 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 Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Universitetet i Stavanger ved Hildegunn Sagvaag (hildegunn.sagvaag@uis.no) eller Serine Selvaag (s.selvaag@stud.uis.no).

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Hildegunn Sagvaag
Professor

Student
Serine Selvaag
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har fått tilstrekkelig med informasjon og samtykker til å delta i studien om implementering av recovery i offentlig sektor.

.....
Signatur

Dato

Recoverytilnærmingen legger til rette for at bruker skal være ekspert i eget liv. Hvordan opplever du din rolle i denne relasjonen?

- (1) Positiv
- (2) Negativ

Opplever du recoverytankegangen som nyttig?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har du fått god nok opplæring i hva som er din rolle i hjelperelasjonen nå som recovery er gjeldende kunnskapsgrunnlag?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har opplæringen inneholdt konkrete eksempler fra din arbeidshverdag?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvordan ble du introdusert for recovery kunnskapsgrunnlaget?

- (1) Kurs via arbeidsplassen
- (2) Gruppearbeid/ workshops på arbeidsplassen
- (3) Under opplæringsperioden min
- (4) Deltagelse på kurs i privat regi
- (5) Annet _____

Hva ser du på som utfordringene med å jobbe recoveryorientert?

- (1) Opplevelse av ansvarsfraskrivelse
- (2) Opplevelse av å ikke gi forsvarlig hjelp
- (3) Balansen mellom mestring og hjelpeløshet
- (5) Balansen mellom å snakke ærlig og det å ha en ikke dømmende holdning
- (6) Balansen mellom totalavhold og aksept av rusmiddelbruk
- (4) Ingen utfordringer

Hvem bestemmer ved uenighet?

- (1) Du som ansatt
- (2) Bruker/ innbygger

Har du vært ansatt i enheten fra før recovery ble innført i 2012?

- (1) Ja
- (2) Nei

I hvor stor grad opplevde du endring i arbeidsoppgavene dine etter at recovery ble etablert som gjeldende kunnskapsgrunnlag.

1 tilsvarer ingen endring og 5 tilsvarer stor endring

- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5

Hvordan opplever du rammene for yrkesutfoldelsen og arbeidshverdagen din i dag kontra tidligere?

- (2) Mindre begrensninger
- (1) Like
- (3) Mer begrensninger

Har innføringen av recovery i større eller mindre grad ført til at du har mer å tilby i arbeidet med brukene?

- (1) I mindre grad
- (2) Likt
- (3) I større grad

Opplever du som ansatt at brukerne i større grad er tilfreds med hjelpen de får i dag kontra tidligere?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Etter at recovery ble innført som kunnskapsgrunnlag i enheten, opplevde du endringene i arbeidsoppgavene sine som positive eller negative for deg som ansatt?

- (1) Positive
- (2) Negative

Er du leder eller mellomleder?

- (1) Ja
- (2) Nei

I ditt arbeid med recoveryimplementering: Opplever du i størst grad

- (1) Å bli kritisert/ sabotasje i arbeidet
- (2) Begeistring/ støtte i arbeidet

Opplever du presentasjonen av hjelperrollen i recoveryorienterte tjenester er tydelig?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Til en viss grad
- (4) Vet ikke

Vedlegg 4: Temaguide

Bakgrunn:

1. Hva er din stillingstittel/ arbeidsoppgaver?
2. Hvor lenge har du vært ansatt i enheten?
3. Hva var din reaksjon til Recovery tilnærmingen første gang du ble introdusert for begrepet?

-
4. Kan dere diskutere hvordan/ hvorfor/ hvorfor ikke recovery er «den rette»/ en nyttig måte å jobbe på innen rus- og psykisk helsearbeid?
 5. Kan dere diskutere noen ulemper med måten å organisere tjenestene på?
 6. Kan dere diskutere forskjellene på å jobbe recoveryorientert og å ikke jobbe recoveryorientert?
 - a. De ansattes rolle
 - b. Brukernes rolle
 7. Kan dere huske måten dere har blitt introdusert for recovery?
 - a. Opplæring i den nye rollen
 - b. Eksempler fra praksis
 8. Kan dere diskutere hvordan dere oppfatter at enheten har jobbet med implementering av recovery?
 9. Hva har gitt deg mest utfordringer etter at dette kunnskapsgrunnlaget ble implementert?

