

PERSPEKTIVER PÅ PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Recovery, erfaringsbasert
kunnskap og samarbeidsbasert
kunnskapsutvikling

Bengt Karlsson og
Marit Borg (red.)



FAGBOKFORLAGET



Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid

Bengt Karlsson og Marit Borg (red.)

Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid

Recovery, erfaringsbasert kunnskap og
samarbeidsbasert kunnskapsutvikling



FAGBOKFORLAGET

Copyright © 2019 by
Vigmostad & Bjørke AS
All Rights Reserved

1. utgave / 1. opplag 2018

ISBN: 978-82-450-2906-2
ISBN (trykt): 978-82-450-2399-2

Tilrettelagt for e-bok: John Grieg, Bergen

Forsidedesign ved forlaget
Forsidefoto: Antony Gormley
ANGEL OF THE NORTH, 1998
Stål

20 x 54 x 2,2 m

På oppdrag fra the Gateshead Metropolitan Borough Council, Gateshead, England
Permanent installasjon, Gateshead, England

Fotografi av Colin Cuthbert, Newcastle
© kunstneren

Spørsmål om denne boken kan rettes til:
Fagbokforlaget
Kanalveien 51
5068 Bergen
Tlf.: 55 38 88 00 Faks: 55 38 88 01
e-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Materialet er vernet etter åndsverkloven.
Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling
bare tillatt når det er hjemlet i lov eller avtale med Kopinor.

Innhold

Introduksjon	11
<i>Av Bengt Karlsson og Marit Borg</i>	
Kunnskap om psykisk helse og rus i Drammen.....	11
Om Senter for psykisk helse og rus	15
<i>Recovery</i>	15
<i>Erfaringsbasert kunnskap</i>	17
<i>Samarbeidsbasert kunnskapsutvikling</i>	19
Bokens struktur og innhold	21

DEL 1

Recovery	29
-----------------------	----

Kapittel 1

En annerledes arena for psykisk helse- og rusarbeid?

– Recoveryverksted som arena for samarbeid og dialog	31
--	----

Therese Austrheim Johnson og Katrine Hordvik Wilhelmsen

Bakgrunn	31
Recovery som perspektiv i kommunalt psykisk helsearbeid	32
Recoveryverksted – en fellesarena for utvikling, samarbeid og kunnskap?	33
Hvordan er det å være deltaker på Recoveryverkstedet?	35
Presentasjon av funn	36
<i>En annerledes arena</i>	36
<i>Nettverksbygging og fellesskap</i>	37
<i>Opplevelsen av å dele og å lære</i>	37
<i>Mangfoldige synergier</i>	38
Diskusjon	39
<i>Å sitte på hendene</i>	39
<i>En arena for alle?</i>	40
<i>Begeistringens kraft og potensialer</i>	41

Kapittel 2

«Du må gi for å få ...»

Historier om hvordan håp kan vokse gjennom dialog og samhandling 45

Knut Tore Sælør, Trude Klevan og Rolf Sundet

Innledning.....45

Håp og bedring 46

To historier om håp, dialog og samhandling 47

Hva kan historier om andre gjøre med historier om oss selv? 52

Avslutning eller innledning.....55

Kapittel 3

Ta kontrollen tilbake – om Recovery, opprør og fastholdelse.....57

Marit Borg og Bengt Karlsson

Innledning.....57

Recovery som opprør mot marginalisering 59

Recovery som opprør mot det dominante psykiatriske paradigmet 63

Recovery anno 2018 – tradisjoner og fastholdelse 67

Kapittel 4

Er psykiske problem sosiale problem?

– Om krafta i konteksten og definisjonsmakta i samfunnet 69

Knut Ivar Bjørlykhaug

Innleiing 69

«Sosial klimakrise» 70

Historia om Roseto 70

Magdalena opplever ei sosial og psykisk krise 72

Arbeid – anten eller?.....72

Definisjonsmakta i feltet 73

Diskriminering, sosial urettferdighet og psykisk helse 74

Sosialt arbeid og psykisk helse.....75

Sosial støtte og psykisk helse 76

Økonomiske tiltak og sosial tilhørslse 77

Effektane av erfaringskunnskap.....78

Sosialt psykisk helsearbeid 78

Er psykiske problem sosiale problem? 79

DEL 2

Erfaringsbasert kunnskap 83

Kapittel 5

Erfaring gir bedre behandling!.....85

Arne Johansen

Innledning.....85

Rollene som må fylles	86
Kunsten å fungere som hjelper	86
Hva kan man egentlig vite?	87
Betydningen av pasientens erfaringskunnskap	88
Tilbake til Aristoteles	89
Dagens autoriteter, fremtidens klovner?	90
Farvel til autoritetene?	91
Løsningen er likeverd	93

