



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2019 30 stp**  
Fakultetet for landskap og samfunn

# **Recovery-orientert praksis og opplevd støtte i arbeidsmiljøet for ansatte som arbeider i kommunale boliger for brukere med rus- og psykiske lidelser**

Recovery-oriented services and experienced support in the working environment for employees working in municipal supported housing for service users with dual diagnosis

Ellen Kristine Valvåg  
Master i folkehelsevitenskap

## **FORORD**

Mastergraden i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet har vært en spennende og lærerik prosess. Jeg er takknemlig for at jeg i min masteroppgave fikk muligheten til å fordype meg innenfor en brukerorientert praksis. Det har dessuten vært lærerikt å kunne delta som masterstudent som en del av et større forskningsprosjekt.

Jeg vil takke respondentene som deltok i undersøkelsen, og kontaktpersonene sin innsats for rekruttering av deltakere til denne undersøkelsen.

Takk til mine veiledere. Jeg vil rette en stor takk god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger til min hovedveileder Ruth Kjærsti Ranaas. En stor takk til min medveileder Linda Nesse for god veiledning, kunnskapsdeling og støtte. Dere har vært veldig engasjerte og tilgjengelige for meg gjennom hele min prosess med denne oppgaven. Jeg er takknemlig for god støtte og veiledning som har gitt meg ny giv og en mer stødig kurs flere ganger underveis i prosessen. Jeg fikk også oppleve å få støtte som ga meg håp når behovet var som størst.

Til slutt vil jeg takke familie og venner som har vist interesse og gitt meg oppmuntring gjennom prosessen.

Desember, 2019

Ellen Kristine Valvåg

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** En av samfunnets store utfordringer er hvordan best mulig hjelpe personer med rus- og psykisk lidelse (ROP). Personer med ROP-lidelser har blitt oppfattet som har vært utfordrende å hjelpe, noe som har preget hvordan de har blitt møtt i hjelpeapparatet. Helsedirektoratet møter disse utfordringene blant annet ved at de i 2012 kom med anbefalinger om bruk av recovery som et faglig perspektiv, og som fokuserer på å støtte personers egne ressurser på en slik måte at livskvaliteten bedres.

**Formål:** Målet med denne studien er å undersøke ulike aspekter som kan ha betydning for hvordan og hvorvidt ansatte opplever de jobber recovery-orientert og opplever støtte på arbeidsplassen. Gjennom kartlegging av selvrapportert recovery-orientering, opplevd støtte på arbeidsplassen, demografiske variabler og arbeidspraksis vil denne studien undersøke om det kan sammenhenger mellom grad av recovery-orientering, opplevd støtte i arbeidsmiljøet, de ansattes bakgrunn og arbeidspraksis.

**Metode:** Studien benytter en kvantitativ metode med en deskriptiv og hypotesetestende tilnærming. Studiedesignet er en tverrsnittstudie, og data er innhentet ved hjelp av spørreskjema for å måle recovery-orientering, opplevelse av støtte på arbeidsplassen, de ansattes demografiske bakgrunn og enkelte spørsmål om arbeidspraksis. For å undersøke hvorvidt og hvordan de ansatte opplever recovery-orientert praksis og støtte på arbeidsplassen, er det benyttet Recovery Self-Assessment (RSA-R) provider versjon og utvalgte sub-kategorier fra QPS Nordic som er blitt validert i tidligere studier er blitt benyttet i denne studien.

**Resultater:** Ansatte i og rundt kommunale boliger for brukere med ROP-lidelser har besvart undersøkelsen ( $N = 42$ ). For recovery-orientering er det rapportert et gjennomsnittsskår på 4.07 ( $SD = .39$ ). Gjennomsnittsskår for opplevd støtte på arbeidsplassen er 4.09 ( $SD = .57$ ). På tvers av skjemaene mellom recovery-orientert praksis og opplevd støtte i arbeidsmiljøet er det ikke så tydelige sammenhenger, men det kan se ut til at mangfold i tjenestetilbudet og sosialt samspill på arbeidsplassen har en sammenheng ( $p = .05$ ). Ansatte med brukererfaringer opplever kanskje ikke i like stor grad å få støtte fra ledelsen som ansatte uten egenerfaring ( $p = .01$ ). Ansatte med mer enn 8 års relevant arbeidserfaring, viser en lavere grad av rolleklarhet enn ansatte ( $p = .02$ ). Ansatte som arbeider med brukere daglig, skårer noe lavere på recovery-orientering når det handler om mangfold i tjenestetilbudet ( $p = .05$ ).

**Konklusjon:** Funnene tyder på at ansatte har en tydelig recovery-orientering i sin praksis. Funnene antyder at ansatte sin støtte til å benytte ressurser i lokalmiljø og inkludering av brukere i utvikling av tjenestetilbud har lavest skår i denne studien. Videre tyder funnene på at ansatte opplever god støtte i arbeidsmiljøet, men at ansatte med brukererfaringen kanskje ikke opplever i like stor grad å få støtte fra ledelsen.

## **ABSTRACT**

**Background:** One of society's major challenges is how to best help people with dual diagnosis. People with dual diagnosis have been perceived as challenging to help, which has characterized how they have been met in the support systems. The Norwegian government meets these challenges with recommendations on the use of recovery as a professional perspective, focusing on supporting people's own resources in such a way as to improve the quality of life

**Aim:** The aim of this study is to investigate various aspects that may have an impact on how and whether employees experience recovery-oriented and whether they experience support in the workplace. By self-reported recovery orientation, perceived support in their workplace, demographic variables and work practices, this study will examine whether there may be correlations between degree of recovery orientation, perceived support in the work environment, employees' background and work practices.

**Method:** The study has a quantitative method, and with both a descriptive and hypothesis testing approach has been used. The study design is a cross-sectional study, and data has been collected using a questionnaire to measure recovery orientation, experience workplace bumps, employees' demographic backgrounds and some work practice questions. To investigate whether and how they experience recovery-oriented practice and experience of support in the work environment, Recovery Self-Assessment (RSA-R) provider version and selected sub-categories from QPS Nordic have been used that have been validated in previous research studies.

**Result:** Employees in and around municipal housing for users with ROP disorders answered the survey ( $N = 42$ ). For recovery orientation, an average score of 4.07 ( $SD = .39$ ) was reported. The average score for perceived support is 4.09 ( $SD = .57$ ). Across the schemas between recovery-oriented practice and perceived support in the work environment, there are not so clear contexts, but it may appear that diversity in service provision and social interaction in the workplace is related ( $p = .05$ ). Employees with user experience may not experience as much support from management as employees without personal experience ( $p = .01$ ). Employees with more than 8 years of relevant work experience show a lower degree of role clarity than employees ( $p = .02$ ). Employees who work with users on a daily basis score somewhat lower on recovery orientation when it comes to diversity in service offerings ( $p = .05$ ).

**Conclusion:** The findings indicate that employees have a clear recovery orientation in their practice. The findings suggest that employees' support for using resources in the local environment and inclusion of users in the development of service offerings has the lowest scores in this study. Furthermore, the findings indicate that employees experience good support in the work environment, but that employees with user experience may not experience as much support from management.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD .....	1
SAMMENDRAG .....	2
ABSTRACT .....	3
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	4
TABELLOVERSIKT .....	6
1.0 Introduksjon .....	7
1.1 Innledning.....	7
1.2 Målsetning og forskningsspørsmål.....	9
2.0 Bakgrunn .....	10
2.1 Helseutfordringer blant personer med rus og psykiske lidelser .....	10
2.2 Lovverk og nasjonale føringer for tjenester til personer med rusproblematikk – utviklingstrekk og utfordringer .....	10
2.3 Kommunens ansvar for medvirkning til å skaffe og beholde bolig for personer med ROP-lidelser .....	12
2.4 Folkehelse og helsefremmende arbeid blant ansatte som arbeider med personer med ROP-lidelser .....	14
2.5 Recovery .....	15
2.6 Recovery-orientert praksis i kommunale boliger for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse.....	17
2.6.1 Fremme medborgerskap og verdsatte roller .....	17
2.6.2 Organisatoriske rammer.....	18
2.6.3 Støtte personlig recovery .....	20
2.6.4 Samarbeid.....	20
2.7 Kompetanse, utdanning og demografiske variabler hos de ansatte.....	21
2.8 Brukerorientering og erfaringskunnskap .....	23
2.9 Et støttende arbeidsmiljø .....	25
3.0 Metode .....	28
3.1 Studiedesign og metode.....	28
3.2 Kontekst for studien .....	28
3.3 Rekruttering og utvalg.....	28
3.4 Måleinstrument.....	29
3.5 Datainnsamling.....	32
3.6 Analyse av data.....	32
3.7 Litteratursøk .....	33

4.0	Forskningsetiske aspekter ved studien .....	34
4.1	Forskningsetiske retningslinjer .....	34
4.2	Informert samtykke .....	34
4.3	Konfidensialitet.....	34
5.0	Resultater .....	36
5.1	Beskrivelse av demografiske data og arbeidspraksis .....	36
5.2	Deskriptiv statistikk for recovery-orientert praksis.....	38
5.3	Deskriptiv statistikk for støtte i arbeidsmiljøet .....	41
5.4	Sammenheng recovery-orientert praksis, demografiske variabler og arbeidspraksis.....	44
5.4.1	Sammenheng recovery-orientert praksis og demografiske variabler .....	44
5.4.2	Sammenheng recovery-orientert praksis og arbeidspraksis.....	49
5.6	Sammenheng demografiske variabler og opplevelse av støtte i arbeidsmiljøet .....	51
5.7	Sammenheng mellom recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet .....	55
6.0	Diskusjon .....	58
6.1	Kjennetegn ved ansattes praksis og arbeidsoppgaver i møte med brukere.....	58
6.2	Recovery-orientering.....	59
6.3	Støtte på arbeidsplassen .....	63
6.4	Kjennetegn ved ansattes demografiske bakgrunn .....	64
6.5	Sammenhenger mellom recovery-orientering og arbeidspraksis, støtte på arbeidsplassen og demografiske variabler.....	65
6.6	Metodediskusjon.....	69
7.0	Konklusjon og implikasjoner.....	70
8.0	Referanseliste .....	73
9.0	Vedlegg: Informasjonsskriv, samtykkeerklæring og spørreundersøkelse.....	82

## TABELLOVERSIKT

<b>Tabellnr.</b>	<b>Navn på tabell</b>	<b>Sidetall</b>
1	Demografiske variabler for utvalget	37
2	Deskriptiv statistikk for arbeidspraksis	38
3	Deskriptiv statistikk for recovery-orientert praksis	40-41
4	Deskriptiv statistikk for støtte i arbeidsmiljøet	43
5	Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og demografiske variabler	45
6	Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og demografiske variabler på itemnivå	47-48
7	Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og arbeidspraksis	49
8	Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og arbeidspraksis på itemnivå	50
9	Sammenhenger mellom demografiske variabler og støtte i arbeidsmiljø	52
10	Sammenhenger mellom støtte i arbeidsmiljøet og recovery-orientert praksis på itemnivå	54
11	Sammenhenger mellom sub-kategorier for recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet	55
12	Signifikante negative og positive korrelasjoner på tvers av skjemaene på itemnivå	57

## **1.0 Introduksjon**

### **1.1 Innledning**

Hvordan best mulig hjelpe personer med rus- og psykisk lidelse (ROP), er en av samfunnets store utfordringer. Personer med ROP-lidelser har av tjenesteapparatet blitt oppfattet som en brukergruppe som kan være utfordrende å hjelpe, at de er umotivert og tilpasser seg hjelpeapparatet i liten grad, noe som også har preget hvordan de har blitt møtt i hjelpeapparatet (Davidson, Andres-Hyman, Tondora, Fry & Kirk, 2008; Innvær, Steiro, Rus, Smedslund & Johne, 2005). Det å arbeide med personer med ROP-lidelser kan ofte innebære en krevende arbeidshverdag, da disse lidelsene ofte kjennetegnes som både tidskrevende, alvorlige og komplekse å arbeide med (Kraus & Stein, 2013; Ramsdal, 2018). Det er kjent at ansatte kan ha en arbeidssituasjon som er preget av en stor arbeidsbelastning, motstridende forventninger og krav, og en arbeidssituasjon som kan være psykisk utmattende.

De siste tiårene har det skjedd store endringer i oppfølgingen av personer med ROP-lidelser, en betydelig del av pasientene har blitt overført fra spesialiserte institusjoner til boliger i lokalmiljøet, og bolig blir basis for hvor tjenestetilbudet ytes (Hansen, 2013). Kommunene har fått en større del av ansvaret for helse- og omsorgstjenester til brukergruppen, og ved etablering av boliger og bofellesskap i lokalmiljø kan hjelpen i større grad tilpasses individuelt. Oppbyggingen av helsetilbud i kommunene gjør at tjenester gis nærmere der folk bor, og i 2018 er det rapportert inn nærmere 16 000 årsverk knyttet opp til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Sintef, 2018). Nye krav til kommunen og endrede arbeidsmetoder betyr også andre forhold for både organisering av tilbudet og hjelperrollen for de ansatte. Både konsept og tilnærming i oppfølging og behandling av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse har gjennomgått en stor endring gjennom de siste tiårene (Davidson et al., 2008). Samtidig kreves det en endring av roller og prioriteringer i tjenestene (Borg & Karlsson, 2013). Gjennom en tilpasset oppfølging, skal de ansatte legge til rette for et likeverdig og hverdagsnært samarbeid på brukerens arena (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

Myndighetene har lagt føringer på at personer med ROP-lidelser anbefales å møtes med en recovery-orientert praksis (Helsedirektoratet, 2012). Dette innebærer at de ansatte skal ha en tilnærming hvor brukerne skal kunne leve tilfredsstillende og meningsfulle liv på tross av sine helseutfordringer (Anthony, 1993). Ansatte skal legge til rette for at brukerens behov og ønsker skal stå i sentrum, og brukeren skal være en aktiv aktør i egen bedringsprosess. Dette innebærer et sterkt fokus på brukermedvirkning.



De ansatte i helse- og omsorgstjenestene er den største ressursen som hverdagshjelpere og aktører i tjenestene. Kunnskap, kompetanse og engasjement hos de ansatte i helse- og omsorgstjenestene er derfor sentrale elementer for å kunne imøtekomme de sammensatte og særskilte helseutfordringer personer med ROP-lidelse kan ha. Fagkompetansen innen psykisk helsearbeid og rusarbeid er tverrfaglig, og bygger på en sosialfaglig, helsefaglig, medisinsk, psykiatrisk og omsorgsfaglig kompetanse og tilnærming (Helsedirektoratet, 2014). Det har internasjonalt vært et økende fokus på ansettelse av personer med erfaringskompetanse innenfor arbeid med personer med rus- og psykisk lidelse (Davidson, Bellamy, Guy & Miller, 2012). Helsemyndighetene i Norge ønsker å øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter (St. Meld.11, 2015-2016). Brukernes kunnskap og erfaring må være integrert i det faglige grunnlaget for tjenesten, samt sikre økt brukerinnflytelse som forutsetter at helsepersonell endrer holdninger og faglig tilnærming.

På tross av økt kunnskap om hva som er viktig for brukerne og føringer fra myndighetene, vet vi lite om dette utøves i praksis. Denne studien skal utforske de ansattes opplevelse av å arbeide recovery-orientert, opplevelse av støtte i arbeidsmiljøet og deres demografiske bakgrunn. Dette for å undersøke faktorer som påvirker de ansattes arbeidshverdag og praksis. Det er funnet få systematiske studier ved hjelp av kvantitative metoder som har sett på recovery-orientert praksis fra ansattes perspektiv (Burnt & Rask, 2018; Kraus & Stein, 2013, Osborn & Stein, 2016; Tsai, Salyers & McGuire, 2011; Karlsson & Kim, 2015). Det er ikke sett at det er gjennomført norske studier med kvantitativ tilnærming på som ser på sammenhenger mellom recovery-orientert praksis, støtte på arbeidsplassen og demografiske variabler. Det er funnet flere studier som er av en kvalitativ art (Andersen & Ness, 2015; Ervik, Sælør & Biong, 2012; Sommer et al., 2013). Kartlegging av disse faktorene kan bidra til å utvikle ny kunnskap og videre iverksette tiltak. Samtidig kan kartleggingen av disse faktorene kunne bidra til å øke kvaliteten i helsetjenestene, gjennom et styrket fagmiljø gjennom økt engasjement og arbeidsglede, med utvidet kunnskap som kan bidra til å bedre situasjonen.