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Recovery som trend i offentlig sektor

Referansenummer

371481

Registrert

04.09.2019 av Serine Selvaag - s.selvaag@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hildegunn Sagvaag, hildegunn.sagvaag@uis.no, tlf: 99793634

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Serine Selvaag, s.selvaag@stud.uis.no, tlf: 47282145

Prosjektperiode

23.09.2019 - 01.06.2022

Status

20.12.2019 – Vurdert

Vurdering (2)

20.12.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 20.12.19.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.12.19. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

05.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 05.09.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den

registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

FONTENE forskning

FORFATTERVEILEDNING

INFORMASJON

Takk for at du er interessert i å sende inn artikkel til Fontene forskning!

Fontene forskning er Norges ledende vitenskapelige tidsskrift for sosialt arbeid, barnevern og vernepleie. Vitenskapelige artikler bedømmes (peer review) anonymt av to uavhengige fagfeller med høy vitenskapelig kompetanse. Fontene forskning inneholder i tillegg følgende typer fagstoff: debattartikler, bokanmeldelser og nytt om forskning, blant annet presentasjoner av doktorgradsavhandlinger.

Papirutgaven kommer ut med to nummer per år, vanligvis i juni og desember. Heftene blir deretter publisert åpent på tidsskriftets nettsted: <http://www.fonteneforskning.no>. Vitenskapelige artikler som er godkjent for publisering kan publiseres på nettet i påvente av plass i papirutgaven. Debattartikler og omtaler av bøker og tidsskrifter kan også publiseres bare på nett.

Tidsskriftet utgis av FO, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det sendes til medlemmer og abonnenter og har et opplag på 27 000.

Redaksjonen tar gjerne mot manuskripter fra alle områder innen de forskningsfeltene som er relevante for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det er ingen betingelse at forfatteren selv tilhører en av disse yrkesgruppene, bare at artiklene er av interesse for fagfeltet. Det dreier seg om tema med relevans for sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene.

Spørsmål om innsending av materiale kan rettes til fagredaktør eller til redaksjonsutvalget:

Fagredaktør

Sissel Seim	sisselse@oslomet.no
<i>Redaksjonsmedlemmer:</i>	
Anita Gjermestad	anita.gjermestad@vid.no
Hulda Mjøll Gunnarsdottir	hulda.m.gunnarsdottir@uis.no
Ingunn Barmen Tysnes	Ingunn.Barmen.Tysnes@hvl.no
Ingunn Tollisen Ellingsen	Ingunn.T.Ellingsen@uis.no
Karen Skaale Havnen	karen.havnen@uib.no
Siv Elin Nord Sæbjørnsen	siv.e.n.sabjornsen@himolde.no
Steinar Kristiansen	steinar.kristiansen@outlook.com

Behandling og vurdering av manuskripter krever tid og oppmerksomhet fra redaksjon og fagfeller som skal vurdere artiklene. For å sikre best mulig vurdering må manuskripter som sendes inn være vitenskapelig og språklig bearbeidet, og nøye følge de tekniske kravene til oppsett og referanser som er satt opp i denne forfatterveiledningen.

Tidsskriftets redaksjon har ikke kapasitet til å kommentere uferdige manuskripter. Uferdige eller teknisk ufullstendige manuskripter blir derfor ikke vurdert for publisering, men forfatterne får beskjed om dette. Innsendte manuskripter returneres ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem.