Kapittel 6

Å arbeide med tilbakemelding: En erfaringsoppsummering	97
---	-----------

Rolf Sundet

Kapittelets prosjekt	97
Begrepsbruk	98
Autoetnografi og politisering av praksisfeltet	98
Bruken av tilbakemelding	100
<i>Samtaleredskap</i>	100
Klient og resultatstyrt terapi (KOR)	101
«Regler» for praksis	101
«Regel» 1: Ingen svar, bare samtaler	102
«Regel» 2: Terapeutendring	102
«Ja»- og «nei»-orienterte metoder	103
<i>Tilbakemelding og mangfold av arbeidsmåter</i>	104
«Regel» 3: Kvotering av familien	105
Dikotomier og maktforskjeller	106
Avsluttende innspill: Terapi som samarbeid	107

Kapittel 7

Dialogbasert undervisning i samarbeid med beboere:

Ansattes erfaringer fra en rusinstitusjon	109
--	------------

Stian Biong og Jan Kåre Hummelvoll

Om kunnskap	109
Hva kjennetegner kunnskapsgrunnlaget innen rusfeltet?	110
Behov for et bredere kunnskapsgrunnlag	111
Recoveryorienterte praksiser	111
Utvikling av recoveryorienterte praksiser	113
Ansattes erfaringer med dialogbasert undervisningsopplegg	114
Å muliggjøre	114
Å bevisstgjøre	115
Å reflektere	116
Diskusjon og oppsummering	117
<i>Fornyelse</i>	117
<i>Mangfold</i>	117
<i>Trygghet</i>	118
<i>Konklusjon</i>	119

Kapittel 8

Å utforske fenomenet støtte gjennom dialogiske samtaler i en medforskergruppe 121*Mona Sommer og Ottar Ness*

Innledning.....	121
Medforskergruppen og forskningsprosjektet	123
Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming	124
Dialogiske samtaler i analyseprosessen	125
Dialogiske samtaler i medforskergruppen	125
Muligheter og utfordringer i dialogiske samtaler	127
Avsluttende kommentarer	129

Kapittel 9

Me, Myself, I – om ondskap i arbeidet med personer som søker hjelp – revisited 133*Bengt Karlsson*

Introduksjon.....	133
Avdelingen.....	134
Faglig og politisk tidsånd.....	134
Frank og jeg.....	135
Vår forakt for svakhet.....	136
Om å oppleve ondskap som en konkret erfaring	138
De andre onde – og vi gode	140
Ondskapens problem og vitenskap	141
Omsorgens tvetydighet og tvetydighetens omsorg.....	142
En avslutning	143

DEL 3

Samarbeidsbasert kunnskapsutvikling 147

Kapittel 10

Samarbeidsbasert forskning – grunnlag for økt demokrati, likeverdighet og bedring?**Erfaringer fra en kompetansegruppe..... 149***Monika K. Gullslett, Knut Stubben og Ann-Mari Lofthus*

Innledning.....	149
Hvordan kan begreper forstås?.....	150
Maktfordeling i forskning og tjenesteutvikling – likeverdig kunnskap?	151
Samarbeidet i kompetansegruppen	152
Hvordan kan det oppleves å være medforsker?.....	154
Refleksjoner om samarbeidsbasert forskning	155
Samarbeidsbasert forskning – avsluttende refleksjon	157

Kapittel 11

En autoetnografisk beretning om veien til autoetnografi	161
--	------------

Rolf Sundet

Kapittelets anliggende	161
Autoetnografi	162
Fragmenter fra et yrkesliv	164
Utenfor mitt Panopticon blir mine overtredelser klarere	166
Neoliberalismen og New Public Management som det moderne Panopticon	167
Fra terapi som psykomedisinsk behandling til politisk aktivisme	169
Oppdagelsen av autoetnografien som kunnskapsskapende politisk verktøy	171