## **1.2 Målsetning og forskningsspørsmål**

Målsetningen med denne studien, er å undersøke om ansatte ved kommunale boliger for personer med ROP-lidelser opplever de jobber recovery-orientert, og om de opplever at de har støtte i sitt arbeidsmiljø. Jeg vil også kartlegge hva slags demografisk bakgrunn personer som jobber i kommunale boliger har. Videre vil jeg undersøke om det er sammenheng mellom grad av recovery-orientering, demografiske variabler og opplevd støtte i arbeidsmiljøet.

Denne masteroppgaven kan bidra til mer kunnskap om recovery-orientert arbeid og hvordan kan det legges til rette for en slik praksis. Dette vil også kunne ha betydning for behandlingstilbudet for personer med ROP-lidelser.

For å belyse dette vil oppgaven ta utgangspunkt i selvrapportert recovery-orientering, og ulike aspekter ved praksis som kan ha betydning for hvordan og hvorvidt ansatte jobber recovery-orientert i sin arbeidshverdag.

Forskningsspørsmålene er som følger:

Hva kjennetegner ansattes praksis og arbeidsoppgaver i møte med brukere?

I hvilken grad rapporterer ansatte at jobber recovery-orientert?

I hvilken grad rapporterer ansatte at de har støtte på arbeidsplassen?

Hva kjennetegner ansattes demografiske bakgrunn med tanke på utdanning, utdanningsnivå, relevant arbeidserfaring og erfaringskompetanse?

Hva er sammenhengene mellom recovery-orientering og arbeidspraksis, støtte på arbeidsplassen, og demografiske variabler?

## **2.0 Bakgrunn**

### **2.1 Helseutfordringer blant personer med rus og psykiske lidelser**

Psykiske lidelser og ruslidelser er en av samfunnets store folkehelseutfordringer (FHI, 2018).

Psykiske helseutfordringer og rusmisbruk forekommer hos mennesker i alle deler av befolkningen og i aldersgrupper (Helsedirektoratet, 2014). Det har gjennom de siste tiårene vært en økende grad av forståelse og kunnskap om at psykiske plager og rusmiddelmissbruk ofte opptrer samtidig, og at psykiske lidelser og ruslidelser påvirker hverandre gjensidig (Helsedirektoratet, 2012). Personer med ROP-lidelser bruker ofte rusmidler på en måte som er forbundet med en rekke negative konsekvenser i helse og hverdagsliv, ofte forbundet med utfordringer som marginalisering og sosial ekskludering, frafall i skole og arbeidsliv, og vansker med å følge opp behandlingstiltak. Rusproblematikk kan være vanskelig å behandle fordi det ofte er både medisinske og psykosomatiske plager (Helsedirektoratet, 2012).

Psykiske lidelser har ofte en lavere status i samfunnet enn andre somatiske sykdommer, og kan på den måten oppleves som mer belastende for dem som rammes (Mæland, 2009).

Ruslidelser er mindre akseptert ut fra samfunnets verdsettingskriterier enn psykiske helseplager, noe som kan medføre en større grad av utenforskap (Semb, Borg & Ness, 2016).

De helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvensene er betydelige for de som rammes, og er også en vesentlig årsak til at mange personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet (St. Meld. 16, 2010-2011). Videre kan personer med ROP-lidelser oppleve sosiale helseulikheter som blant annet kan skyldes forskjeller i levekår og miljø. Innenfor brukergruppen, ser man personer med dårlig økonomi i den grad at de tilhører de mest fattige i samfunnet vårt, mange har ulike somatiske helseutfordringer og betydelig lavere livskvalitet. Marginalisering og sosial ekskludering kan ses som barrierer for recovery, mens fokus på ressurser, sosial støtte og brukermedvirkning, sammen med stabil boligform, kan fremme økt grad av livskvalitet og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2012; 2014). I et samfunnsøkonomisk perspektiv er utfordringene svært kostnadskrevende (St. Meld. 30, 2011-2012).

### **2.2 Lovverk og nasjonale føringer for tjenester til personer med rusproblematikk – utviklingstrekk og utfordringer**

Rusomsorgen ble etter behandling av rusreformen vedtatt overført fra fylkeskommunen sitt ansvar etter sosialtjenesteloven, til staten ved de regionale helseforetakene i 2004 (Helsedepartementet, 2004). Personer med rusproblematikk hadde inntil dette ikke de samme pasientrettighetene som andre personer med psykisk eller fysisk sykdom, og personer med rusproblematikk ble ofte behandlet som klienter uten pasient- og brukerrettigheter.

Lovhjemmel for behandling og oppfølging ble dermed overført fra sosialsektor til helsesektoren etter reformen. Personer med rusproblematikk fikk lovfestede rettigheter som pasienter, og med et helsefaglig og sosialfaglig perspektiv skal personer med rusproblematikk ivaretas bedre. Det overordnede målet med rusreformen er å sikre at behandlingstilbudet til personer med rusproblematikk skal få en helhetlig, langsiktig og individuell tilnærming.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ble utgitt i 2012 (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig kom Samhandlingsreformen med gradvis innføring fra 1. januar 2012 (St. meld.47,2008-2009), ny folkehelselov (FHL, 2011) og en ny felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunene som samler kommunenes plikter (HOL, 2011). Blant annet innebærer samhandlingsreformen at tilbudet i kommunene ble bredere, flere av oppgavene ble flyttet til kommunene og oppfølging av personer med kroniske lidelser er bedret. De nasjonale føringene vektlegger at hjelpen skal gis lokalt og der folk bor. Gjennom rusreformen og samhandlingsreformen ville regjeringen tydeliggjøre et felles ansvar for en mer helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk. De ønsket også å øke kompetansen, samt bedre det holdningsskapende arbeidet mot rusmiddelproblematikk og rusbehandling hos ansatte i helsetjenesten (Meld. St. 30, 2011-2012). Kommunene har et omfattende ansvar for tilbudet for personer med rusproblemer og psykiske lidelser, og omfatter blant annet ulike helse- og omsorgstjenester, rehabilitering, inntektssikring, oppfølging og personlig assistanse i bolig, institusjonsplass, psykososial støtte, pårørendestøtte og samarbeid med spesialisthelsetjenesten (HOL, 2011).

Stortingsmelding nr. 30 kom med føringer om en omfattende og helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012), og de nasjonale retningslinjene (2012) inneholdt anbefalinger til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med personer med ROP-lidelser. Det presiseres at personers egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012:anbefaling nr. 38 s. 99). ROP-retningslinjen som sentral helse- og velferdspolitisk strategi presiserer behov for godt kunnskapsnivå og relasjonelle ferdigheter i møte med personer med ROP-lidelser. Brukeren skal aktivt medvirke i både sin egen recovery-prosess og utforming av sitt tjenestetilbud. Dette fordrer at fagpersoner møter personer med ROP-lidelser med holdninger som fremmer en slik prosess, og som setter utgangspunktet for samarbeid fra fagpersonenes side at brukeren er den viktigste aktør og ekspert på sitt liv (Vibeto, Borg, Sjøfjell, Biong & Karlsson, 2019). En recovery-orientert praksis er en brukerorientert praksis der samarbeidsforholdet og relasjonen mellom utøver og bruker over tid står sentralt.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) rettes i hovedsak mot personer som er i ferd med å utvikle, eller har etablert et rusproblem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Planen viser til at for å kunne gi personer med rusproblemer et bedre tilbud, er det essensielt at det gis gode tjenester i brukerens nærmiljø. Hovedinnsatsen i opptrappingsplanen rettes av den grunn mot kommunesektoren.

### **2.3 Kommunens ansvar for medvirkning til å skaffe og beholde bolig for personer med ROP-lidelser**

Regjeringen har som visjon at alle skal kunne bo godt og trygt (St. meld, 2003-2004). Bolig er av avgjørende betydning for å kunne delta i samfunnet, ta vare på helsen og få tilhørighet til nærmiljø og samfunn (KMD, 2014). Folkehelseloven (2011) § 7 nevner bolig implisitt som en av faktorene som nødvendige tiltak for å møte knyttet til folkehelseutfordringer. Gode og trygge boforhold har åpenbare effekter på helsen, og for personer med alvorlig psykisk lidelse, anses bolig som en viktig faktor for å opprettholde helsen (Kyle & Dunn, 2007). Det å få en egnet bolig som gir muligheten til å skape et trygt og varig hjem, kan i seg selv være avgjørende for endringer i den subjektive opplevelsen av psykiske helsevansker (Biong & Karlsson, 2013).

Mennesker med ROP-lidelser kan ha vansker med å skaffe egen bolig og mange er bostedsløse (Andvig, Sælør & Ogundipe, 2018; Helsedirektoratet, 2012:52). Myndighetene legger føringer på at som ikke selv er i stand til å skaffe seg en bolig og bli boende, skal få den hjelpen de trenger (MOD, 2014). Nasjonal boligsosial strategi (2014-2020) har som et nasjonalt mål at alle skal ha et godt sted å bo, tilstrekkelige tjenester for å mestre et boforhold og den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv. Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-7 medvirke til å skaffe boliger til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, blant annet boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for de som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker. Booppfølgingstjenester er et samlebegrep for alle tjenester som gis for at brukeren skal kunne leve og bo selvstendig i egen bolig (Aakerholt, Veia & Tønnesen, 2016). Boligen blir basis for ulike tjenester i form av behandling og forskjellige former for miljøarbeid.

Kommunene har valgt å organisere tjenestene til personer med ROP-lidelser som bor i kommunale boliger på ulik måte. Det er også variasjoner fra bolig til bolig. Botilbudet kan også tilpasses ut fra den enkeltes hjelpebehov, og kan være organisert som en ordinær bolig, gruppebolig eller samlokaliserte boliger (Helsedirektoratet, 2014). Ett av flere grunnleggende

prinsipper er at det er et tydelig skille mellom boform og tjenesteform, og at ressursinnsatsen i form av innhold og omfang knyttes til den enkeltes behov (St. Meld. 29, 2012-2013).

Oppfølgingen av personer med ROP-lidelser som bor i kommunale boliger er forskjellig organisert ut fra hvilken type bolig som tildeles, og har som utgangspunkt for nødvendig omsorgsnivå. Litteraturen tyder på at tilbudet og organisering kan tilpasses den enkelte brukers behov og ønsker, er viktigere enn hva slags boligtilbud og organisasjonsform som velges på tjenestetilbudet (Fugletveit & Hansen, 2013).

Boligtilbudet blir basis for de ulike tjenestene, både i form av ulike former for miljøarbeid og oppfølging av behandling. Bruk av ambulante team som yter fleksible oppfølgingstjenester kan knyttes opp mot gruppeboliger og de som bor selvstendig i en kommunal bolig.

Tjenestene har som hensikt at de skal være hjelp til å styrke praktiske ferdigheter, økonomi, arbeid og utdanning, aktiviteter, ivareta helse, og gi støtte til å utvikle relasjoner og nettverk (Helsedirektoratet, 2012; 2014). Oppfølgingstjenester ytes i stor grad av ambulante team, enten i form av de ordinære ambulante teamene i kommunen, egne oppfølgingsteam eller team som har ekstra kompetanse innenfor rus og psykisk helse (Aakerholt, et al., 2016).

Spesialisthelsetjenesten har også utviklet arbeidsmetoder som gir mulighet til å tilpasse seg at tjenesten ytes der pasienten bor, noe som har gitt utslag i flere typer team som kan følge opp for rehabilitering, eller kan igangsettes i kriser og akutte perioder. Det er også utviklet modeller som gir en integrert behandling og oppfølging i et tjenestetilbud hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten har et tett og forpliktende samarbeid. Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er eksempler på slike modeller som dekker alle nødvendige tjenester gitt i en kombinasjon fra ett tverrfaglig team. Housing First (HF) er en modell som ble etablert først i New York som en motreaksjon på «først behandling, så bolig». Basis i modellen er gode og varige boligtilbud, og er utgangspunktet for de tjenestene som skal ytes (Fugletveit & Hansen, 2013). Ettersom forskning viser at bostedsløshet og ustabile boformer opprettholder stigma og et mer skadelig rusmisbruk, bygger tilnærmingen HF på at bolig er det som er mest viktig og at det er en fundamental rettighet (Andvig et al., 2018). Et viktig prinsipp innenfor HF er skadebegrensning. Gjennom å ta utgangspunkt i bolig før behandling, viste det seg at det var enklere at bostedsløse ble boende fremfor at behandling først skulle være en forutsetning for å få en bolig (Aakerholt et al., 2016).

Tilbudet skal også organiseres og ytes slik at det være individuelt tilpasset, og vil dermed være ulikt utformet ut fra den enkelte brukers behov. Innholdet og omfanget i tjenestene som

de ansatte yter, kan dermed ha et stort spenn. De ansatte som arbeider rundt bolig og som har hjemmet som arena for samarbeidende praksiser, stilles over andre etiske og faglige utfordringer enn i ulike institusjoner (Borg & Karlsson, 2013). Arbeidsformen gjør også at de ansatte blir gjester i brukernes hjem. De ansatte kommer tett på andres liv, situasjoner og relasjoner. Vurderingene av hendelser, situasjoner og psykiske kriser stiller også nye krav til de ansatte. Det kan være uforutsigbart og det må samtidig forholdes til ulike omgivelser. Endringer av situasjonen kan for de ansatte komme brått på, vurderinger må gjøres «der og da», og løsningsorienteringen har et spenn fra å sette inn raske tiltak til mer hverdagslige tilpasninger.

Ansatte som arbeider rundt og med brukere i bolig er en tverrfaglig gruppe tjenesteytere, og arbeider i mange, ulike instanser slik som kommunehelsetjeneste, spesialhelsetjeneste, NAV og sosialtjenesten og forskjellige lavterskeltilbud. Ansatte som arbeider rundt personer med ROP-lidelser i bolig, vil ofte erfare at brukerne er i et behandlings- og rehabiliteringsløp hvor det er flere tjenester og instanser over tid. Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud er en villet politikk, og står sentralt både på individ- og systemnivå (St. meld. 47, 2008-2009).

## **2.4 Folkehelse og helsefremmende arbeid blant ansatte som arbeider med personer med ROP-lidelser**

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011). Et helsefremmende arbeid bygger på demokratisk medvirkning og en sosial helsemodell som setter den enkelte og lokalsamfunnet i sentrum for økt makt og kontroll over helsen (Mæland, 2015). Helsefremmende arbeid defineres som *«prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse»* (Mæland, 2015, s. 15). Helse er ansett som en ressurs, og helsefremming handler om å forsterke denne ressursen gjennom en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Det helsefremmende arbeidet krever andre ferdigheter og tilnæringsmåter enn innenfor den biomedisinske forståelsen av sykdom, og dette oppnås gjennom ulike strategier. Tjenestene skal sørge for at brukeren settes i sentrum, og det skal legges til rette for gode levekår og helsefremmende tjenester (Helsedirektoratet, 2014). Det helsefremmende arbeidet i møtet med personer med ROP-lidelser innebærer i denne oppgaven

er en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, noe som innebærer en helhetlig tilnærming også for de som arbeider i tjenestene.

Nye samarbeidsformer foregår på hverdagens arenaer, og brukerne er avhengige av støtte og bistand fra ansatte i hjemmebaserte tjenester. De ansatte er den største ressursen i tjenestene gjennom å være sentrale som hverdagshjelpere og aktører i de ulike tjenestene. De ansatte er også selv avhengig av et godt arbeidsmiljø for å opprettholde arbeidsglede og engasjement for å kunne yte gode tjenester til brukerne. Begrepet helse er et komplekst begrep, og det har blitt definert på flere ulike måter. Én definisjon på helse er det å ha overskudd til hverdagens krav (Hjort, 1982). Ansatte som arbeider tett på brukerne i hjemmebaserte tjenester for personer med ROP-lidelser, kan ofte medføre en stor arbeidsbelastning og en arbeidshverdag som kan være psykisk utmattende og noen ganger demotiverende (Ramsdal, 2018). Ansatte i psykisk helsevern skårer høyere enn gjennomsnittet blant yrkesaktive når det kommer til utbrenthet i form av følelsesmessig utmattelse og depersonalisering (O'Connor, Neff & Pitman, 2018). Ansatte kan oppleve utfordringer i sitt arbeide i møte med brukergruppen som kan medføre redusert mestringsfølelse og følelse av håpløshet (Andersen & Ness, 2015). Omfattende utfordringer knyttet til arbeidet med brukergruppen kan videre resultere i avmaktfølelse og utbrenthet hos ansatte. Selv har personer med ROP-lidelser beskrevet at de kan oppleve å bli møtt av tjenesteytere som om de er en utfordring i deres arbeid, ikke som en person som har lidelser som gir sammensatte utfordringer (Davidson, 2008). Slike holdninger hos ansatte kan være demotiverende for den ansatte, men de kan også være hemmende i en persons recovery-prosess.