Informasjon og instruks til forfattere finner du også på <http://www.fonteneforskning.no>

INSTRUKS TIL FORFATTERE

INNHOLD Vitenskapelige artikler

Vitenskapelige artikler skal være teoretiske og/eller empiriske originalartikler eller oversiktsartikler innenfor det samfunnsvitenskapelige forskningsfeltet og sosialpolitikk. Artiklene skal ikke overskride 7000 ord, inkludert sammendrag, nøkkelbegreper, figurer, tabeller og litteraturreferanser. Det skal også sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen. For faglige krav til artikler se kriterier for fagfelle-vurdering på side 6. Tekniske krav til artiklene er gjengitt nederst på siden og på neste side.

Debatt

Debattartikler og kommentarer kan ta opp teoretiske og metodiske spørsmål, behandle motsetninger i fagfeltet, samt spørsmål knyttet til utdanningspolitikk, utdanning, velferdspolitik og forskningspolitikk (maksimum 3000 ord inkludert litteraturreferanser.).

Anmeldelser og omtale av bøker og tidsskrifter

Anmeldelser av bøker og tidsskrifter avtales med redaksjonen. Ta kontakt med bokredaktør Steinar Kristiansen, steinar.kristiansen@outlook.com om du ønsker å anmelde en bok (maksimum 2000 ord). Nye bøker til redaksjonen publiseres på nettsidene.

Nytt om forskning: Tidsskriftet tar gjerne imot sammendrag av forskningsrapporter, doktoravhandlinger og andre nyheter, for eksempel informasjon om prosjekter og konferanser.

INNSENDELSE AV BIDRAG

Manus til vitenskapelige artikler, debattartikler, bokanmeldelser og nyheter sendes som vedlegg til epost til fagredaktøren: sisselse@oslomet.no. Hvis det er flere enn en forfatter, skal en av forfatterne oppgis som kontaktperson. Navn på dokumentet skal være forfatterens eller kontaktpersonens navn og dato for innsendelse. Samme eller lignende manuskript må ikke sendes til andre tidsskrifter eller forlag.

TEKNISKE KRAV

Vitenskapelig artikler og debattartikler skal sendes i redigerbar elektronisk form (Wordformat). Artikler skal være skrevet med 1.5 linjeavstand og marg på 2,5 cm på hver side og oppe og nede, det skal brukes font Times New Roman 12 punkt. Sidene skal være fortløpende paginert og skal ikke inneholde topptekst eller bunntekst med forfatterens navn eller andre informasjonen.

Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen.

Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de settes inn som sluttnoter og nummereres fortløpende. Eventuelle tabeller eller figurer skal leveres på egen side, med henvisning i teksten til hvor de skal settes inn.

NB! Alle tekniske krav må følges og sjekkliste på side 5 i forfatterveiledningen skal sendes med ved innsending av manus!

Vitenskapelige artikler og debattartikler skal sendes i et samlet dokument som inneholder både oversiktsside, artikkel og eventuelle figurer og tabeller.

Oversiktsside skal inneholde:

- Artikkelen tittel
- Forfatteren/forfatterens navn, tittel, arbeidssted, og epost, flere forfattere skal oppgis i riktig rekkefølge for publisering.
- Opplysninger om hvilken forfatter som skal være kontaktperson
- Artikkelen lengde (antall ord) inkludert sammendrag, nøkkelbegreper, tabeller, figurer og litteraturreferanser.
- Erklæring om at artikkelen ikke er publisert, eller levert til publisering annet sted. ○ Sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

Artikkelen skal inneholde: Tittel, tekst og litteraturreferanser. Eventuelle figurer og tabeller settes i slutten av artikkelen på separate sider med angivelse i teksten hvor de skal settes inn.

Anonymisert artikkel sendes i eget dokument

For vitenskapelige artikler skal det sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen som kan sendes til fagfelleevaluering. I denne versjonen skal det ikke kunne gjenkjennes hvem som er forfatter. Navn på institusjon, sted, tekst og litteraturreferanser til forfatter må anonymiseres. Litteraturreferanser til forfatter skrives slik i teksten: (Forfatter, årstall) eventuelt (Forfatter 1, 2 eller 3, årstall) ved flere forfattere. I litteraturlisten plasseres referansen alfabetisk under F, uten andre informasjonen, som navn på dokumentet, tidsskrift eller forlag. Eventuelle figurer og tabeller skal også inngå i det anonymiserte dokumentet. Anonymisert dokument skal ha forfatterens navn og dato for innsending som dokumentnavn, dette fjernes av redaksjon før eventuell videresending til fagfeller. Husk at eventuelle figurer og tabeller også skal inngå i det anonymiserte dokumentet.