Kapittel 12

Drømmen om A4. Kjerring og unger, hus og bil – hva skal til?	175
---	------------

Ellen Andvig, Monika K. Gullslett og Victoria Edwards

Innledning	175
Drømmen om A4-livet – om rutiner, bolig, jobb og støtte	177
<i>Et sted å bo</i>	178
<i>En jobb</i>	178
<i>Sosial identitet</i>	180
<i>Sosial støtte</i>	181
Ensomhet og dårlig økonomi	182
Avsluttende refleksjoner	184

Kapittel 13

Hvordan samarbeide om et forskningsprosjekt?

Erfaringer fra samarbeid om forskning mellom en kommune og en høgscole	187
---	------------

Ottar Ness, Marit Borg, Knut Tore Sælør, Randi Semb, Therese A. Johnsen, Trine Hoff og Marielle Andersen

Innledning	187
Starten	188
Organiseringen av Askerprosjektet	188
Metodologi	189
Funn fra delstudie 1 – «Samarbeidende praksiser»	190
<i>Unge voksne med samtidige problemer og deres perspektiv på samarbeid</i>	191
<i>Pårørende og deres perspektiv på samarbeid</i>	191
<i>Fagpersonene og deres perspektiv på samarbeid</i>	192
<i>Oppsummering</i>	192
Hvordan legge til rette for godt samarbeid mellom kommunen og høgsolen?	192
<i>Å beskrive tabloidiserte funn</i>	193
Inkludert og inspirert – erfaringer sett fra kommunens side	194
Helheten blir mer enn summen av delene – samarbeidet sett fra høgsolenes side	195
Avslutning	197

Introduksjon

Bengt Karlsson og Marit Borg

Kunnskaping om psykisk helse og rus i Drammen

Vi vil starte dette innledningskapittelet med å forsøke å plassere oss selv og utviklingen av Senter for psykisk helse og rus (SFPR) i en større sammenheng innen politikk, utdanning og kliniske praksiser. Psykisk helse- og rusarbeid ble introdusert som et fellesbegrep i 2014 gjennom veilederen «Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne». Dette fellesbegrepet bygger på den omfattende og historiske utvikling knyttet til fag, forskning og utdanning som har foregått innen psykisk helse- og rusarbeid fra slutten av 1990-tallet. Særlig viktig var Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 med sin understreking av psykisk helsearbeid som et tverrfaglig og tverretatlig arbeid som skulle karakterisere tjenestetilbudene i kommunene og de distriktspsykiatriske sentrene.

Psykisk helse- og rusarbeid har en kort faglig historie. I Drammen, og det som etter hvert ble SFPR, har flere av oss vært aktive i utviklingen av psykisk helse- og rusarbeid på nasjonalt nivå i de siste tjue årene på ulike sentrale arenaer. Vi engasjerte oss tidlig i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, og her ble psykisk helsearbeid definert slik:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.

I vårt miljø har vi vært opptatt av å støtte oppunder sentrale myndigheters tydeliggjøring av målet om at personer som erfarer psykiske helse- og/eller rusutfordringer, skal kunne leve et trygt og verdig liv i lokalsamfunnet – på lik linje med befolkningen for øvrig. Innbyggere som kommer i en pasient- eller brukerrolle, skal forstås og møtes som en person som lever sitt liv i en sosial sammenheng, ikke reduseres til en medisinsk diagnose eller et psykologisk kasus. Det er således et tydelig folkehelseperspektiv og et grunnleggende sosialt perspektiv i vår forståelse av psykisk helse- og rusarbeid. Vårt fokus er på å fremme levekår, helse og sosialt liv på individ-, gruppe- og samfunnsnivå knyttet til velvære og velferd.