## **2.5 Recovery**

*Recovery* handler om en aktiv bedringsprosess hvor utvikling av en bedre selvfølelse og en meningsfull hverdag, hvor aksept og mestring står sentralt i prosessen (Deegan, 1988).

Recovery som tilfriskningsprosess har ikke nødvendigvis det endelige målet om å bli frisk eller helt symptomfri, slik som ofte en tradisjonelt har ansett rehabiliteringsprosesser. Fokuset i recovery er derimot et godt liv hvor muligheter og ressurser styrkes. Bedringsprosesser handler om hva den enkelte ønsker med livet sitt, ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony, 1993; Borg, 2009).

Det er tre ulike teoretiske definisjoner for recovery som begrep som ofte fremkommer i forskningslitteraturen; *personlig prosess*, *sosial prosess* og *klinisk resultat* (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery er en personlig og unik prosess som handler om å søke etter



formål og mening i livet, til tross for plager og utfordringer. Dette omfatter en bevisst og gradvis endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og roller (Anthony, 1993). Den personlige prosessen handler om å utvikle en positiv identitet, en mer verdsatt sosiale roller og styrke evnen til å ta ansvar for eget liv (Davidson, Andres-Hyman, Bedregal, Tondora, Frey & Kirk, 2008). Den sosiale prosessen utvikles i samspill med omgivelsene i form av både venner, familie, kollegaer og fagpersoner. I de ulike samarbeidsrelasjonene mellom personen, nettverket og hjelpeapparatet vektlegges personen ressurser for å styrke personens livskvalitet og recovery-prosess (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbakk, Solberg & Torkelsen, 2013). Gode relasjoner, støttende og inkluderende miljøer er eksempler på elementer som fremmer recovery i en sosial prosess. Utviklingen og deltakelsen i nærmiljøet forutsetter at miljøet er tilpasset for blant annet støtte og trygghet, og sosial inklusjon foregår i de naturlige fellesskapene i samfunnet (Borg, 2009). Recovery definert som resultat peker mot en orientering av objektive mål på behandlingseffekt (Borg, 2009; Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Slade, 2010). Recovery som resultat forstås ofte som et utfall. Slade (2010) viser til en objektiv og samlet evalueringsstrategi av livskvalitetsindikatorer som god bosituasjon, vennskap, trygghet, sysselsetting, vennskap og nære relasjoner, samt en fremgang mot personlige mål. Disse områdene er også relevante både i forskning og praksis.

Personer med psykiske lidelser trenger ikke bare behandling, de trenger et godt liv, skriver Slade (2012). Behandling kan bidra til å oppnå et liv verdt å leve, men det er et middel, ikke ende. Når ansatte skal se brukerens ressurser og støtte disse på en slik måte at livskvaliteten bedres, medfører det krav til at ansatte møter brukergruppen med endrede holdninger og arbeidsmetoder. Brukeren settes i en aktiv rolle i sin egen recovery-prosess, brukermedvirkning settes i fokus slik at brukerens ønsker, behov og livssituasjon kan stå i sentrum (Andersen & Ness, 2015). Det å støtte recovery innebærer å snu noen oppfatninger om hva som er behandling innenfor psykiske lidelser. Et slikt skifte i synet på behandling og tjenesteyting medfører samtidig en stor endring i rollen organiseringen av helse- og velferdstjenestene, og nye måter å organisere møtene mellom de personene som trenger hjelp og de som skal hjelpe. Nye helsepolitiske føringer fordres at ansatte har en holdning om at brukerens egen innsats styrkes til å håndtere og mestre sin hverdag. Arbeidet blir en samarbeidsbasert praksis i hverdagsnære situasjoner på brukerens arenaer, og rollen kan beskrives som hverdagshjelper og medvandrer (Sommer et al., 2013).

## **2.6 Recovery-orientert praksis i kommunale boliger for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse**

I en *recovery-orientert praksis* støttes en persons recovery (Deegan, 1988). I et helsefremmende arbeid er helse ansett som en ressurs, og perspektivet blir å styrke denne ressursen. En slik ressursmodell vil dermed la sykdomstekning og begrensinger komme i bakgrunnen, og fokuset rettes på muligheter man har på tross av sykdom og lidelse. I en recovery-orientert praksis legges det vekt på å støtte brukeren til et kvalitativt tilfredsstillende liv på tross for de utfordringer en lever med (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Ness, Borg & Davidson, 2014; Slade, 2012). Målet med det faglige perspektivet i recovery-orientert praksis er at den enkelte kan leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv med hensikt og håp, på tross av de skadelige effektene som lidelsene har medført (Anthony, 2000). Kunnskap om tilfriskningsprosesser må knyttes til livssituasjonen til den enkelte (Davidson et. al, 2008). Ansatte i en recovery-orientert praksis vil se etter hva som kan bidra til en positiv utvikling, utforske og støtte disse prosessene til den enkelte.

I recovery-orienterte praksiser fremheves det i litteraturen fire sentrale områder som kjennetegner praksisen tilbyr av støtte til personens innsats for recovery (Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams & Slade, 2011). Det første området er å fremme medborgerskapet og verdsatte sosiale roller, noe som foregår i samspill med personens omgivelser og lokalmiljø. Det andre området er de organisatoriske rammene som inkluderer kultur, ledelse og rammebetingelsene som tjenesten handler ut fra. Et tredje sentralt område er støtte av personens personlige recovery, hvor de ansatte vektlegger å fremme og styrke personens egne ønsker, behov og livsmål, hvor også valgmuligheter i tjenestetilbudet er viktig. Det siste området som er fremhevet i litteraturen, er fokus på gode samarbeidsrelasjoner.

### **2.6.1 Fremme medborgerskap og verdsatte roller**

Gjenoppbygging av en positiv identitet, inkluderende miljøer og anerkjente roller innebærer fravær av stigma og diskriminering (Biong & Soggiu, 2015; Davidson et al., 2008; Slade, 2009). Recovery er en rehabiliteringsprosess som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess som skjer i samspill med omgivelsene. Hvordan en person med ROP-lidelser møtes i tjenesteapparatet, mulighetene for deltakelse og sosial inkludering, har dermed en stor betydning for recovery. (Helsedirektoratet, 2014).

Støtte i nettverk og meningsfulle aktiviteter er viktige faktorer som opprettholder en recovery-prosess (Skogens, Von Greiff & Topor, 2017). Mange brukere mangler et sosialt nettverk, og personalet blir viktig som en sosial kontakt både innad i behandlingskonteksten, men også en

link til andre sosiale nettverk på utsiden av behandlingskonteksten (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Oute & Davidson, 2019; Von Greiff, Skogens & Topor, 2018). Ansatte kan legge til rette for å etablere kontakt og være brobygger ut til ulike arenaer for meningsfulle aktiviteter og sosiale arenaer (Fieldhouse, 2012; Ness, Borg, Karlsson, Almåsbygg, Solberg & Torkelsen, 2013). Meningsfulle aktiviteter i recovery er en viktig for opplevelser, mening og nettverk, men også for å skape en struktur i hverdagen. Aktiviteter gir mulighet til å prøve seg frem, læring og mestring, men også det å skape en identitet utenfor sykdom og vonde livserfaringer, samt oppleve anerkjennelse, deltakelse, tilhørighet og samhold (Vibeto et al., 2019; Slade, 2009). Ansatte kan gjennom samarbeid med brukerne bruke ressursene og fasiliteter i lokalmiljøet, og individuelt tilpasset aktiviteter har vist at de for brukerne kan bidra til mer verdsatte roller, bidra til å nå langsiktige mål, opplevelse av tilhørighet og velvære (Fieldhouse, 2012).

I en artikkel om et Housing First-prosjekt i Norge, vektla de ansattes en skadebegrensende tilnærming. De ansatte tilrettela rundt brukerne i deres lokalmiljø for å fremme et godt samarbeid med naboer og huseiere for å forebygge vanskelige situasjoner, så vel som å hjelpe brukerne med å etablere seg og få tilhørighet i lokalmiljøet rundt seg (Andvig et al., 2018). En studie viste at betydningen av anerkjennelse i relasjoner til ansatte, likepersoner eller pårørende spilte en særlig viktig for avholdenhet (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Oute & Davidson, 2019). Kjennetegn ved disse relasjonene er at kontakten bidrar til en følelse av å bli godtatt og akseptert. Slike positive relasjoner er beskyttende mot innflytelse fra andre bekjentskaper som ellers kan ha en negativ innvirkning, og studien viser at styrkede bånd til sosiale aktiviteter i lokalmiljø svekker båndene til rusmiljøet.

### **2.6.2 Organisatoriske rammer**

De organisatoriske rammene som inkluderer kultur, ledelse og rammebetingelsene som tjenesten handler ut fra, har en betydningsfull påvirkning i praksis. Hvordan tjenestene er organisert og implementert, er av betydning for blant annet hvordan ansatte kan gjennom sin praksis kan bistå slik at brukerne kan oppnå meningsfulle og produktive liv (Boutillier et al., 2011; Boutillier et al., 2015; Kraus & Stein, 2013). Forskning tyder på det er sentralt at tjenestetilbudet til brukergruppen tillater både fleksibilitet, tilgjengelighet og kontinuitet for å støtte en recovery-orientert praksis (Almvik et al., 2011; Biong & Soggiu, 2015; Brekke, Lien & Biong, 2018; Fulgetveit & Hansen, 2013). Organisatoriske prioriteringer påvirker også hvordan ansatte forstår en recovery-orientert praksis, som igjen påvirker hvordan ansatte arbeider etter disse prinsippene og evaluerer sitt arbeid. Prioriteringer som organisasjonen

gjør kan ha innvirkning på om kvaliteten på tjenesten vektlegges tilstrekkelig, eller om de økonomiske rammene preger tjenestene i en retning som ikke støtter en recovery-orientert praksis (Boutillier, Chevalier, Lawrence, Leamy, Bird, Macpherson, Williams & Sade, 2015; Borg, 2009). En aktuell utfordring tjenestene opplever er at de skal gjøre tjenestene mer personorientert på bakgrunn av forskning på brukererfaringer, samtidig som de møter krav til New Public Management som trekker i retningen av standardiserte retningslinjer som bygger på evidensbasert praksis med målstyring og effektivitet (Borg, 2009).

Helhetlige og individuelt tilpassede tjenester krever en flyt i tjenestetilbudet som forutsetter samarbeid mellom de ulike instanser som inngår i apparatet rundt brukeren (Brekke, Lien & Biong, 2018). Ansatte viser også at det er nødvendig med en helhetlig tilnærming i sin praksis, ved at de ikke kan arbeide etter avgrensede tiltak ut fra et vedtak, og ansatte beskriver nødvendigheten av en pragmatisk og fleksibel tilnærming i hjelpen tilpasset den enkeltes situasjon (Andvig et al., 2018). De ansattes rammer for å gi en fleksibel tilnærming viser at deres praksis er innrammet av strukturelle forhold, slik som hvilken tidspunkt ansatte kan bistå brukerne, samt være tilgjengelige for brukerne og apparatet rundt (Biong & Soggiu, 2015). Tilgjengelighet og fleksibilitet forutsetter også nok tid til hver bruker (Almvik, Sagsveen, Olsø & Norvoll, 2011; Fugletveit & Hansen, 2013).

Implementering av en recovery-orienterte tjenester i praksis, innebærer forankring og planlegging på ledernivå, og at det legges til rette for at de både ansatte og ledere får nødvendig opplæring og trening i recovery-orientert praksis i tjenestene (Aston & Coffey, 2011; Tsai & Lal, 2012; Walsh, Meskell, Burke & Dowling, 2017). Opplæring, informasjon og øvelser vil kunne gi kunnskap for å enes om en praksis, og kan samtidig redusere frustrasjoner gjennom å gi en økt grad av rolleklarhet. Gjennom øvelser og opplæring kan ansatte få beriket sin forståelse av prinsipper, verdier og holdninger i en recovery-orientert praksis og utvikler ferdigheter for praksis. Tsai et al., (2011) undersøkte hvilken betydning recovery-orientert opplæring hos ansatte hadde gjennomgått det siste året hadde for deres holdning og praksis ved arbeidsstedet. Resultatene viste at de ansatte som hadde hatt opplæring innen recovery det siste året, rapporterte høyere grad av recovery-orientert praksis, optimisme ovenfor brukerne og deres livsmål, enn ansatte som ikke hadde gjennomgått opplæringen. Videre var det en signifikant korrelasjon mellom antall opplæringsøkter og økt grad av recovery-orientert praksis, optimisme ovenfor brukeren og tro på brukerens livsmål.

### **2.6.3 Støtte personlig recovery**

Sentralt står det å støtte brukerens personlige recovery, hvor de ansatte vektlegger brukernes egne ønsker, livsmål og behov, samt valgmuligheter og inkludering av likepersonarbeid i tjenestetilbudet. Karakteristisk for en recovery-orientert praksis er de ansattes fokus på brukerens individuelle ressurser for støtte personens egen innsats i sin recovery-prosess (Brekke, Lien, Nysveen & Biong, 2018; Skogens, Von Geiff & Topor, 2017). Dette fokuset om å styrke brukeren har vist seg viktig både ved at det igangsetter og opprettholder en recovery-prosess gjennom. Personer med ROP-lidelser kan ha en ekstra sårbarhet i at de ofte har en lang historie med mange ulike ansatte i hjelpeapparatet sett i forhold til andre marginaliserte grupper, og at denne kontakten over år kan lede til en «lært passivitet» i forhold til sin egen recovery-prosess (Brekke, Lien, Nysveen & Biong, 2018; Von Greiff, Skogens & Topor, 2018). Et sentralt aspekt ved recovery-orientert praksis er at det er personen selv om setter recovery- og behandlingsmålene ut hva brukeren selv mener er viktig. En oppfatning blant ansatte er at personer med ROP-lidelser har gjennom tidligere livserfaringer dannet seg et selvbilde som gjør at de ikke forventer så mye av seg selv eller omverden (Brekke, Lien, Nysveen & Biong, 2018). En utfordring med arbeid med personer med ROP-lidelser er at de kan ha lave ambisjoner for sine recovery- og behandlingsmål og endringer, og derfor behov for noen regler og krav. De ansatte beskrev at de løste dette dilemmaet med å introdusere egne ideer på måter som gjorde at brukerne selv kunne kjenne eierskap til dette. De ansattes evne til å vise respekt gjennom hvordan de hilser på brukeren, til hvordan de oppfører seg når de kommer hjem til brukeren, holder ord er av betydning og at kontakten er på en slik måte at det styrker likeverd og gjensidighet i relasjonen (Sommer, Strand & Ness, 2013).

### **2.6.4 Samarbeid**

I en recovery-orientert praksis er det sentralt at ansatte har fokus på gode samarbeidsrelasjoner, og ansatte opplever sitt bidrag til recovery gjennom blant annet sin tilstedeværelse og relasjon (Biong & Soggiu, 2015; Topor, Skogens & Von Greiff, 2018; Von Greiff, Skogens & Topor, 2018). Recovery er en personlig prosess, som også i stor grad er en sosial prosess som involverer kontekstuelle faktorer. Relasjoner sentrale betydning fremkommer i flere studier. Å bli møtt med respekt, anerkjennelse og tilgjengelighet knyttes til relasjoner. Viktigheten er også at samarbeid over tid hvor ansatte legger til rette for at brukeren selv får være den viktigste aktøren i sitt eget liv (Biong & Soggiu, 2015). Ansatte som fremmer håp og en gjensidig tillit i samarbeider, er en av flere viktige aspekter av den terapeutiske alliansen (Von Greiff, Skogens & Topor, 2018).

Recovery-orienterte praksiser vil føre til en endring i ansattes rolle i møte med brukerne. Fra å være ekspert i andres liv, vil nå den ansatte støtte brukerne til deres egen måte til å løse sine utfordringer. De ansatte har en betydningsfull rolle i brukerens recovery gjennom støttende relasjoner (Biong & Soggiu, 2015; Borg & Kristiansen, 2004; Topor et al., 2018). Gjennom å gi håp, møte brukeren som likeverdig, være tilgjengelige og var villighet til å vise fleksibilitet utover hva som var oppfattet som en «profesjonell rolle».

Den gode hjelpen har blitt beskrevet som en arbeidsform som gir et helhetlig og individuelt tilpasset oppfølging av den enkelte bruker på sin hjemmearena (Almvik et al., 2011).