Bokanmeldelser

Bokanmeldelser skal være på maks. 2000 ord. Dokumentets navn skal være navnet på den som anmelder og dato for innsendelse. Følgende informasjoner skal stå på første side:

- Tittel på anmeldelsen, anmelderens navn, tittel, arbeidssted, og epost,
- Opplysninger om boken som anmeldes: Forfatter, evt. forfattere, tittel, utgivelsessted og forlag, samt årstall for utgivelse.
- Anmeldelsens lengde i antall ord.

REFERANSER

Referanser skal følge malen APA 6, norsk versjon, men merk at det skal brukes **fullt fornavn**.

Det skal ikke brukes (ibid) eller (op.cit.). Informasjon om APA stilen finnes på følgende link: [reglene for APA i kildekompasset på nett](#).

Referanser i teksten:

I løpende tekst oppgis forfatternavn og årstall, ved sitater skal det også oppgis sidetall.

Med 1-2 forfattere: (Malterud, 2003) (Holloway & Valentine, 2006)

Med 3-5 forfattere: Første gang oppgis alle forfatterne (Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, 2007), deretter kun første forfatter et al. (Eikeseth et al., 2007)

Med 6 eller flere forfattere: Kun første forfatter et al. (Gilbert et al., 2002)

Flere referanser i en parentes plasseres i alfabetisk rekkefølge adskilt med semikolon, slik: (Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, 2007; Holloway & Valentine, 2006; Malterud, 2003)

Fullstendig referanseliste skal plasseres sist i artikkelen: APA, Norsk med fullt navn *Eksempler:*

Bok: Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Antologi: Nordstoga, Sigrid & Grønningsæter, Arne Bacher (Red.) (2014). *Det kommunale barnevernet i utvikling – Et nødvendig samarbeid mellom praksis og forskning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kapittel i bok/antologi: Oppedal, Mons (2007). Barns og foreldres brukermedvirkning i et juridisk perspektiv. I Sissel Seim & Tor Slettebø (Red.) *Brukermedvirkning i barnevernet* (s. 46-67). Oslo: Universitetsforlaget.

Tidsskrift: O'Brien, Michael & Salonen, Tapio (2011). Child poverty and child rights meet active citizenship: A New Zealand and Sweden case study. *Childhood*, 18(2), 211-226.

VURDERING AV ARTIKLER

Redaksjonen vurderer først om vitenskapelige artikler skal sendes til fagfelleevaluering, debattartikler vurderes endelig av redaksjonen. Manuskripter som går til fagfelleevaluering sendes i anonymisert form til to uavhengige fagfeller. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den på bakgrunn av kommentarer fra fagfeller og redaksjon, og sende artikkelen tilbake til fagredaktør. Hvis artikkelen ikke antas, kan forfatter bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny vurdering. Ved større omarbeidelser blir ny versjon av artikkelen sendt tilbake til fagfeller for vurdering.

Hvis artikkelen antas for publisering, skal det i tillegg leveres tittel, sammendrag og nøkkelbegreper på engelsk, samt bilde av forfatter/forfattere.

Redaksjonen for Fontene har ansvar for språkvask, korrektur og trykking av antatte artikler. I produksjonsprosessen vil derfor Fontene-redaksjonen kommunisere direkte med forfatter eller kontaktpersonen.