Slik vi ser det, må fremveksten av psykisk helse- og rusarbeid som praksisfelt og som fagområde ses i lys av de betydelige endringer i internasjonal så vel som nasjonal helse- og sosialpolitikk. Endringene handler ikke bare om nedbygging av institusjoner og nye måter å organisere tjenester og tilbud på. De fremhever også et skifte av fokus fra ekskludering til integrering, samt fra hovedvekt på lidelse og sykdom i seg selv, til personen med psykisk helse- og/eller rusproblemer og dennes sosiale situasjon. I en historisk sammenheng betyr det at tidligere «psykiatriske pasienter», «narkomane» og «alkoholikere» gjøres til subjekter og aktører, og at samfunnet pålegger seg selv en ambisjon om å legge til rette for integrering og medborgerskap. Dette har mange og ulike konsekvenser blant annet ved at hjelpearbeidet må foregå i andre kontekster enn tidligere, og at mottakere av hjelpen og pårørende gjøres til samarbeidspartnere gjennom reell deltakelse. En endret orientering og endrede handlingsmønstre kan bare utvikles og gyldiggjøres gjennom utvikling av nye kunnskaper, nye praksiser og ny forskning som er relevant for en slik nyorientering.

I vårt senter legger vi til grunn at psykisk helse- og rusarbeid som fagområde innebærer en utvidelse og en endring av den grunnleggende forståelsen av hva som anses som gyldig kunnskap om psykiske lidelser, rusutfordringer og om omsorg, støtte, rehabilitering og behandling. Utvidelsen skjer gjennom inklusjon av ulike perspektiver innen arbeidet med psykisk helse og avhengighet. Dette innebærer at psykisk helse- og rusarbeid fokuserer både på personers og pårørendes erfaringer, lokalmiljøet, sosiale nettverk og ressurser, hjelpekontekstene samt organiseringen, innholdet og praksisformer som utvikles i de ulike tjenestetilbudene. Psykisk helse- og rusarbeid omfatter alle de sosiale, miljømessige og personlige forhold som interagerer med menneskers psykiske og fysiske helse og sosiale situasjon.

I SFPRs virksomhet innen psykisk helse- og rusarbeid tenker vi at innholdet og retningene i tjenestetilbudene utvikles ved særlig å øke oppmerksomheten mot

forholdet mellom miljø og levekår, og ved å opprettholde et gjennomført brukerfokus i et likeverdig samarbeid med alle tjenesteutøvere. Målet er å kunne bidra til at mottakeren av tjenester blir forstått og møtt som aktør og medborger. Det er en person som deltar aktivt i utredningen, innholdet og etableringen av tilbud og tjenester. Tilbudene og tjenestene skal være samordnet og tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Slik åpnes psykisk helse- og rusarbeid opp for andre og nye aktører og profesjoner og et bredere og mer gjennomgripende tverrfaglig samarbeid. Dermed utfordres og omskapes forståelser av hvordan arbeidet med psykisk helse og rus kan forstås, beskrives og utvikles – og hvordan samarbeidet med bruker og nettverk kan og bør tilrettelegges.

Ulike aspekter knyttet til psykisk helse- og rusarbeid som fagfelt har vært et særlig prioritert forskningsområde i senterets arbeid, med fokus på forskning om erfaringskunnskap fra brukere, pårørende og fagpersoner om psykisk helse, uhelse og avhengighetsproblemer. I tillegg har vi vektlagt forskning knyttet til hva personer opplever er til hjelp, recovery, tjenestetilbudene i psykisk helse og rus, lokalt baserte tilbud og hjemmebehandling, familie- og nettverksarbeid samt ulike velferdspolitiske temaer som arbeid, hjem og økonomi.

SFPR har satset på utvikling av forskningsområder som omfatter rusproblemer og samtidige rus- og psykiske helseproblemer (ofte omtalt som «ROP-lidelser» eller som «doble problemer»). Rusproblemer er et økende helse- og velferdsproblem i Norge. Det er et stort antall mennesker med rusproblemer som har behov for målrettet og tilpasset hjelp. Omfattende rusproblemer skaper store utfordringer både for den enkelte og for samfunnet. Mennesker med rusproblemer blir derfor av helsemyndighetene trukket frem som en av gruppene med stort behov for sammensatte tjenester over tid. Flere kan i tillegg ha et eller flere psykiske eller somatiske helseproblemer, noe som krever at vedkommende får et helhetlig tjenestetilbud som omfatter ulike typer tjenester og at ulike faggrupper må jobbe sammen om å skape et godt og helhetlig tjenestetilbud. Rusproblemer beskrives som et av folkehelseproblemene det må settes enda større fokus på i fremtiden.