Arbeidsformen kan dermed inneha den variasjonen som er nødvendig for å tilpasses den enkeltes behov, utgangspunktet for kontakten kan ofte være bistand til praktiske utfordringer i hverdagen. Samtidig vil det i dette handlingsrommet gi rom for den uformelle samtalen og et hverdagslig samvær, hvor det er anledning til å gi et fellesskap som også kan gi opphav til at tillit til fagpersonene kan øke. Betydningen av at den individuelt tilpassede hjelpen som gis i en slik samarbeidsform, er at den ligner på dagliglivets samhandling mellom folk flest.

Arbeidsformen legger til rette for en person- og hverdagsorientert måte, og relasjonen kan bli mer likeverdig.

## **2.7 Kompetanse, utdanning og demografiske variabler hos de ansatte**

Nasjonalt er det i 2018 rapportert inn nærmere 16 000 årsverk knyttet opp til kommunalt psykisk helse og rusarbeid (Sintef, 2018). I de kommunale helse- og omsorgstjenestene til voksne går det flest årsverk til boliger med fast personell (40 %), 20 prosent innenfor behandling, og 20 prosent går til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som bor i egen bolig. 13 prosent av årsverkene går til forskjellige arbeids- og aktivitetstiltak. I tillegg er det også ansatte i spesialisthelsetjenester, samt ulike private aktører, ideelle og frivillige organisasjoner som supplerer de kommunale tjenestene.

Fagkompetanse innen psykisk helsearbeid og rusarbeid krever en tverrfaglighet i de ulike tjenestene, og bygger på en sosialfaglig, helsefaglig, medisinsk, psykiatrisk og omsorgsfaglig kompetanse og tilnærming (Helsedirektoratet, 2014). I helse- og omsorgsoppgavene etter helse- og omsorgstjenesteloven er det profesjonsnøytralitet for utøvelse av de fleste tjenestetilbudene, samtidig som tjenestene har ulike profesjoner og yrkesgrupper.

De fleste årsverkene innen kommunalt psykisk helse og rusarbeid rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (55 prosent) (Sintef, 2018). Kompetansebehovet i møte med

psykisk helse og ruslidelser er flerfaglig (Helsedirektoratet, 2014). Variasjon i grad av psykiske helseproblemer og rusmiddelavhengighet sett i sammenheng med sammensatte årsaksforhold, krever en flerfaglig kompetanse for å kunne yte en helhetlig tilnærming, i tillegg til en generell basiskompetanse om rusproblematikk og psykiske lidelser.

Som følge av nye reformer og føringer, møter ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenestene nye brukergrupper med et mer faglig krevende og sammensatte medisinske- og psykososiale behov (Helsedirektoratet, 2015). Omtrent 25 prosent av de brukerrettede omsorgstjenestene består av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Kompetanseløft 2020 innehar flere strategier som har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt sikre nok og kompetent bemanning. Handlingsplanen skal bidra til styrking av helsetjenestene skal sikre bærekraftige og gode tjenester med faglig nivå og bredde blant de ansatte, som møter kravene om en faglig omstilling, en endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Samtidig settes det ytterligere fokus på at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ivareta og beholde allerede ansatt helsepersonell for å kunne møte fremtidens utfordringer med helsepersonellmangel. Et høyt turnover i tjenesten vil også være krevende for organisasjonen, da kommunene mister verdifull kompetanse ved hver avgang, samt at det er tidskrevende med rekruttering og opplæring av nye ansatte (Helsedirektoratet, 2018). Tall viser at i helse- og omsorgstjenestene ligger turnover totalt på 14 %. Oversikt over de ansattes arbeidstid, sykefravær og turnover er også viktig fordi det også kan gi en indikasjon om tilknytningen de ansatte har til sin arbeidsplass. Tradisjonelt har arbeidstid for helse- og omsorgstjenestene vært preget av deltidsstillinger, og det har over tid vært flere tiltak for å øke andel heltidsstillinger. Andel heltidsansatte innenfor alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune var per 1. desember 2018 54 prosent, noe som er høyere enn landsgjennomsnittet for alle landets kommuner hvor andelen fulltidsansatte er 36 prosent (KS, 2018). Deltidsstillinger kan bidra til høyere turnover og dermed risikere et svakere fagmiljø, samt en mindre kontinuitet og uforutsigbarhet i miljøet.

Ansettelsesperiode ved nåværende arbeidssted ser ut til å ligge gjennomsnittlig på omtrent tre til fem år ved gjennomføring av studier (Brunt & Rask, 2018; Kraus & Stein, 2013; Tsai et al., 2011). Relevant arbeidserfaring viser et gjennomsnitt med hovedvekt mellom 10-16 år i de ulike studiene. Alder blant ansatte tyder på at det kan være en ganske jevn aldersfordeling, med en noe høyere andel ansatte rundt tidlig førtiårene (Brunt & Rask, 2018; Osborn & Stein, 2016; Tsai et al., 2011; Walsh, Meskell, Rbuke & Dowling, 2017). Innenfor yrkesgruppene

som arbeider med personer med ROP-lidelser viser en høy andel ansatte høyere utdanning med variasjon i profesjonene innenfor områder som sosialt arbeid, psykologi, sykepleie (Brunt & Rask, 2018; Kraus & Stein, 2013). Andel ansatte med mastergrad har i noen studier blitt oppgitt omtrentlig en tredjedel (Kraus & Stein, 2013; Tsai et al., 2011).

Kvinner utgjør en stor hovedvekt av personellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også innenfor tjenestene som arbeider med personer med ROP-lidelser (Brunt & Rask, 2018; Osborn & Stein, 2016; Kraus & Stein, 2013; Tsai et al., 2011; Walsh, Meskell, Bruke & Dowling, 2017). Det er en nasjonal satsing å øke andelen mannlige ansatte i de kommunale helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2018; St. Meld. 29, 2012-2013).

Samtidig som det settes større krav til kompetanse og rekruttering hos de ansatte, kreves det også nye arbeidsmetoder, samarbeidsrelasjoner og organisering av tjenestene som medfører et faglig omstillingsarbeid (St. Meld. 29, 2012-2013). Ved å gi hjelp der folk bor, er også hensikten med en slik næromsorg at hjelpen skjer i et tett samspill med brukerne, deres pårørende og sosiale nettverk, frivillige organisasjoner og lokale virksomheter. Brukerne skal i større grad bli en ressurs i eget liv, mestring står i sentrum, og sosialt nettverksarbeid foregår ved å mobilisere ressursene lokalsamfunnet og nærmiljøet. Næromsorgen foregår på hjemmebanens arenaer. De ansatte opplever dermed å komme tett på brukerne gjennom en desentralisert tjeneste, og at tjenesten de gir blir en integrert del av lokalsamfunnet, og den profesjonelle og uformelle omsorgen skal flyte sammen i de ansatte sin hjelperrolle.

## **2.8 Brukerorientering og erfaringskunnskap**

Et bærende element i en recovery-orientert praksis, er brukerorienteringen i tjenesten (Vibeto et al., 2019). *Brukerorientering* kan bety at tjenesteytere tenker seg inn i situasjonen brukeren har, og forsøker å gi hjelp ut fra denne forståelsen (Westerlund, 2012). Brukerorientering kan defineres som hensynet til den enkelte brukers behov og interesser, og at dette former tjenestene gjennom at brukers behov settes i sentrum. Tjenestene har en plikt til å involvere brukeren, og brukeren har rett til å medvirke. *Brukermedvirkning* er en demokratisk rettighet, og en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra bruker til tjenesteyter (Westerlund, 2012). Brukermedvirkning foregår på både individ-, tjeneste- og systemnivå.

*Brukererfaring* er grunnlaget for å utvikle kunnskap om hva det innebærer å leve med helseutfordringene, hvilke behov en har ut fra dette og hvordan det oppleves å motta tjenester i en situasjon hvor en trenger hjelp (Westerlund, 2012). Tilsetting av ansatte med bruker- eller pårøndererfaring styrker brukerperspektivet, og er et anbefalt tiltak for å fremme en



recovery-orientert praksis (Helsedirektoratet, 2014). Det brukes ulike begreper som viser til brukererfaring, slik som personer med erfaringskompetanse som erfaringskonsulenter, brukerspesialist, eller medarbeider med bruker- eller pårørendekompetanse. En *erfaringskonsulent* er en person som arbeider i tjenesten på bakgrunn av sin egenerfaring som bruker, og erfaringen i seg selv blir dens profesjon. Det å ha *erfaringskunnskap* handler om menneskelige erfaringer fra det levde liv i ulike kontekster og miljøer (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018; Moen & Larsen, 2013).

I en kunnskapsbasert praksis vil samspillet mellom bruker-, erfarings- og forskningsbasert kunnskap i sin kontekst bedre kvaliteten på tjenesten. For å kunne ha tilstrekkelig kunnskap om det å arbeide recovery-orientert, vil *erfaringskunnskap* slik som for eksempel brukererfaring være en viktig kunnskapskilde i praksis (Le Boutillier et al., 2011). Gjennom å inkludere personer med brukererfaring i tjenestene, kan det bidra til utviklingen av tjenestene og innholdet i dem (Prop.15S, 2015-2016). Dette for å benytte bruker- og pårørendeerfaringen for å yte best mulig hjelp både ved å bidra med bedre kvalitet på tjenestene og at brukeren kan få økt innflytelse (St. Meld. 29, 2012-2013; Meld. St. 11, 2016). For å oppnå endringer i holdninger og kultur vil også det å benytte seg av denne typen kompetanse spille en sentral rolle. Ansatte med egenerfaring kan være gode rollemodeller og gi håp.

Forskning viser at bruk av erfaringskonsulenter kan redusere bruk av akutt-innleggelse, samt redusert rusmisbruk hos personer med ROP-lidelse (Davidson m. fl., 2012).

Erfaringskonsulentene kunne gi positive opplevelser med erfaringsdeling og fremstå som gode rollemodeller, noe som ga håp og trivsel for brukerne. Det ble også sett en positiv effekt på brukernes grad av depresjon og psykose. Ansatte som kan vise til brukererfaring og erfaringskompetanse kan i stor grad oppleves som positivt for brukerne (Davidson et al., 2012; Borg, Sjøfjell, Ogrundipe & Bjørlykhaug, 2017; Deegan, 1988). Forskningen viser at ansatte som hadde egenerfaring, ga brukerne opplevelse av å bli sett og forstått på en annen måte, og en umiddelbar tillit i kontakten gjennom en følelse av fellesskap, håp og inspirasjon (Karlsson, Borg, Ogrundipe, Sjøfjell & Bjørlykhaug, 2017; Klevan et al., 2018). Rollen og funksjonen til erfaringskonsulentene er fortsatt under utvikling, og det er også usikkerhet knyttet til både rollen, arbeidsbetingelser og kompetanse som vil utforskes videre (Borg, Sjøfjell, Ogrundipe & Bjørlykhaug, 2017; Klevan et al., 2018; Ogrundipe, Borg, Sjøfjell, Bjørlykhaug & Karlsson, 2019).

Det fremkommer i Sintef sin rapport at 24 prosent av kommunene/bydelene oppgir de har årsverk i helse- og omsorgstjenester til voksne ansatte med erfaringskompetanse innen psykisk helse og/eller rus (Sintef, 2018). Beregninger viser at disse årsverkene utgjør 1,2 prosent av tjenesten til de voksne. Ansatte med erfaringskompetanse kan være en av flere strategier for å sikre brukermedvirkning lokalt ved å styrke bruker- og pårørendekunnskapen i tjenesten. Sintef (2019) gjennomførte en kartlegging av kommunens bruk av erfaringsmedarbeidere, og 91 prosent ( $N = 102$ ) av kommunene oppga at ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring arbeider med direkte brukerkontakt, mens tre fjerdedeler av kommunene oppgir at de bidrar på systemnivå med utvikling av tjenesten. Mer enn halvparten av kommune oppgir at de bidrar med prosjektarbeid og kontakt med pårørende. Halvparten av kommunene oppgir at de også er i kontakt med brukerorganisasjoner.

Likepersonarbeid er ofte frivillig arbeid organisert under ulike brukerorganisasjoner, og essensen i likepersonarbeidet er en målrettet bruk den egenbaserte erfaringskompetansen. Personer med ROP-lidelser har ofte færre ressurser i sitt sosiale nettverk sammenlignet med de som ikke har samtidige lidelser, og mange opplever å ha manglende støtte i sine omgivelser (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Oute & Davidson, 2019; Topor et al., 2018). Kontakt med likepersoner ser ut til å ha en viktig funksjon for å opprettholde recovery for de som har manglende støtte i familien (Skogens et al., 2017). Sosiale relasjoner spiller en viktig rolle i en persons recovery, en likeperson kan bidra blant annet med å være en samtalepartner, brobygger og en positiv støttespiller. Frivilligheten og brukerorganisasjonene er også en arena for møteplasser, læring og utvikling. Myndighetene legger føringer på at helse- og omsorgstjenestene bør oppmuntre kontakt med frivilligheten og brukerorganisasjonene (Helsedirektoratet 2014; Meld. St. 29, 2012-2013; Meld. St. 11, 2016-2019; NOU 2011:11). Kommunen bør dermed legge til rette for et godt samarbeid på tvers av sektorer.

## **2.9 Et støttende arbeidsmiljø**

Ansatte som arbeider med personer med ROP-lidelser kan ha en krevende arbeidshverdag, de kommer ofte tett på brukerne og deres utfordringer. Det er derfor viktig at ansatte beholder engasjement, håp og entusiasme for å være en ressurs og støtte i brukernes recovery-prosesser (Andersen & Ness, 2015). Å beholde dette er viktig for at de ansatte skal klare å stå i de utfordringer de møter i sin arbeidshverdag. Videre er det viktig å fremme arbeidsglede, slik at de ansatte kan bidra som en støttespiller som vektlegger relasjonsarbeidet, holder ord og ikke gir seg (Sommer, Strand & Ness, 2013).

Sosial støtte kan beskrives som en emosjonell og instrumentell støtte (Helsedirektoratet, 2015). I et arbeidsmiljø vil emosjonell støtte har en empatisk og omsorgsfull karakter, mens instrumentell støtte karakteriseres av en mer praktisk og konkret støtte. Et støttende arbeidsmiljø er en av flere faktorer som fremmer arbeidsglede og hindrer utmattelse hos ansatte (Andersen & Ness, 2015). Kollegaer kan gi råd og veiledning i vanskelige situasjoner, nærhet og støtte fra leder, samt gi følelsesmessig kontakt og støtte (Andersen & Ness, 2015; Ervik et al., 2012; Mæland, 2015). Dette kan være avgjørende for den enkeltes evne til å takle motgang. Et støttende arbeidsmiljø vil også gi grunnlag for selv kunne gi støtte i møte med brukeren (Andersen & Ness, 2015). Fellesskapet har betydning for at den enkelte ansatt ikke opplever å bli stående alene i sitt arbeid og de utfordringer en opplever, samt kunne hente motivasjon, tro og håp i en ofte krevende arbeidshverdag.

Ansatte innenfor helsearbeid har også et behov av håp, ikke bare for å hjelpe andre, men for deres egen mening og hensikt (Weinberg, 2013). De ansatte sitt håp på vegne av brukeren fremheves også som viktig ettersom de ansatte selv ikke alltid ser effekten av innsatsen de legger i arbeidet der og da, og ikke ser hvilken betydning innsatsen kan ha for den enkelte på sikt. De ansattes håp beskrives også som essensielt i det å kunne gjøre en god jobb i den ofte krevende arbeidshverdagen mange opplever (Sælør, Ness, Borg & Biong, 2015).

Utviklingen stiller økte krav til blant annet kapasitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26, 2014-2015). De ansatte møter flere brukere med komplekse behov og mer utfordrende tilstander enn tidligere, noe som krever ansatte med mer kompetanse og en flerfaglighet, og større grad av samarbeid både internt og på tvers av instanser. Økt krav til resultat og effektivitet kan oppleves som begrensende for en recovery-orientert praksis. Allsidighet, tilgjengelighet og fleksibilitet beskrives som viktig i en recovery-orientert praksis.

De strukturelle og økonomiske rammene kan gi et press for kostnadseffektivitet, og legge press på driften av tjenesten og de ansatte (Borg & Karlsson, 2013). Videre vil også rammene ansatte har av antall brukersaker de har ansvar for, mengden administrative oppgaver og lønnsbetingelser ha betydning for de ansattes mestringsopplevelse på arbeidsstedet (Kraus & Stein, 2013). Ansatte som arbeider med personer med ruslidelser og psykiske lidelser har høyere risiko for utbrenthet på bakgrunn av arbeidsmengde og kompleksiteten i problematikken de ofte kan møte i sin arbeidshverdag og som de ofte står i over tid. (O'Connor, Neff & Pitman, 2018; Oser, Biebel, Pullen & Harp, 2013). Arbeidsrelaterte

forhold slik som rolleklarhet, en følelse av profesjonell autonomi, en følelse av å bli rettferdig behandlet ser ut til å være beskyttende faktorer. Kollegastøtte og veiledning er også viktige faktorer for forebygging av utbrenthet. Ansatte som arbeider i kommunale psykisk helseteam, kan være mer utsatt for utbrenthet enn de som jobber i noen spesialistteam (O'Connor, Neff & Pitman, 2018).