ETIKK

Alle forfattere har ansvar for at fagetiske og forskningsetiske prinsipper er ivaretatt i manuskriptet. Ved empiriske undersøkelser skal det oppgis i teksten hvordan etiske hensyn er ivaretatt, og om det er innhentet nødvendige tillatelser fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det forventes at forfattere følger anerkjente regler for sitering og nøyaktig bruk av referanser med sidetall for sitering både av eget og andres arbeider. Redaksjonen ser alvorlig på forsøk på plagiering, kopiering av tekst fra andres arbeid uten oppgitt referanse, og vil ta skritt for å følge opp dersom dette oppdages. Ny *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (forskningsetikkloven) trådte i kraft 1.5.2017, og erstatter tidligere lov fra 2007. For nærmere informasjon om forskningsetikk og definisjoner av plagiering og fusk etc. se: De nasjonale forskningsetiske komiteer. <https://www.etikkom.no/>

Se også informasjon Committee on Publication Ethics, COPE, (www.publicationethics.com)

COPYRIGHT

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder *etter* publisering i Fontene forskning, men det skal da sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes, og det skal fremgå at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning. Avtale om copyright skal undertegnes før publisering.

SJEKKLISTE SOM SENDES INN SAMMEN MED MANUSKRIFTET

Gjelder artikkel:

Forfatternavn og dato for innsending:

Artikkelens nummer (Hvis tildelt):

Er innsending i overensstemmelse med instruksen? (Sett kryss til venstre).

	Maksimal lengde (Vitenskapelig artikkel 7000 ord, debattartikkel 3000 ord, anmeldelser 2000 ord)
	Tilstrekkelige forfatteropplysninger (navn, institusjon, mailadresse)
	Erklæring om at artikkelen bare er sendt Fontene forskning
	Tekniske krav: Sidetall, font Times New Roman 12 punkt, 1 ½ linjeavstand, antall overskrifter.
	Sammendrag/ingress/nøkkelbegreper
	Redegjørelse for etikk (i metodeavsnitt)
	Litteratur-referanser (husk norsk APA stil med fullt fornavn)
	Anonymisert versjon vedlagt (for vitenskapelig artikkel).
	Navn på dokumentet: forfatternavn og innsendt dato + eventuelt tildelt artikkelnummer.
	Redegjørelse for endringer (etter forslag fra redaksjon eller fagfeller)
	Engelsk tittel, sammendrag og nøkkelord (bare for antatte artikler)
	Bilde av forfatter(e) (bare for antatte artikler)

KRITERIER FOR FAGFELLE-VURDERING

Fontene forskning publiserer artikler som er aktuelle for følgende områder: Sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene. Vitenskapelige artikler vil bli bedømt anonymt av to uavhengige fagfeller med høy kompetanse. Kriteriene for fagfelleevaluering er også en veiledning til forfatterne.

- 1) Er innholdet i artikkelen relevant og interessant for Fontene forsknings område?
- 2) Presenterer artikkelen ny kunnskap?
- 3) Er formål og problemstillinger klart formulert og diskutert i artikkelen?
- 4) Er artikkelen godt disponert, og teori, metode, funn og tolkninger klart presentert?
- 5) Er artikkelen fundert på relevant og oppdatert norsk og internasjonal faglitteratur?
- 6) Har den godt språk og begrepsbruk?
- 7) Er kildehenvisninger komplette i tekst og i litteraturliste? Følger den tidsskriftets mal?
- 8) Finnes det godt sammendrag og nøkkelbegreper?
- 9) Er artikkelen innenfor tillatt lengde (7000 ord inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturliste)

II Konklusjon

1. **Godtatt. Artikkelen kan aksepteres som den er.** Du kan fortsatt foreslå forbedringer.
2. **Godtatt med mindre omarbeidelse. Artikkelen må omarbeides før publisering.** Det bør beskrives hvilke endringer som er nødvendige.
3. **Kan godtas, med større omarbeidelse.** Artikkelen har en eller flere områder som må forbedres vesentlig før publisering. Problemene bør beskrives, med anvisning av hvilke områder som må forbedres.
4. **Kan ikke godtas.** Artikkelen vurderes på nytt etter at den er omarbeidet.
5. **Avvist.** Velg dette alternativet hvis artikkelen er helt utilstrekkelig på en eller flere av områdene ovenfor.