Siden rusreformen i 2004 er rusproblemer i stigende grad blitt ansett som et medisinsk fenomen. SFPR arbeider imidlertid for at rusproblemer må forstås og møtes i et tverrvitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt. I tråd med Stortingsmelding 30 (2011–2012) arbeider SFPR særlig med å utvikle kunnskap om personenes egne erfaringer med hva som er til hjelp, samarbeid og samhandling ved samtidige lidelser, å øke kompetansen hos ansatte i alle deler

av rusarbeidet, samt øke innsatsen for personer med samtidige lidelser og deres pårørende.

Ideen til denne boken ble ikke født i Drammen – det skjedde i Toscana våren 2016. En gjeng av oss som er tilknyttet senteret var på arbeidsseminar i nærheten av byen Pisa. Vi diskuterte mange ulike saker og ting under oliventrær, på vandringer i bergene, langs de smale veiene og på kafeer og barer. En tanke som vi samstemt ble begeistret for, var å skrive en bok på norsk om det arbeidet vi har gjort så langt i Drammens-miljøet fra slutten av 1990-tallet og frem til i dag.

Fra 1998 har Drammen vært et arnested for arbeidet med psykisk helse og rus. I dette året ble videreutdanning i psykisk helsearbeid startet til fordel for videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved HiBu. Overgangen til den nye tverrfaglige og tverrvitenskapelige utdanningen i psykisk helsearbeid skjedde ikke uten svette, blod, tårer og sterke faglige uenigheter. Men det skjedde. Inspirasjonen for omleggingen var klar. Den var fundamentert i Opptrappingsplanen for psykisk helse, som Stortinget igangsatte samme år. Opptrappingsplanen varte i ti år frem til 2008. Videreutdanningen i psykisk helsearbeid var basert i et ønske fra utdanningsmyndighetene om å lage en tverrfaglig og felles utdanning innen arbeidet med psykisk helse som skulle erstatte de tre monofaglige videreutdanningene innen psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk fysioterapi. Intensjonen var klar; behovet for fellesfaglig endring i retning av å styrke de humanistiske og samfunnsvitenskapelige forståelsene i arbeidet med psykisk helse var påkrevd.

Siden starten av videreutdanning i psykisk helsearbeid i 1998 har Drammens-miljøet rundt psykisk helse og rus vokst. Det har skjedd gjennom et systematisk arbeid med å utvide og styrke både utdanning, forskning og samarbeidet med ulike bruker-, pårørende- og praksismiljøer. I utdanningssammenheng har videreutdanningen i psykisk helsearbeid hatt en stabil rekruttering av studenter. Videreutdanningen er nå innlemmet i master i klinisk helsearbeid. Samtidig er det blitt etablert flere etter- og videreutdanninger relatert til ulike målgrupper og temaer innen psykisk helse og rus. Når det gjelder forskning har det vært arbeidet systematisk med å heve den akademiske kompetansen. Først ved å igangsette doktorgradsprosjekter og rekruttere stipendiater, senere ved at disse ble førsteamanuensiser, dosenter og professorer. Parallelt med dette arbeidet har miljøet knyttet til psykisk helse og rus tilstrebet å ha en tydelig og klar forankring i klinisk arbeid. Dette har vist seg ved at miljøet har samarbeidet med ulike tjenester innen psykisk helse og rus om fagutviklings- og forskningsprosjekter. Samtidig er det blitt ansatt personer med egne erfaringer med

psykisk helse- og rusutfordringer som brukere eller pårørende. Disse kollegaene har også akademisk kompetanse. Mangfoldet i fagmiljøet har bidratt til viktige diskusjoner og utviklingsarbeid knyttet til erfaringsbegreper, språk, evidens, grunnlagsforståelser og metodologi.

I 2010, den 5. september, ble Institutt for forskning innen psykisk helse og rus høytidelig etablert. Bakgrunnen var at vi på det tidspunktet turte å si at vi var et miljø som ønsket å vise oss frem som en felles gruppe, som et *vi*. Meget godt støttet av daværende rektor Kristin Ørmen Johnsen og nåværende dekan Heidi Kapstad tok vi sats og hoppet. Instituttet ble som nevnt senere til et senter. Bakgrunnen for å ta vekk forskning var at vi drev, og driver, med langt mer enn bare forskning. Vi driver med fagutvikling, tjenesteutvikling, undervisning og veiledning. Senteret har bestått siden 2010. I skrivende stund er det blitt et fast senter, med samme navn tilknyttet Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Om Senter for psykisk helse og rus

Drammens-miljøet har fra starten holdt fast i en grunnlagstenkning som er blitt tydeliggjort gjennom et faglig grunnlagsdokument. Dokumentet har en human og sosialvitenskapelig innretning, og fokuserer på personers erfaringer og på hjelpekontekster som samarbeidsarenaer i vid forstand. Metodologisk bredde tilstrebes. Forskningsmetoder må være reflekterte, sensitive og tilpasses de fenomenene som studeres.