Andersen og Ness (2015) peker på en sammenheng mellom gode arbeidsbetingelser for en recovery-orientert praksis og hva som fremmer arbeidsglede blant de ansatte. De ansatte må oppleve at de har fleksibilitet i sitt arbeide, slik at de i sin recovery-orienterte praksis kan møte den enkelte bruker på en slik måte at de kan tilpasse tjenesten ut fra den enkeltes behov. Videre kan også et arbeidsmiljø preget av tidspres ha begrensede muligheter for hvilken hjelp det er mulig å gi. En arbeidsdag med for stor arbeidsbelastning og press fører til strenge prioriteringer av tiden den enkelte ansatt har til rådighet til å utføre arbeidet (Ramsdal, 2018). Dette kan føre til både en krevende arbeidssituasjon og en knapphet i tjenesten som gis.

## **3.0 Metode**

### **3.1 Studiedesign og metode**

Det ble benyttet en kvantitativ metode, og studiedesignet er en tverrsnittstudie. Kvantitativ metode gir mulighet til å få breddekunnskap, finne sammenhenger og teste hypoteser som kan generaliseres fra utvalg til populasjon. Det skilles mellom to hovedtyper statistikk: deskriptiv og hypotetisk-deduktiv (Bjørndal & Hofoss, 2015). Deskriptiv statistikk benyttes for å skape et bilde for å kunne beskrive og fremstille data, mens den hypotetisk-deduktive fremgangsmåten tar sikte på å se på sammenhenger for å bekrefte eller avkrefte hypoteser. I denne studien er det benyttet både en deskriptiv og en hypotesetestende tilnærming for å belyse og finne svar på forskningsspørsmålene.

### **3.2 Kontekst for studien**

Universitetet i Sør-Øst Norge (USN) og Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) gjennomfører et treårig forskningsprosjekt finansiert av Forskningsrådet (Prosjektnummer 269858). Prosjektet handler om recovery-orientert rehabilitering for personer med ROP-lidelser. Forskningsprosjektet består av to deler, den ene gjennomføres ved USN og den andre ved NMBU. Målet med prosjektet er å utarbeide og evaluere en modell for recovery-orientert rehabilitering for beboere og ansatte i en kommunal bolig. Prosjektet skal bidra til ny kunnskap om hvordan modellen kan bidra til trivsel, livskvalitet og en mer meningsfylt hverdag. Modellen bygger på både bruker- og medarbeiderperspektiv.

Som del av dette overordnede prosjektet har denne kvantitative studien sett på ulike aspekter ved praksis som kan ha betydning for hvordan og hvorvidt ansatte arbeider recovery-orientert ved deres arbeidssted tilknyttet det nevnte forskningsprosjektet. Det er også sett på i hvilken grad de ansatte opplever at de jobber i et støttende arbeidsmiljø, som gir grunnlag for selv å yte støtte.

### **3.3 Rekruttering og utvalg**

Ansatte ved NMBU som var tilknyttet prosjektet var ansvarlig for rekrutteringen til denne studien. Ansatte i seks boliger ble inkludert i det overordnede prosjektet, og fem boliger valgte å delta i denne studien. Boligen som er tilknyttet det overnevnte forskningsprosjektet ble inkludert, i tillegg til noen andre boliger som ble invitert inn som referansegruppe. Ansatte ved NMBU som er tilknyttet prosjektet hadde allerede etablert kontakt med boligene, og det var opprettet en kontaktperson i hver bolig.

Kontakten med navngitte kontaktpersoner i boligene ble opprettet ved bruk av mail og telefon, og det ble avtalt tid for et personlig oppmøte ved deres arbeidssted i de ulike boligene. Ved oppmøte fikk kontaktpersonen informasjon om studien og overlevert konvolutter som inneholdt informasjonsskriv med samtykkeerklæring (Vedlegg 1) og spørreundersøkelse (Vedlegg 2). Ved møtet ble prosjektet framsnakket og det ble gitt oppmuntring for hvorfor denne studien var viktig å gjennomføre. Kontaktpersonene videreformidlet informasjon om studien muntlig til andre ansatte internt i organisasjonen, og de sendte også ut felles mail internt for å nå ut til flere aktuelle ansatte. Denne metoden for rekruttering hadde en snøballeffekt.

Målgruppen for studien er ansatte som jobber i kommunen eller staten, i tilknytning til beboerne i en kommunal bolig. Ansatte kan være ansatt i deltids- eller heltidsstillinger. Det kan da være personer som jobber i ulike instanser, enten de er ansatt i en kommunal bolig, er knyttet opp til en personalbase som arbeider mot brukergruppen, eller om de på andre måter har kontakt med og jobber mot beboere i en kommunal bolig, ettersom oppfølgingen av personer med ROP-lidelser som bor i kommunale boliger er ulikt organisert. Det virker å være variasjoner i ansattrollene fra bydel til bydel, og fra bolig til bolig. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er ikke tydelige. Med «alle ansatte» er det litt uklare grenser, men det var et mål å inkludere alle som har ulike former for direkte kontakt med brukerne og jobber opp mot personer med ROP-lidelse. Ansatte kunne derfor selv vurdere om de opplever seg relevant for deltakelse i studien.

Seks boliger ble inkludert i den overordnede studien, og fem boliger valgte å delta i denne studien. Totalt 70 konvolutter ble levert ut til de fem ulike boligene, og antall konvolutter som ble delt til den enkelte bolig ut var vurdert ut fra størrelsen på personalbasene som var tilknyttet boligene. Antall besvarelser var 42, altså en svarprosent på 60 %. En oversikt over antall respondenter fordelt på boliger er utelatt for å sikre anonymisering.

### **3.4 Måleinstrument**

For å få svar på om hvordan og hvorvidt de ansatte opplever at de jobber recovery-orientert, ble det benyttet spørsmål fra spørreskjemaet Recovery Self-Assessment (RSA-R) provider version (O'Connell, Tondora, Stayer, Hawkins & Davidson, 2007; O'Connell et al., 2005). RSA-R består av 32 punkter som er formulert som påstander, og som berører vanlige prinsipper ved recovery og en recovery-orientert praksis. Dette spørreskjemaet er utviklet nettopp for å fange de ansattes erfaringer og opplevelse av å arbeide recovery-orientert

(O'Connell et al., 2005). Spørsmålene fokuserer på hvorvidt og i hvilken grad ansatte bidrar til personers recovery gjennom å berøre flere områder som livsmål, mangfold i tjenestetilbudet, involvering, muligheter til valg og personorientering. Spørsmålene er utformet som påstander hvor avkrysningsalternativene viser hvor enige de ansatte er i dem, samt mulighet til å velge at påstanden ikke er relevant eller at de ikke vet. Avkrysningsalternativene har totalt syv svarmuligheter. Fem svaralternativer går i en ordinal skala fra 'Helt uenig' (= 1), 'Delvis uenig' (= 2), 'Hverken enig eller uenig' (= 3), 'Delvis enig' (= 4), 'Helt enig' (= 5). Videre er det svaralternativene 'Ikke relevant' (= 99), og 'Vet ikke' (= 98) (Cronbach's  $\alpha = .85$ ).

På bakgrunn av systematiske faktoranalyser av de 32 påstandene er det kommet fram totalt seks sub-kategorier (O'Connell et al., 2005). Videre er det benyttet reliabilitetsanalyser for å se på intern konsistens i de på forhånd definerte sub-kategoriene. En god konsistens vil ved bruk av reliabilitetsanalyse helst vise en Cronbach's  $\alpha > .60$  (Pallant, 2013). I denne analysen kom det fram at det kun var fire sub-kategorier som hadde akseptabel indre konsistens. Sub-kategoriene med akseptabel indre konsistens er livsmål (Life Goals) (Cronbach's  $\alpha = .74$ ), involvering (Involvement) (Cronbach's  $\alpha = .66$ ), mangfold i tjenestetilbudet (Diversity of Treatment Options) (Cronbach's  $\alpha = .57$ ), og muligheter til valg (Choice) (Cronbach's  $\alpha = .49$ ). Sub-kategoriene med lav Cronbach's alpha er individuelt tilpassede tjenester (Individually-Tailored Services) (Cronbach's  $\alpha = .31$ ), og inviterende faktorer (Inviting Factor) (Cronbach's  $\alpha = -.16$ ), og disse er utelatt fra de videre analyser på bakgrunn av en lav Cronbach's alpha. De fire sub-kategoriene med akseptabel Cronbach's alpha er benyttet i videre analyser av sammenhenger. De andre to sub-kategoriene er utelatt i de videre analyser. For disse to sub-kategoriene som er utelatt i videre analyser, er enkeltitems fra skalene blitt benyttet i videre analyser på itemnivå.

For å få svar på om de ansatte opplever at de har støtte på arbeidsplassen, ble det benyttet utvalgte sub-kategorier fra QPS Nordic (Skogstad et al., 2001). Dette var sub-kategorier for den ansatte opplevelse av sosialt samspill, lederskap, organisasjonsklima og rolleforventninger på sin arbeidsplass. Dette ble valgt ut på bakgrunn av at de fremsto som mest relevante for fokuset i denne studien. Det ble valgt stort sett komplette deler av sub-kategoriene, og noen av sub-kategoriene er tre- eller firedelte. De delene av sub-kategoriene som er valgt bort, er ikke med fordi de har et litt annet fokus enn det som ønskelig å se på (f.eks. hvilken støtte man får av venner eller partner når det gjelder jobb). Totalt 20 spørsmål ble inkludert som har som hensikt å undersøke den ansattes opplevelse av *sosialt samspill, lederskap, organisasjonsklima og rolleforventninger* på sin arbeidsplass (Wännström,

Peterson, Åsberg, Nygren & Gustavsson, 2009). Avkrysningsalternativene har fem svarmuligheter i ordinal skala fra 'Sjelden eller aldri' (= 1), 'Nokså sjelden' (= 2), 'Av og til' (= 3), 'Nokså ofte' (= 4), og 'Svært ofte eller alltid' (= 5). (Cronbach's  $\alpha = .92$ ).

Fem spørsmål ble reversert før de ble benyttet videre i analysene. Dette gjaldt følgende spørsmål; 'Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskollegaer' (#6) som inngår i sub-kategorien sosialt samspill. 'Må du gjøre ting du mener burde blitt gjort annerledes' (#17), 'Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å utføre dem' (#18), 'Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer' (#19) og 'Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier' (#20) inngår i sub-kategorien rolleforventninger. Reverseringen ble gjennomført slik at høyere skårer indikerte høyere grad av støtte.

De sub-kategoriene fra QPS Nordic som er brukt i ansattspørreskjemaet, er hele sub-kategorier om rolleforventninger (Cronbach's  $\alpha = .81$ ), og deler av sub-kategorier om sosialt samspill (Cronbach's  $\alpha = .78$ ), lederskap (Cronbach's  $\alpha = .89$ ) og organisasjonsklima (Cronbach's  $\alpha = .67$ ). Reliabilitetsanalysene for datamaterialet i denne studien viste tilfredsstillende verdier på sammenheng på de fire sub-kategoriene, og de ble brukt videre i studien.

For å måle demografiske forhold ble det spurt om syv punkter for å kartlegge bakgrunn; kjønn, alder, fødeland, utdanning og relevant arbeidserfaring for nåværende stilling og brukererfaring/erfaringskompetanse. Svaralternativene var ordnet kategorisk. Kjønn hadde svaralternativer kategorisert i alternativene 'mann', 'kvinne' og 'annet'. Alder hadde seks svaralternativer inndelt i gruppene '<21', '21-30', '31-40', '41-50', '51-60' og '>60'. Fødeland kunne skrives inn i eget felt.

Høyeste fullførte utdanning hadde fem avkrysningsalternativer i kategoriene 'grunnskole', 'videregående skole/yrkesskole/fagbrev', 'utdanning/kurs utover VGS', 'bachelorgrad eller tilsvarende' og 'mastergrad eller tilsvarende'. Det var to avkrysningsmuligheter for helsefaglig utdanning som kunne besvares med 'ja' eller 'nei', og 'hvis ja, med hvor lang varighet (i antall år)'. Det var også to avkrysningsmuligheter for sosialfaglig utdanning som kunne besvares med 'ja' eller 'nei', og 'hvis ja, med hvor lang varighet i antall år'. Spørsmål som omfattet lengde på arbeidserfaring som er relevant for nåværende jobb, ga fire avkrysningskategorier; '<1', '1-3', '4-8' og '>8' for antall år. Det ble også spurt om



brukererfaring/erfaringskompetanse, hvor svaralternativene var 'ja', 'nei' og 'ønsker ikke å svare på dette'.

For å få innsikt i arbeidspraksis, ble det inkludert enkelte spørsmål om arbeidspraksis hvor svaralternativene var ordnet kategorisk. Spørsmål om stillingsprosent hadde svaralternativene var '<25 %', '25-49 %', '50-80 %' og '>80 %'. For hvilken type kontakt ansatte har med beboere i sitt arbeid, var det fem alternativer hvor det var mulighet for å sette flere kryss dersom det var relevant; 'Ansikt til ansikt', 'Via sms og e-post', 'På telefon', 'Via andre personer' og 'Annet, spesifiser:'. Spørsmål om arbeidsoppgavene består i, var det mulighet til å sette flere kryss hvis relevant. Svaralternativene var 'Klinisk arbeid med beboere', 'Sosialt arbeid med beboere', 'Administrativt/organisatorisk arbeid (inkludert inntaks- og vurderingssamtaler)' og 'Annet'. For å kartlegge kontaktfrekvensen, ble det spurt om hvor ofte det er gjennomsnittskontakt med beboerne. Svaralternativene var kategorisk 'daglig', 'ukentlig', 'månedlig' og 'sjeldnere'.

Spørreskjemaet består i stor grad av lukkede spørsmål, enten i ordinal eller kategorisk skala i svaralternativene. I slutten av spørreskjemaet ble det spurt om deltakeren har noen kommentar til slutt, noe som ga mulighet til å kunne gi åpent svar.

### **3.5 Datainnsamling**

Deltakere ble bedt om å returnere ferdig utfylt samtykkeerklæring og spørreskjema, enten ved levering av lukket konvolutt til kontaktpersonen i boligen, eller i vanlig post i ferdig frankerte konvolutter. Noen konvolutter ble hentet i boligen ved at kontaktpersonen ga tilbakemelding om at det lå klart for henting, mens andre respondenter valgte å returnere per post.

Datainnsamlingen foregikk i perioden august til november 2018. Innsamlingen av data foregikk over en periode slik at flest mulig hadde mulighet til å delta i undersøkelsen.

Koblingsnøkkel ble benyttet for å skille identiteten til den enkelte ved innsendelse for å sikre videre anonymitet, da disse besvarelsene også inngår i det større forskningsprosjektet. I det større forskningsprosjektet skal det være et oppfølgingsstudie.

### **3.6 Analyse av data**

Statistiske analyser av data gjennomført ved bruk av SPSS versjon 26, og p-verdien ble satt til .05 for statistisk signifikans. Spørreskjemaet inneholder en mengde variabler, samt begrepene ble også kategorisert i sub-kategorier. Gjennomsnitt, standardavvik og konfidensintervall ble brukt for å beskrive det typiske og angi hva fordelingen samler seg om og spredningen i datamaterialet.

Variablene ble benyttet både enkeltvis og i sub-kategorier både for recovery-orientert praksis og sosial støtte på arbeidsplassen. Independent samples t-test ble brukt for å måle forskjell i gjennomsnitt mellom to grupper hvor variablene inneholdt en dikotom og en kontinuerlig variabel. Det ble operasjonalisert grupper for variablene kjønn ('mann' og 'kvinne'), alder ('opp til 40 år' og 'over 40 år'), utdanningslengde ('kortere enn en bachelorgrad' og 'bachelorgrad og lenger utdanning'), brukererfaring ('brukererfaring' eller 'ikke brukererfaring'), helsefaglig utdanning ('helsefaglig' og 'ikke helsefaglig'), sosialfaglig utdanning ('sosialfaglig' og 'ikke sosialfaglig') og lengden på relevant arbeidserfaring ('mer enn 8 år' eller '8 år eller lenger'). For arbeidspraksis ble det operasjonalisert variabler for stillingsprosent ('≤80' og '>80'), arbeidsoppgavene klinisk arbeid ('klinisk' og 'ikke klinisk'), eller sosialt arbeid ('sosialt arbeid' og 'ikke sosialt arbeid') og hvor ofte ansatte har kontakt med brukere ('daglig' eller 'mindre enn daglig').