Senteret har i dag tre prioriterte fag- og forskningsområder:

Recovery

Vi arbeider med recovery som forskningsbasert kunnskap om personers erfaringer med å leve med psykiske helse- og rusutfordringer, hvordan samarbeide med fagpersoner og andre for å skape et meningsfullt liv med eller uten de nevnte livsutfordringer. Strukturelle faktors betydning for problemforståelse og tjenesteutvikling er sentralt. Sosiale fellesskap og fellesskapsløsninger har en viktig plass. Recovery er et begrep som brukes og forstås på ulike vis og som kan sies å representere både noe nytt og forandrende og noe kjent og tradisjonelt. Det beskrives i noen sammenhenger som personlige og individuelle prosesser, i andre sammenhenger som primært sosiale prosesser, og enkelte miljøer oppfatter recovery som kliniske prosesser med fokus på fagpersoners behandlingsresultater. Vi som skriver dette introduksjonskapittelet,

oppfatter at recovery *både* er personlig og sosial med klare borgerrettslige og politiske røtter. Recovery forstås videre som en del av den humanistiske og sosiale tradisjon. Dette innebærer et humanistisk syn på mennesket, som skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer. Sosial klasse og levekår, muligheter til hjelp og støtte, vekst og utvikling i personens lokalmiljø er dermed sentralt. Mennesket forstås videre som en handlende aktør og som unikt i den forstand at det er et autonomt, rasjonalt, sosialt og åndelig vesen.

De borgerrettslige og politiske røttene til recovery er sentrale. Da recoverybevegelsen innenfor psykisk helse og rus startet i USA, var det som opprør og protester både mot utstøting og stigmatisering i samfunnet generelt og mot helse- og sosialtjenester som representerte undertrykkende og sykelliggjørende praksiser spesielt. Opprøret ble knyttet til like rettigheter for alle borgere. Ingen skulle diskrimineres, stigmatiseres eller ekskluderes fordi de hadde vansker med psykisk helse- eller rusproblemer. Recoverybevegelsen synliggjorde at personer som opplever slike livsutfordringer, ikke har de samme rettighetene som andre samfunnsborgere. Recovery innebærer slik sett å ta tilbake noe som er mistet eller tatt fra en person. På samme tid innebærer recoverybevegelsen en kamp for anerkjennelse av at folk velger å leve på måter som er annerledes enn det sosialt aksepterte. I recoveryrøttene finner vi en sterk kritikk av dehumaniserende praksiser i psykisk helse- og rusfeltet. De dehumaniserende praksisene har handlet om at personer ikke har fått den hjelpen de har hatt krav på eller ønsker, eller er blitt utsatt for tvang, overgrep og undertrykkelse. Like viktig er mangelen på anerkjennelse av personen som unik i betydningen av at enhver person som sliter med psykisk helse- og rusvansker, er langt mer enn vanskene. Alle er hele mennesker med ressurser og kompetanse, ønsker, drømmer og mål. Og de som søker hjelp, vil ha ulike behov.

Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv. Et liv der hun eller han har et trygt sted å bo og nok penger å leve av. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til gleder og moro.