Pearson korrelasjon ble benyttet for sammenheng mellom recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet. I resultatdelen presenteres analyser som er gjort av de data som er samlet inn, og de fremstilles både i tabeller og tekst.

Kontroll av reliabilitet ble gjort med hjelp av Cronbach's alpha for samtlige sub-kategorier. En god konsistens vil ved bruk av reliabilitetsanalyse helst vise en Cronbach's  $\alpha > .60$  (Pallant, 2013). Når Cronbach's alpha viser gode nok verdier, er det mer akseptabelt å se på sammenhengene. I denne analysen kom det fram at det kun var fire sub-kategorier fra spørreskjemaet RSA-R som hadde akseptabel indre konsistens, og som ble brukt i videre analyser av sammenhenger.

### **3.7 Litteratursøk**

Litteratursøk er gjort med formål om å innhente kunnskapsstatus. Det har vært gjennomført søk for å innhente både kvalitative og kvantitative studier. Funn har blitt vurdert ut fra kriterier om at fagartiklene er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter. Det ble gjort søk i internasjonale databaser som Pubmed, MEDLINE, PsycINFO og Cochrane med søkeordene *recovery*, *recovery-oriented services*, *recovery-oriented care*, *professional practice*, *dual diagnosis*, *substance use disorders*, *mental health*, *supportive housing*, *collaborative practice*, *staff perspective*, *case managers*, *professional practice*, *training*, *staff*, *peer support*, *hope*, *burnout*, *job-satisfaction*, *RSA provider* og *QPS Nordic* i ulike kombinasjoner på både engelsk og norsk. Referanselister i fagartikler og kunnskapssammenstilling har også blitt benyttet til å finne litteratur. Google Scholar ble også

benyttet til litteratursøk for å hente opp fagartikler funnet i referanselister. Det er også blitt anvendt noe grå litteratur slik som rapporter fra SINTEF, NOU-er, stortingsproposisjon og stortingsmeldinger.

## **4.0 Forskningsetiske aspekter ved studien**

### **4.1 Forskningsetiske retningslinjer**

Under hele forskningsprosessen har jeg forholdt meg til Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (2013). Helsinkideklarasjonen, utarbeidet av Verdens legeforening, er etiske prinsipper for forskning som omfatter mennesker (Malterud, 2017). I Helsinkideklarasjonen slås det fast at all forskning skal følge standarder som fremmer respekt for alle mennesker, og beskytter deres rettigheter og helse. Den overordnede studien har søkt og er godkjent ved Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) med prosjektnummer 54661.

### **4.2 Informert samtykke**

Prosjektet har inkludert personer som kan lese informasjonsbrevet på norsk, og som kan gi et informert, skriftlig samtykke for deltakelse i studien (Vedlegg 2). Informert samtykke er innhentet for alle deltagerne i dette studiet. Det innebærer at deltagerne i studiet har vært opplyst om forskningsprosjektets formål og design, samt mulige fordeler og risiko ved å delta.

Det har vært frivillig å delta i studien, og deltakerne har fått informasjon om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deltakeren vil da bli anonymisert.

### **4.3 Konfidensialitet**

Alle personopplysninger har blitt behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektgruppen og veileder som har hatt tilgang til personopplysningene. Datamaterialet har også blitt anonymisert, og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes direkte eller indirekte.

Persondata har blitt kodet med bruk av et kodeskjema opp mot en navneliste. Denne koden og navnelisten brukes for å kunne kontakte deltakerne for å fylle ut spørreskjemaet. Denne fremgangsmåten ble benyttet på grunn av at en av intensjonene med den overordnede studien er å ha en oppfølgingsstudie av dette for å se på utviklingen over tid. Spørreskjemaer og navnelisten har blitt oppbevart separat, låst og utilgjengelig for andre enn prosjektgruppen ved NMBU. Svarene har blitt lagret i et sikkert datasystem. Lagring av data på privat enhet har vært passordbeskyttet.

Deltakerne har fått vite at alle data slettes når studien er fullført. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Datamaterialet vil slettes når forskningsprosjektet er slutt, senest 31.12.2022. Arkivering vil skje etter gjeldende regelverk.

## 5.0 Resultater

### 5.1 Beskrivelse av demografiske data og arbeidspraksis

Blant de 42 respondentene var det lik fordeling av menn og kvinner, og de fleste respondentene var mellom 31 og 50 år (Tabell 1). Spredningen av alderen var for øvrig god. Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner ( $t_{(40)} = -.61, p = .55$ ). Majoriteten av respondentene var født i Norge. Tre respondenter oppgir andre land som fødeland, mens fem respondenter har ikke oppgitt fødeland.

Kun to respondenter rapporterer grunnskole som høyeste fullførte utdanning. En respondent oppgir videregående skole/fagbrev, og seks respondenter oppgir å ha videregående skole og kurs. En tredjedel av respondentene har en bachelorgrad, og i overkant av en femtedel oppgir å ha en mastergrad eller tilsvarende. Nitten respondenter rapporterer at de har en sosialfaglig utdanning, mens 12 respondenter rapporterer at de har en helsefaglig utdanning. Gjennomsnittlig varighet på utdanningen er for begge fagretningene i underkant av fem år.

Over halvparten rapporterte å ha mer enn 8 år relevant arbeidserfaring, mens en fjerdedel rapporterte å ha mellom 4 og 8 år med relevant arbeidserfaring. Ingen respondenter oppga at de hadde mindre enn ett års relevant arbeidserfaring.

Ti respondenter rapporterer at de har brukererfaring/erfaringskompetanse, mens to respondenter benytter valgmuligheten 'ønsker ikke å svare', og 30 respondenter rapporterte at de ikke hadde brukererfaring/erfaringskompetanse.

Tabell 1. Demografiske variabler for utvalget ( $N = 42$ ).

		<i>n</i>	%
<b>Kjønn</b>	Mann	21	50
	Kvinne	21	50
<b>Alder</b>	21-30	9	21.4
	31-40	13	31.0
	41-50	14	33.3
	51-60	6	14.3
<b>Fødeland</b>	Norge	34	81.0
	Andre land	3	7.2
	Ikke oppgitt	5	11.9
<b>Høyeste fullførte utdanning</b>	Grunnskole	2	4.8
	VGS, yrkesskole, fagbrev	1	2.4
	VGS og kurs	6	14.3
	Bachelorgrad	28	66.7
	Mastergrad	5	11.9
<b>Helsefaglig utdanning</b>	Nei	30	71.4
	Ja	12	28.6
	Antall år	4,75	-
<b>Sosialfaglig utdanning</b>	Nei	23	54.8
	Ja	19	45.2
	Antall år	4,92	-
<b>Relevant</b>	<1 år	0	0
<b>Arbeidserfaring</b>	1-3 år	7	16.7
	4-8 år	11	26.2
	>8 år	24	57.1
<b>Brukererfaring/ Erfaringskompetanse</b>	Ja	10	23.8
	Nei	30	71.4
	Ønsker ikke å svare	2	4.8

Dataene er hentet fra de demografiske spørsmålene på spørreskjemaet.

Trettifire av respondentene rapporterer at de har en stillingsprosent som er 80 prosent eller større (Tabell 2). Førtien av respondentene oppgir å ha kontakt ansikt til ansikt med brukerne. Innrapporteringen viser at ansatte også i stor grad har kontakt med brukerne via telefon, sms, e-post og sosiale media. Innad i utvalget rapporteres det at 12 respondenter arbeider klinisk, og 33 respondenter oppgir sosialt arbeid med brukerne. Ni respondenter oppgir at de har arbeidsoppgaver i kategorien 'annet'. Administrative/organisatoriske arbeidsoppgaver oppgis av 15 respondenter. To tredjedeler av respondentene rapporterer at de har daglig kontakt med brukerne, mens en tredjedel rapporterer at de har ukentlig kontakt. Kun to respondenter rapporterer om månedlig kontakt med brukerne. Ingen av respondentene oppgir å ha sjeldnere kontakt med brukere enn månedlig.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk for arbeidspraksis ( $N = 42$ ).

		<i>n</i>	%
<b>Stillingsprosent</b>	<25	1	2.4
	25-49	4	9.8
	50-80	2	4.9
	>80	34	82.9
<b>Kontakt med brukerne *</b>	Ansikt til ansikt	41	97.6
	Via telefon	22	52.4
	Via sms, e-post og sosiale media	26	61.9
	Via andre personer	13	31.0
	Annen kontakt	2	4.8
<b>Arbeidsoppgaver *</b>	Klinisk arbeid med beboere	12	28.6
	Sosialt arbeid med beboerne	33	78.6
	Administrativ/organisatorisk	15	35.7
	Annet	9	21.4
<b>Kontaktfrekvens</b>	Daglig	28	66.7
	Ukentlig	12	28.6
	Månedlig	2	4.8
	Sjeldnere	0	.0

Dataene er hentet fra de demografiske spørsmålene på spørreskjemaet.

\* Spørsmål hvor flere avkrysningsalternativer er mulig.

## 5.2 Deskriptiv statistikk for recovery-orientert praksis

Resultatene for deskriptiv statistikk for recovery-orientert praksis presenteres med alle items i sub-kategoriene livsmål, involvering, mangfold i tjenestetilbudet, muligheter til valg, personorientering og inviterende faktorer i tabell 3.

Sub-kategorien *livsmål* har gjennomsnittsskår 4.21 ( $SD = .47$ ). Innenfor sub-kategorien er de høyeste verdiene med gjennomsnitt over 4.48 er 'Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere' (#6), 'Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting' (#11), og 'Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil' (#15). De laveste verdiene med et gjennomsnitt under 3.43 er 'Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer' (#7) og 'Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med, osv' (#8).

*Involvering* har gjennomsnittsskår 3.19 ( $SD = 1.18$ ). Innenfor sub-kategorien er den høyeste verdien 3.92 og er 'Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø' (#20). De to laveste har et gjennomsnitt under 2.96 er 'Personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter' (#23) og 'Personer i recovery deltar i

opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet' (#29). Den førstnevnte har også det laveste gjennomsnittet av alle items fra RSA-R ( $M = 2.08$ ,  $SD = 1.47$ ).

*Mangfold i tjenestetilbudet* har gjennomsnittsskår 3.19 ( $SD = 1.18$ ). De item som har de høyeste skår, er påstandene 'Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det' (#12) og 'Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller avslutte tjenestetilbudet' (#24) med et gjennomsnitt over 4.03. De laveste skårene er påstandene 'Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det' (#13) og 'Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer' (#18) med gjennomsnitt under 3.26.

*Mulighet til valg* har gjennomsnittsskår 4.20 ( $SD = .56$ ). 'Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel' (#5) er den høyeste skåren innenfor sub-kategorien, og har et gjennomsnitt på 4.76 ( $SD = .58$ ). Det laveste skåret er påstanden 'Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson om de ønsker' (#32) med et gjennomsnitt på 3.47 ( $SD = 1.20$ ). Standardavviket er 1.34 CI (2.98-3.95) og viser en spredning i besvarelsene.

Sub-kategorien *personorientering* har et gjennomsnittsskår på 4.25 ( $SD = .58$ ), og har det høyeste skåret på 'Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i nærmiljøet' med gjennomsnitt på 4.52, mens det laveste skåret er 'Ansatte i botilbudet har jevnlig tilbud og utvikling i kulturell kompetanse' (#30) med et gjennomsnitt på 3.04.

*Inviterende faktorer* har gjennomsnittsskår på 4.61 ( $SD = .44$ ). 'I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og på hjelpe dem til å føle seg vel' (#1) har det høyeste gjennomsnittet i sub-kategorien inviterende faktorer, og har også det høyeste gjennomsnittet og med lavest spredning av alle items fra RSA-R ( $M = 4.95$ ,  $SD = .22$ ).



Tabell 3. Deskriptiv statistikk for recovery-orientert praksis.

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<b>95 % CI</b>
Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery (#2)	42	4.45	.67	(4.24-4.66)
Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere (#6)	40	4.48	.82	(4.21-4.74)
Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer (#7)	42	3.43	1.19	(3.05-3.80)
Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med, osv (#8)	42	3.33	1.24	(2.95-3.72)
Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting (#11)	41	4.63	.54	(4.46-4.80)
Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid (#14)	39	4.36	.84	(4.09-4.63)
Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (#15)	36	4.64	.49	(4.47-4.80)
Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter (#16)	39	4.33	.70	(4.11-4.56)
Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner (#26)	39	4.38	.67	(4.17-4.60)
Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet (#27)	40	4.33	.76	(4.08-4.57)
Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteyterne når det gjelder kultur, etnisitet, livsstil og interesser (#28)	32	4.13	1.16	(3.71-4.54)
<b>Livsmål</b>	<b>42</b>	<b>4.21</b>	<b>.47</b>	<b>(4.06-4.36)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .74</math></i>				
Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (#20)*	37	3.92	1.21	(3.52-4.32)
Personer i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer og tjenester (#21)	28	3.46	1.23	(2.99-3.94)
Personer i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte (#22)	31	3.58	1.09	(3.18-3.98)
Personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter (#23)	26	2.08	1.47	(1.48-2.67)
Personer i recovery deltar i opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet (#29)	21	2.96	1.40	(2.32-3.59)
<b>Involvering</b>	<b>35</b>	<b>3.19</b>	<b>1.18</b>	<b>(2.78-3.60)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .66 (.57)</math></i>				
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det (#12)	35	4.03	1.15	(3.63-4.42)
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det (#13)	35	3.26	1.38	(2.78-3.73)
Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer (#18)	31	2.94	1.53	(2.38-3.50)
Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer (#19)	33	3.79	1.14	(3.38-4.19)
Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller avslutte tjenestetilbudet (#24)*	32	4.22	1.04	(3.84-4.59)
<b>Mangfold i tjenestetilbudet</b>	<b>35</b>	<b>3.55</b>	<b>.84</b>	<b>(3.28-3.82)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .57 (.40)</math></i>				
Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson om de ønsker (#3)	32	3.47	1.34	(2.98-3.95)
Brukere kan lett få tilgang til sin journal om de ønsker det (#4)	35	4.40	.91	(4.08-4.71)
Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel (#5)*	42	4.76	.58	(4.58-4.94)
Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg (#9)	42	4.45	.80	(4.20-4.70)
Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig (#25)	40	4.33	.80	(4.07-4.58)

<b>Muligheter til valg</b> <i>Cronbach's <math>\alpha = .49 (.41)</math></i>	<b>42</b>	<b>4.20</b>	<b>.56</b>	<b>(4.03-4.38)</b>
Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i nærmiljøet (#10)	42	4.52	.55	(4.35-4.70)
Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (#17)	38	4.42	.68	(4.20-4.65)
Ansatte i botilbudet har jevnlig tilbud og utvikling i kulturell kompetanse (#30)*	28	3.04	1.37	(2.50-3.57)
Tjeneste i dette botilbudet er tilpasset til hver enkelt bruker sin unike bakgrunn og sine livserfaringer (#32)	33	3.61	1.20	(3.19-4.03)
<b>Personorientering-</b> <i>Cronbach's <math>\alpha = .31 (-.15)</math></i>	<b>42</b>	<b>4.25</b>	<b>.58</b>	<b>(4.07-4.43)</b>
I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og på hjelpe dem til å føle seg vel (#1)	41	4.95	.22	(4.88-5.02)
De fysiske omgivelsene i dette botilbudet er verdige og innbydende (#31)	32	4.06	.84	(3.76-4.37)
<b>Inviterende faktorer-</b> <i>Cronbach's <math>\alpha = -.16</math></i>	<b>42</b>	<b>4.61</b>	<b>.44</b>	<b>(4.47-4.74)</b>
<b>Total (gjennomsnitt alle items)</b> <i>Cronbach's <math>\alpha = .81 (.85)</math></i>	<b>42</b>	<b>4.07</b>	<b>.39</b>	<b>(3.95-4.19)</b>

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R).

Skala fra 1 ('Helt uenig') til 5 ('Helt enig').

Spørsmålene er her gruppert i sub-kategoriene presentert i uthevet skrift.

\*Items som er utelatt fra sub-kategoriene og som ikke benyttes videre i studien.

Cronbach's  $\alpha$  for sub-kategoriene presenteres i kursiv.

Ujustert Cronbach's  $\alpha$  hvor items er utelatt presenteres i parentes.

-Sub-kategoriene benyttes ikke videre i studien på bakgrunn av lav Cronbach's  $\alpha$

### 5.3 Deskriptiv statistikk for støtte i arbeidsmiljøet

Resultatene for deskriptiv statistikk for sosial støtte og arbeidsmiljø presenteres med alle items i sub-kategoriene sosialt samspill, lederskap, organisasjonsklima og rolleforventninger i tabell 4.

Sub-kategorien *sosialt samspill* har gjennomsnittsskår 4.31 ( $SD = .59$ ). Innenfor sub-kategorien er de to høyeste verdiene spørsmålene 'Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet ditt fra arbeidskollegaene dine?' (#1) og 'Om du trenger det, er dine arbeidskollegaer villige til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet?' (#3) med gjennomsnitt over 4.69. Den laveste verdien er spørsmålet 'Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskollegaer?' (#6) med gjennomsnittet 3.45.

*Lederskap* har som sub-kategori har et gjennomsnitt på 3.77 ( $SD = .96$ ). Innenfor sub-kategorien er gjennomsnittene ganske jevne, med den høyeste verdien 'Prøver din nærmeste sjef å løse problemer med en gang de dukker opp?' (#10) med gjennomsnittsskår 3.95 ( $SD =$

1.15). De andre tre spørsmålene innenfor samme område har gjennomsnittsskår fra 3.60 til 3.76.

*Organisasjonsklima* har som sub-kategori gjennomsnittet 4.29 ( $SD = .63$ ), og er den sub-kategorien med høyest gjennomsnittsskår. Innad i kategorien er den høyeste verdien for spørsmålet 'Tar de ansatte selv initiativ på ditt arbeidssted?' (#11) med gjennomsnitt 4.57 ( $SD = .59$ ). Den laveste verdien er for spørsmålet 'Er det god nok kommunikasjon på ditt arbeidssted?' (#13) med gjennomsnitt 4.05 ( $SD = .99$ ).

Sub-kategorien *rolleforventninger* har gjennomsnittsskår 4.09 ( $SD = .57$ ). Innenfor kategorien, er høyest gjennomsnittsskår for spørsmålet 'Vet du hva som er ditt ansvarsområde' (#15) med gjennomsnitt på 4.57 ( $SD = .67$ ). De laveste skårene har gjennomsnitt under 3.62, og er spørsmålene 'Må du gjøre ting som du mener burde bli gjort annerledes?' (#17), 'Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å utføre dem?' (#18) og «Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?» (#19). Det høyeste gjennomsnittet er for spørsmålet 'Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier' (#20) som er 4.29 ( $SD = .83$ ).

Tabell 4. Deskriptiv statistikk for støtte i arbeidsmiljøet.

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<b>95% CI</b>
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet ditt fra arbeidskollegaene dine? (#1)	42	4.69	.52	(4.53-4.85)
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet ditt fra nærmeste sjef/leder? (#2)	42	4.33	.82	(4.06-4.59)
Om du trenger det, er dine arbeidskollegaer villige til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet? (#3)	42	4.79	.68	(4.57-5.00)
Om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet? (#4)	41	4.49	.93	(4.20-4.78)
Bli dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef? (#5)	41	4.07	1.03	(3.75-4.40)
Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskollegaer? (#6)	42	3.45	1.04	(3.13-3.78)
<b>Sosialt samspill</b>	<b>42</b>	<b>4.31</b>	<b>.59</b>	<b>(4.12-4.49)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .78</math></i>				
Oppmuntrer din nærmeste sjef/leder deg til å delta i viktige avgjørelser? (#7)	42	3.76	.96	(3.46-4.06)
Oppmuntrer din nærmeste sjef/leder deg til å si fra når du har en annen mening? (#8)	41	3.73	1.14	(3.37-4.09)
Hjelper din nærmeste sjef deg til å utvikle dine ferdigheter? (#9)	42	3.60	1.15	(3.24-3.95)
Prøver din nærmeste sjef å løse problemer med en gang de dukker opp? (#10)	42	3.95	1.15	(3.60-4.31)
<b>Lederskap</b>	<b>42</b>	<b>3.77</b>	<b>.96</b>	<b>(3.47-4.07)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .89</math></i>				
Tar de ansatte selv initiativ på ditt arbeidssted? (#11)	42	4.57	.59	(4.39-4.76)
Bli de ansatte oppmuntret til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre på ditt arbeidssted? (#12)	42	4.24	.82	(3.98-4.49)
Er det god nok kommunikasjon på ditt arbeidssted? (#13)	42	4.05	.99	(3.74-4.36)
<b>Organisasjonsklima</b>	<b>42</b>	<b>4.29</b>	<b>.63</b>	<b>(4.09-4.48)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .67</math></i>				
Er det fastsatt klare mål for din jobb? (#14)	42	4.21	.75	(3.98-4.45)
Vet du hva som er ditt ansvarsområde? (#15)	42	4.57	.67	(4.36-4.78)
Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben? (#16)	42	4.43	.70	(4.21-4.65)
Må du gjøre ting som du mener burde bli gjort annerledes? (#17)	42	3.40	.96	(3.10-3.71)
Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å utføre dem? (#18)	42	3.60	1.04	(3.27-3.92)
Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer? (#19)	42	3.62	.88	(3.34-3.89)
Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier? (#20)	42	4.29	.83	(4.03-4.55)
<b>Rolleforventninger</b>	<b>42</b>	<b>4.02</b>	<b>.58</b>	<b>(3.84-4.20)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .81</math></i>				
<b>Total (gjennomsnitt alle items)</b>	<b>42</b>	<b>4.09</b>	<b>.57</b>	<b>(3.91-4.27)</b>
<i>Cronbach's <math>\alpha = .92</math></i>				

Målt med spørreskjema med utvalgte sub-kategorier fra spørreskjemaet QPS Nordic.

Skala fra 1 ('Svært sjelden eller aldri') til 5 ('Svært ofte eller alltid').

Spørsmålene er presentert i sub-kategorier i uthevet skrift.

Cronbach's  $\alpha$  for sub-kategoriene presenteres i kursiv.

## **5.4 Sammenheng recovery-orientert praksis, demografiske variabler og arbeidspraksis**

### **5.4.1 Sammenheng recovery-orientert praksis og demografiske variabler**

For å se etter sammenhenger mellom demografiske variabler hos de ansatte, og hvorvidt og hvordan de ansatte opplevde å arbeide recovery-orientert, ble det benyttet independent samples t-test for å undersøke statistiske forskjeller mellom variablene (Tabell 5). De demografiske variablene hos de ansatte ble delt opp i to grupper for kjønn (mann og kvinne), alder ( $\leq 40$  og  $> 40$  år), utdanningslengde ( $<$ bachelorgrad og  $\geq$ bachelorgrad), brukererfaring (ja eller nei), helse- eller sosialfaglig utdanning og lengden på relevant arbeidserfaring ( $< 8$  år eller  $\geq 8$  år). Sub-kategoriene som ble benyttet recovery-orientert praksis var livsmål, involvering, mangfold i tjenestetilbudet og muligheter til valg. Analysene viste ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom demografiske variabler og recovery-orientert praksis.

Tabell 5. Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og demografiske variabler.

	<i>n</i>	Livsmål	Involvering	Mangfold i tjenesten	Muligheter til valg
<b>Kjønn</b>					
Menn	21	4.15 (.56)	3.33 (1.03)	3.63 (.84)	4.07 (.57)
Kvinner	21	4.27 (.36)	3.07 (1.31)	3.48 (.85)	4.33 (.53)
		<b>.40</b>	<b>.54</b>	<b>.58</b>	<b>.13</b>
		<i>-.84</i>	<i>.63</i>	<i>.56</i>	<i>-1.53</i>
<b>Alder</b>					
≤40 år	22	4.13 (.49)	3.02 (1.18)	3.40 (.82)	4.17 (.62)
>40 år	20	4.30 (.45)	3.35 (1.20)	3.72 (.84)	4.24 (.51)
		<b>.24</b>	<b>.41</b>	<b>.23</b>	<b>.71</b>
		<i>-1.20</i>	<i>-.83</i>	<i>-1.23</i>	<i>-.38</i>
<b>Utdanning</b>					
<bachelorgrad	9	4.34 (.55)	3.39 (1.02)	3.92 (.78)	4.25 (.38)
≥bachelorgrad	33	4.17 (.45)	3.13 (1.24)	3.44 (.83)	4.19 (.61)
		<b>.36</b>	<b>.60</b>	<b>.14</b>	<b>.78</b>
		<i>.93</i>	<i>.53</i>	<i>1.52</i>	<i>.28</i>
<b>Brukererfaring</b>					
Ja	10	4.17 (.62)	3.36 (1.12)	3.53 (.61)	4.20 (.51)
Nei	30	4.23 (.41)	3.20 (1.19)	3.58 (.91)	4.24 (.58)
		<b>.69</b>	<b>.76</b>	<b>.88</b>	<b>.84</b>
		<i>-.41</i>	<i>.32</i>	<i>-.15</i>	<i>-.20</i>
<b>Helsefaglig utdanning</b>					
Ja	12	4.15 (.44)	2.99 (1.18)	3.68 (.93)	4.29 (.50)
Nei	30	4.23 (.49)	3.70 (1.09)	3.49 (.80)	4.17 (.59)
		<b>.64</b>	<b>.11</b>	<b>.53</b>	<b>.52</b>
		<i>.47</i>	<i>-1.65</i>	<i>-.64</i>	<i>-.65</i>
<b>Sosialfaglig utdanning</b>					
Ja	19	4.29 (.34)	2.94 (1.21)	3.61 (.78)	4.31 (.56)
Nei	23	4.14 (.56)	3.40 (1.15)	3.47 (.92)	4.11 (.56)
		<b>.33</b>	<b>.26</b>	<b>.60</b>	<b>.24</b>
		<i>-.98</i>	<i>1.14</i>	<i>.53</i>	<i>-1.19</i>
<b>Relevant arbeidserfaring</b>					
<8 år	18	4.08 (.53)	3.46 (1.04)	3.40 (.77)	4.18 (.58)
≥8 år	24	4.31 (.41)	3.03 (1.25)	3.66 (.88)	4.22 (.56)
	<b>42</b>	<b>.13</b>	<b>.30</b>	<b>.33</b>	<b>.83</b>
		<i>-1.56</i>	<i>1.04</i>	<i>-.99</i>	<i>-.22</i>

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og spørsmål hentet fra de demografiske dataene i spørreskjemaet.

Tallene viser mean (gjennomsnitt) for hver gruppe med SD i parentes. Independent samples t-test viser p-verdien i uthevet skrift, t-verdi vises i kursiv.

Statistisk signifikante p-verdier merket med \*

Videre ble det gjennomført analyser for recovery-orientert praksis og demografiske variabler på itemnivå. Det ble gjennomført analyser av alle items i recovery-orientert praksis og variablene kjønn, alder, utdanningslengde, helse- eller sosialfaglig utdanning, lengde på relevant arbeidserfaring og brukererfaring/erfaringskompetanse. I tabell 6 fremkommer alle signifikante korrelasjoner ( $p = .05$ ).

*Livsmål* ser ut til å henge sammen med flere av de demografiske variablene, da både lengde på relevant arbeidserfaring, den ansattes faglig bakgrunn og alder viste sammenheng på items innenfor sub-kategorien.

Alder og faglig bakgrunn ser ut til å henge sammen med *involvering*. Innenfor sub-kategorien *mangfold i tjenestetilbudet*, ses også en sammenheng mellom alder, lengde på relevant arbeidserfaring og faglig bakgrunn.

I sub-kategorien *muligheter til valg*, ser det ut til at faglig bakgrunn henger sammen med recovery-orienteringen innenfor området, samt alder og lengde på relevant arbeidserfaring.

For *personorientering* ser det ut til at alder og brukererfaringer har en sammenheng. Innenfor sub-kategorien inviterende faktorer ser det ut til at alder, kjønn og faglig bakgrunn en rolle kan henge sammen.

Tabell 6. Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og demografiske variabler på itemnivå.

Recovery-orientert praksis	Demografi	Korrelasjon
<b>Livsmål</b>		
Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger (#2)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 4.22, SD = .81$
	≥ 8 år	$M = 4.63, SD = .50$ $t(40) = -2.00, p = .05^*$
Jeg tror alle brukerne har muligheten til å mestre sine egne symptomer (#7)	Faglig bakgrunn	
	Sosialfaglig	$M = 3.84, SD = .76$
	Ikke sosialfaglig	$M = 3.08, SD = 1.38$ $t(40) = -2.13, p = .04^*$
Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger (#11)	Alder	
	≤40 år	$M = 4.48, SD = .60$
	>40 år	$M = 4.80, SD = .41$ $t(39) = -2.00, p = .05^*$
<b>Involvering</b>		
Jeg hjelper aktivt personer i recovery å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (#20)	Alder	
	≤40 år	$M = 3.50, SD = 1.42$
	>40 år	$M = 4.31, SD = .82$ $t(35) = -2.15, p = .04^*$
Personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter (#23)	Faglig bakgrunn	
	Sosialfaglig	$M = 1.17, SD = .58$
	Ikke sosialfaglig	$M = 2.86, SD = 1.56$ $t(24) = 3.54, p = .00^{**}$
<b>Mangfold i tjenestetilbudet</b>		
Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer» (#18)	Alder	
	≤40 år	$M = 2.31, SD = 1.54$
	>40 år	$M = 3.60, SD = 1.24$ $t(29) = -2.55, p = .02^*$
Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer (#19)	Alder	
	≤40 år	$M = 3.33, SD = 1.23$
	>40 år	$M = 4.17, SD = .92$ $t(31) = -2.22, p = .03^*$
Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller avslutte tjenestetilbudet (#24)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 4.63, SD = .62$
	≥ 8 år	$M = 3.81, SD = 1.22$ $t(30) = -2.37, p = .02^*$
Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer (#18)	Faglig bakgrunn	
	Sosialfaglig	$M = 3.20, SD = 1.47$
	Ikke sosialfaglig	$M = 1.83, SD = 1.33$ $t(29) = -2.08, p = .05^*$
<b>Muligheter til valg</b>		
Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig (#25)	Kjønn	
	Menn	$M = 4.05, SD = .91$
	Kvinner	$M = 4.67, SD = .60$ $t(38) = -2.15, p = .04^*$



Utviklingen mot individets egne personlige målsetninger følges opp jevnlig (#25)	Faglig bakgrunn Sosialfaglig Ikke sosialfaglig	$M = 4.68, SD = .58$ $M = 4.00, SD = .84$ $t(38) = -2.97, p = .00^{**}$
Utviklingen mot individets egne personlige målsetninger følges opp jevnlig (#25)	Relevant arbeidserfaring < 8 år ≥ 8 år	$M = 4.57, SD = .59$ $M = 4.00, SD = .94$ $t(38) = -2.34, p = .03^*$
Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson dersom de ønsker (#3)	Faglig bakgrunn Helsefaglig Ikke helsefaglig	$M = 4.25, SD = 1.04$ $M = 3.21, SD = 1.35$ $t(30) = -1.99, p = .05^*$
Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg (#9)	Faglig bakgrunn Sosialfaglig Ikke sosialfaglig	$M = 4.74, SD = .45$ $M = 4.21, SD = .95$ $t(40) = -2.18, p = .04^*$

---

#### Personorientering\*

Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (#17)	Relevant arbeidserfaring < 8 år ≥ 8 år	$M = 4.06, SD = .77$ $M = 4.68, SD = .48$ $t(36) = -3.05, p = .00^{**}$
Tjenestene i dette botilbudet er tilpasset til hver enkelt bruker sin unike bakgrunn og sine livserfaringer (#32)	Brukererfaring Ja Nei	$M = 2.25, SD = 1.28$ $M = 4.00, SD = .80$ $t(29) = 4.55, p = .00^{***}$

---

#### Inviterende faktorer\*

De fysiske omgivelsene i dette botilbudet er verdige og innbydende (#31)	Alder ≤40 år >40 år	$M = 3.76, SD = .97$ $M = 4.40, SD = .51$ $t(30) = -2.27, p = .03^*$
(#31)	Kjønn Menn Kvinner	$M = 3.75, SD = .93$ $M = 4.38, SD = .62$ $t(30) = -2.24, p = .03^*$
(#31)	Faglig bakgrunn Sosialfaglig Ikke sosialfaglig	$M = 4.18, SD = .78$ $M = 3.25, SD = .24$ $t(30) = -2.19, p = .04^*$

---

Målt med data Recovery Self Assessment Scale (RSA-R), demografiske variabler og arbeidspraksis på spørreskjemaet.

Spørsmålene er her presentert i sub-kategorier.