Recoveryorienterte praksiser handler om samarbeid om personens recovery. Dette forutsetter at det er to eller flere eksperter som møtes i en samarbeidsrelasjon. Ikke slik tjenestene gjerne praktiserer – en ekspert alene som skal bidra med sin kunnskap som hjelper. Fagpersonen har sin ekspertise fra utdanning, klinisk praksis og menneskelige erfaringer. Personen selv har sin ekspertise fra levde erfaringer med

psykisk helse- og rusproblemer, med hva som er til hjelp og sin erfaringskunnskap fra utdanning, arbeidsliv og livet i alminnelighet. Det er en rikdom av erfaringskunnskaper som møtes og danner grunnlag for å muliggjøre dette samarbeidet. I recovery er personen aktiv i sin egen livsprosess og tar valg og avgjørelser alene, i samarbeid med en fagperson og andre som kan bidra. Slik får personen mulighet til å bruke sine ressurser og interesser og jobbe med håndtering av ulike livsproblemer. Et endret fokus fra å «reparere sykdom» til å ha et meningsfullt liv i lokalmiljøet med eller uten problemer medfører rolleendringer for både fagperson og personen som søker hjelp. Vi beveger oss over til et samarbeid i vid forstand, med fokus på personens prosjekt. Ved SFPR har recovery lenge vært et fokusert område i forskning, utdanning og samarbeid med ulike praksisfelt. Senteret har omfattende forskningserfaring innen recovery og samarbeider med sentrale internasjonale miljøer. Noe av dette samarbeidet beskrives i del 1.

Erfaringsbasert kunnskap

Verdigrunnlaget i Opptrappingsplanen anerkjenner brukernes erfaringskunnskap på lik linje med annen (fag)kunnskap: «Dette (brukernes erfaringskunnskap, vår anmerkning) vil i mange tilfeller være en viktig supplering for fagfolk, politikere og administrasjon, og kan bidra i planlegging, utforming og drift av ulike tjenestetilbud» (s. 6). I argumentasjonen om å forlenge Opptrappingsplanen, og nå i den nye strategiplanen «God psykisk helse», understrekes behovet for å løfte frem brukerperspektivet og mestringsperspektivet. Slik vi fortolker dette, innebærer det en anerkjennelse av erfaringsbasert brukerkunnskap som et av flere kunnskapsområder i psykisk helse- og rusarbeid. Den erfaringsbaserte brukerkunnskapen er å anse som like verdig som teoretisk eller praktisk fagkunnskap, og alle disse kunnskapsområdene skal det kunne dras veksler på i samarbeidet.

Hva er en erfaring, og hva innebærer å gjøre en erfaring? Begrepet erfaring er etymologisk utledet av det tyske ordet «erfahren», som igjen er en utledet form av verbet «ervaren», som betyr å reise igjennom eller å utforske. Erfahren henspiller på betydningen av å erfare som å være bevandret. Ordet «forfaren» har samme betydning som å gjennomfare, undersøke, erfare og bevandre. Det å erfare er å få kjennskap til, få vite, komme under nyss med, fornemme og lære å kjenne. Erfaring henspiller på autoritet, klokskap, livs- og menneskekunnskap og modenhet. Å erfare innebærer å utforske og undersøke i den hensikt å bli bevandret. Bevandringen bidrar til å gi personen en spesiell form for autoritet og klokskap i relasjon til livs- og

menneskekunnskap. I erfaringen ligger det en erkjennelse av at det nettopp er vandrings- og utforskingen som gjør at en person kan erverve livs- og menneskekunnskap. Erfaringsbasert kunnskap gir en person kunnskap om det å være menneske i livet, og om den verden livet leves i.

Det er sentralt å beskrive og løfte frem personers erfaringsbaserte kunnskaper om bedringsprosesser med psykisk helse og rus, og hvordan disse kan systematiseres for å lære av og fra dem som opplever bedring. De fleste av de tidligere brukere av psykisk helse- og rustjenestene skriver og forteller om bedringsprosesser som en lang og tøff reise med frykt, kaos, ensomhet, håpløshet og angst i perioder. Personene la stor vekt på et reelt samarbeid med fagfolk, enten det dreide seg om psykoterapi, medisinerer eller hjelp til å håndtere hverdagen. Sentralt i opplevelsene var å bli sett på som personer med ressurser og som hadde kunnskaper om hva som var til hjelp. De pekte også på betydningen av støttende omgivelser. Verdien av å bli behandlet som en person i en sosial sammenheng og ikke som bare en «diagnose» ble understreket. Særlig det å bli behandlet med respekt, empati og forståelse var sentralt. En god fagperson ble beskrevet som en som hørte etter og interesserte seg for den andre som veiviser, støttespiller, endringsagent og lobbyist. Personenes erfaringer med viktigheten av å bli sett og tatt på alvor er gjennomgående i flere studier omkring hvilke prosesser som kan skape bedring og mestring.

Beskrivelser av erfaringsbasert kunnskap gir legitimitet til den subjektive innenfra-beskrivelsen: «Slik opplever jeg det». Dette er en erfaring som er min – uansett hva andre måtte si eller mene. Den er gjort av meg, og jeg har så langt bare delt den med meg selv i form av en indre dialog eller en kroppslig erfaring. Det er noe som skjer spontant og i øyeblikket. Det er *min subjektive* opplevelse og erfaring; den kan både være reflektert og ureflektert. I møte med den andre blir denne artikulert gjennom språket. Erfaringen får en stemme som bringer den ut i det sosiale rommet. Den meddeler seg eller deler seg med andre. Gjennom denne prosessen kan den subjektive erfaringen få en ny mening for meg. Både ved at jeg hører meg selv fortelle om den høyt, og ved at den andre stiller spørsmål til og kommenterer min erfaring eller opplevelse. Den «opprinnelige» opplevelsen går tapt ved at den endres og omskapes både hva angår det konkrete opplevde og den mening jeg har tillagt den konkrete opplevelsen.

På denne måten forsøker vi å gi våre opplevelser en struktur og en sammenheng ved nettopp at det skapes og omskapes mening. Hver gang vi snakker om en erfaring endres både den konkrete beskrivelsen av erfaringen og den mening vi har tillagt

den. Når vi beskriver en erfaring ser vi tilbake, og beskrivelsen er basert på hvordan den huskes. Vi reflekterer over minnet om erfaringen, selve den konkrete opplevelsen av erfaringen er gått tapt. Noen ganger både erfarer og reflekterer vi samtidig. Andre ganger når vi reflekterer over en erfaring retrospektivt, endres erfaringen ved at andre erfaringer smelter sammen i vår fortelling. På denne måten kan vi oppleve en økt grad av innsikt og sammenheng ved at den konkrete erfaringen settes i relasjon til helheten i vår erfaringsbakgrunn. Slik sett skaper vi vår personlige mening. En mening som stadig utfordres og endres i møte med nye og andre erfaringer, andre mennesker, nye situasjoner – kort sagt i det levde livet.

Samarbeidsbasert kunnskapsutvikling

Demokratisering av forskning, tilgjengelighet til akademia for ulike målgrupper og en bred formidlingsform er sentralt i senterets arbeid. SFPR utvikler forskningsprosjekter sammen med praksisfeltet ut fra de temaer som beskrives som presserende å få ny og mer kunnskap om. Praksisfeltet forstås som brukere, pårørende, studenter, fagpersoner, ledere og frivillige. Senteret har betydelig erfaring med brukerinvolvert samarbeidsbasert forskning gjennom de siste ti årene og har utviklet en egen videreutdanning innen området. Samarbeid innen psykisk helse- og rus-tjenestene skjer i to dimensjoner. Den ene dimensjonen handler som samhandling mellom tjenestenes fagpersoner, brukere og pårørende. Den andre dimensjonen handler om samhandling mellom ulike tjenestenivåer, brukere og pårørende. De to formene for samhandling må ses i sammenheng for å sikre best mulige tjenester og best mulig sosial situasjon for brukerne og nettverket. Aktiv deltakelse fra personen, pårørende og andre som kan være til hjelp – i diskusjoner, planlegging og avgjørelser – er nødvendig for å kunne sikre begge dimensjoner av samhandling. Medarbeidere ved SFPR har publisert to internasjonale artikler basert i «A model of collaborative practice in community mental health care» i hhv. 2014 og 2015. SFPR har hatt en rekke store og små forskningsprosjekter innen denne tematikken.

Samarbeidsbasert forskning er blitt en forventet praksis i forskningssøknader. I en rekke statlige dokumenter og i retningslinjer for forskningssøknader til Norges forskningsråd og Extrastiftelsen vektlegges, og fremholdes, kravet om og betydningen av at brukere, pasienter og pårørende skal delta i hele forskningsprosessen. De skal delta på lik linje med andre forskere knyttet til ideer til og behov for forskning, utvikling, oppstart og gjennomføring av forskningsprosjekter. Det skal dokumenteres konkret i søknaden hvordan bruker-, pasient- og pårørendeperspektivene skal