\* Sub-kategoriene er ikke benyttet i analyser videre på bakgrunn av lav Cronbach's alpha

x Independent samples t-test viser p-verdien i uthevet skrift, og t-verdi i kursiv.

Alle verdier presentert i tabellen er signifikante, p-verdi ≤ .05, \*\*signifikant ved  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$

### 5.4.2 Sammenheng recovery-orientert praksis og arbeidspraksis

For å se etter sammenhenger for hvorvidt og hvordan de ansatte opplevde å arbeide recovery-orientert og arbeidspraksis, ble det benyttet independent samples t-test for å undersøke statistiske forskjeller mellom demografiske variabler og sub-kategorier innenfor recovery-orientert praksis (Tabell 7). Variabler for arbeidspraksis som ble benyttet i analysene er stillingsprosent ( $\leq 80$  og  $> 80$ ), arbeidsoppgaver (klinisk eller sosialt arbeid) og hvor ofte ansatte har kontakt med brukere (daglig eller mindre enn daglig).

Det er en statistisk signifikant forskjell mellom ansatte som har kontakt med brukere sjeldnere enn daglig ( $M = 3.92$ ,  $SD = .82$ ) og ansatte som har kontakt med brukere daglig ( $M = 3.37$ ,  $SD = .80$ ) at deres praksis bidrar til en større grad til mangfold i tjenestetilbudet ( $t(38)=1.996$ ,  $p = .05$ ).

Tabell 7. Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og arbeidspraksis.

	<i>n</i>	Livsmål	Involvering	Mangfold i tilbud	Muligheter til valg
<b>Stillingsprosent</b>					
$\leq 80$	7	4.29 (.54)	3.13 (1.63)	3.40 (.84)	3.96 (.44)
$> 80$	34	4.17 (.46)	3.20 (1.11)	3.56 (.84)	4.23 (.57)
		<b>.56</b>	<b>.88</b>	<b>.65</b>	<b>.26</b>
		.59	-.15	-.46	-1.15
<b>Arbeidsoppgaver</b>					
Klinisk	12	4.36 (.38)	3.23 (1.20)	3.85 (.74)	4.29 (.66)
Ikke klinisk	30	4.15 (.50)	3.18 (1.20)	3.42 (.86)	4.17 (.52)
		<b>.21</b>	<b>.92</b>	<b>.14</b>	<b>.52</b>
		-1.285	-.108	-1.494	-.646
Sosialt arbeid	33	4.20 (.83)	3.20 (1.26)	3.57 (.88)	4.23 (.10)
Ikke sosialt arbeid	9	4.24 (.48)	3.17 (.75)	3.46 (.69)	4.11 (.56)
		<b>.82</b>	<b>.96</b>	<b>.73</b>	<b>.59</b>
		.23	-.53	-.34	-.55
<b>Direkte brukerkontakt</b>					
Sjeldnere enn daglig	14	4.40 (.39)	3.72 (1.15)	3.92 (.82)	4.34 (.38)
Daglig	28	4.12 (.49)	2.98 (1.15)	3.37 (.80)	4.13 (.63)
		<b>.07</b>	<b>.10</b>	<b>.05*</b>	<b>.27</b>
		1.87	1.71	2.00	1.12

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og spørsmål hentet fra spørreskjema om arbeidspraksis.

Skala fra 1 ('Svært sjelden eller aldri') til 5 ('svært ofte eller alltid').

Tallene viser mean (gjennomsnitt) for hver gruppe med SD i parentes. Independent samples t-test viser p-verdien i uthevet skrift og t-verdi i kursiv.

Statistisk signifikante p-verdier merket med \*

Det ble også gjort korrelasjonsanalyse av alle enkelt-items i Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) opp mot variabler som lengde på relevant arbeidserfaring stillingsprosent, kliniske arbeidsoppgaver eller sosialt arbeid og hvor ofte kontakt de ansatte har med brukere (Tabell 8).

Innenfor sub-kategoriene *mangfold i tjenestetilbudet* og *muligheter til valg*, ser det ut til at det kan være en sammenheng med hvor stor stilling de ansatte har, samt hvor hyppig ansatte har kontakt med beboerne. Personorientering ser ut til å henge sammen med hvilke typer arbeidsoppgaver de ansatte har.

Tabell 8. Sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og arbeidspraksis på itemnivå.

Recovery-orientert praksis	Arbeidspraksis	Sammenheng
<b>Mangfold i tjenestetilbudet</b>		
Jeg tilbyr alle brukerne muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det (#12)	Direkte brukerkontakt Sjeldnere enn daglig Daglig	$M = 4.73, SD = .65$ $M = 3.71, SD = 1.20$ $t(33) = 2.64, p = .01^{**}$
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det (#13)	Stillingsprosent > 80 ≤ 80	$M = 3.48, SD = 1.33$ $M = 1.80, SD = .84$ $t(24) = 3.54, p = .00^{**}$
<b>Muligheter til valg</b>		
Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson dersom de ønsker (#3)	Stillingsprosent > 80 ≤ 80	$M = 2.20, SD = 1.10$ $M = 3.65, SD = 1.26$ $t(29) = -2.40, p = .02$
Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer (#19)	Direkte brukerkontakt Sjeldnere enn daglig Daglig	$M = 4.36, SD = .50$ $M = 3.50, SD = 1.26$ $t(31) = 2.17, p = .04$
<b>Personorientering*</b>		
Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (#17)	Arbeidsoppgaver Klinisk Ikke klinisk	$M = 4.83, SD = .039$ $M = 4.23, SD = .71$ $t(36) = -2.74, p = .01^{**}$

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og spørsmål hentet fra spørreskjema om arbeidspraksis.

Spørsmålene er her presentert i sub-kategorier.

\* Sub-kategoriene er ikke benyttet i analyser videre på bakgrunn av lav Cronbach's alpha  
Independent samples t-test viser p-verdien i uthevet skrift, og t-verdi i kursiv.

Alle verdier presentert i tabellen er signifikante, p-verdi ≤ .05, \*\*signifikant ved  $p \leq .01$ .

## 5.6 Sammenheng demografiske variabler og opplevelse av støtte i arbeidsmiljøet

For å se etter forskjeller mellom demografiske variabler hos de ansatte og opplevelse av støtte i arbeidsmiljøet, ble det gjennomført en independent samples t-test for å undersøke statistiske forskjeller mellom gruppene (tabell 7). De demografiske variablene hos de ansatte ble delt opp i to grupper for kjønn (mann og kvinne), alder ( $\leq 40$  og  $>40$  år), utdanningslengde ( $<$ bachelorgrad og  $\geq$ bachelorgrad), brukererfaring (ja eller nei), helse- eller sosialfaglig utdanning og lengden på relevant arbeidserfaring ( $<8$  år eller  $\geq 8$  år). Sub-kategoriene for støtte i arbeidsmiljøet er sosialt samspill, lederskap, organisasjonsklima og rolleforventninger.

Analysene viste en statistisk signifikant forskjell i opplevelse av støtte fra leder mellom gruppene som hadde svart de hadde brukererfaring/erfaringskompetanse ( $M = 3.25$ ,  $SD = 1.24$ ) og de som hadde besvart nei på dette spørsmålet ( $M = 3.99$ ,  $SD = .57$ ).  $t(38)=-2.51$ ,  $p = .02$ . Det var også en statistisk signifikant forskjell i opplevelsen av rolleforventningene i arbeidsmiljøet mellom gruppene som hadde mer enn 8 års relevant arbeidserfaring ( $M = 3.81$ ,  $SD = .54$ ), og den gruppen som hadde rapportert om mindre enn 8 års relevant arbeidserfaring ( $M = 4.29$ ,  $SD = .52$ ).  $t(40)=2.93$ ,  $p = .01$ .

Tabell 9. Sammenhenger mellom demografiske variabler hos de ansatte og støtte i arbeidsmiljø.

	<i>n</i>	Sosialt samspill	Lederskap	Organisasjons- klima	Rolleforventninger
<b>Kjønn</b>					
Menn	21	4.32 (.57)	3.90 (.76)	4.27 (.56)	3.98 (.55)
Kvinner	21	4.30 (.63)	3.63 (1.14)	4.30 (.71)	4.05 (.62)
		<b>.94</b>	<b>.35</b>	<b>.87</b>	<b>.68</b>
		.08	.92	-.16	-.42
<b>Alder</b>					
≤40 år	22	4.30 (.66)	3.86 (.69)	4.29 (.67)	4.11 (.66)
>40 år	20	4.32 (.51)	3.66 (1.21)	4.28 (.60)	3.91 (.47)
		<b>.94</b>	<b>.51</b>	<b>.98</b>	<b>.28</b>
		-.08	.67	.02	1.10
<b>Utdanning</b>					
<bachelorgrad	9	4.50 (.35)	4.22 (.64)	4.44 (.62)	4.21 (.43)
≥bachelorgrad	33	4.26 (.63)	3.64 (1.01)	4.24 (.64)	3.97 (.61)
		<b>.278</b>	<b>.112</b>	<b>.402</b>	<b>.273</b>
		1.10	1.63	.85	1.11
<b>Brukererfaring</b>					
Ja	10	4.23 (.69)	3.25 (1.24)	4.13 (.69)	3.80 (.79)
Nei	30	4.34 (.57)	3.99 (.61)	4.36 (.62)	4.07 (.50)
		<b>.62</b>	<b>.02*</b>	<b>.35</b>	<b>.22</b>
		-.49	-2.51	-.95	-1.26
<b>Helsefaglig utdanning</b>					
Ja	12	4.16 (.77)	3.69 (1.06)	4.25 (.67)	3.86 (.54)
Nei	30	4.37 (.51)	3.80 (.94)	4.30 (.66)	4.08 (.59)
		<b>.32</b>	<b>.74</b>	<b>.82</b>	<b>.26</b>
		-1.01	-.34	-.23	-1.14
<b>Sosialfaglig utdanning</b>					
Ja	19	4.32 (.70)	3.73 (1.13)	4.39 (.65)	4.01 (.64)
Nei	23	4.30 (.49)	3.79 (.83)	4.20 (.62)	4.02 (.54)
		<b>.95</b>	<b>.85</b>	<b>.36</b>	<b>.92</b>
		.07	-.19	.93	-.10
<b>Relevant arbeidserfaring</b>					
<8 år	18	4.48 (.46)	3.83 (1.04)	4.39 (.60)	4.29 (.52)
≥8 år	24	4.18 (.65)	3.72 (.92)	4.21 (.66)	3.81 (.54)
	<b>42</b>	<b>.11</b>	<b>.71</b>	<b>.37</b>	<b>.01*</b>
		1.66	.38	.92	2.93

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og demografiske spørsmål hentet fra spørreskjema.

Besvarelser mulig fra 1 («Svært sjelden eller aldri») til 5 («svært ofte eller alltid»).

Tallene viser mean (gjennomsnitt) for hver gruppe med SD i parentes. Independent samples test viser p-verdien i uthevet skrift og t-verdi i kursiv.

p-verdi signifikant ved ≤ .05. Statistisk signifikante p-verdier merket med \*

Videre er det gjennomført korrelasjonsanalyse mellom demografiske variabler hos ansatte og støtte på arbeidsplassen på itemnivå.. Det ble gjennomført analyser av alle items i recovery-orientert praksis og variablene kjønn, alder, utdanningslengde, helse- eller sosialfaglig

utdanning, lengde på relevant arbeidserfaring og brukererfaring/erfaringskompetanse. I tabell 10 fremkommer alle signifikante korrelasjoner fra analysen ( $p = .05$ ).

*Sosialt samspill* på arbeidsplassen, ser ut til å henge sammen med relevant arbeidserfaring og om den ansatte har helsefaglig bakgrunn eller ikke. Innenfor sub-kategorien *lederskap* ser det ut til at ansatte som oppgir å ha brukererfaringer i mindre grad opplever støtte fra nærmeste leder. Det er imidlertid flest demografiske variabler som ser ut til å henge sammen med sub-kategorien *rolleforventninger*. Utdanning, relevant arbeidserfaring og alder ser ut til å henge sammen med rolleforventningene på arbeidsplassen.

Tabell 10. Sammenhenger mellom støtte i arbeidsmiljøet og recovery-orientert praksis på itemnivå.

Støtte i arbeidsmiljøet	Demografi	Sammenheng
<b>Sosialt samspill</b>		
Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom kollegaer (#6)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 3.94, SD = .80$
	≥ 8 år	$M = 3.08, SD = 1.06$ $t(40) = 2.88, p = .01^{**}$
Om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet (#4)	Faglig bakgrunn	
	Helsefaglig	$M = 4.00, SD = 1.41$
	Ikke helsefaglig	$M = 4.67, SD = .61$ $t(39) = -2.13, p = .04^*$
<b>Lederskap</b>		
Oppmuntrer din nærmeste sjef/leder deg til å si fra når du har en annen mening (#8)	Brukererfaringer	
	Nei	$M = 4.03, SD = .85$
	Ja	$M = 2.88, SD = 1.27$ $t(37) = 3.15, p = .00^{**}$
Prøver din nærmeste sjef å løse problemer med en gang de dukker opp (#10)	Brukererfaringer	
	Nei	$M = 4.23, SD = .82$
	Ja	$M = 3.30, SD = 1.42$ $t(38) = 2.57, p = .01^{**}$
<b>Rolleforventninger</b>		
Vet du hva som er ditt ansvarsområde» (#15)	Utdanning	
	≤bachelor	$M = 4.45, SD = .71$
	>bachelor	$M = 5.00, SD = .00$ $t(40) = 2.28, p = .03^*$
Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes» (#17)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 3.83, SD = 1.04$
	≥ 8 år	$M = 3.08, SD = .78$ $t(40) = 2.68, p = .01^{**}$
(#17)	Alder	
	>40 år	$M = 3.10, SD = .85$
	≤40 år	$M = 3.68, SD = .99$ $t(40) = 2.03, p = .05^*$
Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem (#18)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 3.29, SD = .81$
	≥ 8 år	$M = 4.00, SD = 1.19$ $t(40) = 2.30, p = .03^*$
Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem (#18)	Alder	
	≤ 40 år	$M = 3.90, SD = 1.15$
	> 40 år	$M = 3.25, SD = .79$ $t(40) = 2.15, p = .04^*$
Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer (#19)	Relevant arbeidserfaring	
	< 8 år	$M = 4.00, SD = .77$
	≥ 8 år	$M = 3.33, SD = .87$ $t(40) = 2.59, p = .01^{**}$

Målt med spørreskjema QPS Nordic og spørsmål fra spørreskjema om demografisk bakgrunn. Alle verdier presentert i tabellen er signifikante, p-verdi signifikant ved  $\leq .05$ ,  $^{**}$ signifikant ved  $p \leq .01$ .

## 5.7 Sammenheng mellom recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet

Det ble gjennomført en korrelasjonsanalyse for sub-kategoriene for recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet, og denne er presentert i tabell 11. Det er en negativ korrelasjon mellom sub-kategorien *involvering* og sub-kategorien *sosialt samspill*,  $r = -.315$ ,  $n = 40$ ,  $p = .05$ .

Tabell 11. Sammenhenger mellom sub-kategorier for recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet.

Recovery-orientert praksis	Støtte i arbeidsmiljøet	Korrelasjon
Livsmål	Sosialt samspill	$r = -.01$ , $n = 42$ , $p = .93$
	Lederskap	$r = .01$ , $n = 42$ , $p = .93$
	Organisasjonsklima	$r = .158$ , $n = 42$ , $p = .32$
	Rolleforventninger	$r = -.051$ , $n = 42$ , $p = .75$
Involvering	Sosialt samspill	$r = -.159$ , $n = 35$ , $p = .36$
	Lederskap	$r = -.130$ , $n = 35$ , $p = .46$
	Organisasjonsklima	$r = .067$ , $n = 35$ , $p = .70$
	Rolleforventninger	$r = .528$ , $n = 35$ , $p = -.16$
Mangfold i tjenestetilbud	Sosialt samspill	$r = -.315$ , $n = 40$ , $p = .05^*$
	Lederskap	$r = -.194$ , $n = 40$ , $p = .23$
	Organisasjonsklima	$r = -.214$ , $n = 40$ , $p = .19$
	Rolleforventninger	$r = -.292$ , $n = 40$ , $p = .07$
Muligheter til valg	Sosialt samspill	$r = .095$ , $n = 42$ , $p = .55$
	Lederskap	$r = .220$ , $n = 42$ , $p = .16$
	Organisasjonsklima	$r = .188$ , $n = 42$ , $p = .23$
	Rolleforventninger	$r = .105$ , $n = 42$ , $p = .51$

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og QPS Nordic.

\* p-verdi signifikant ved .05

Det er lite å rapportere på tvers av skjemaene på sub-kategorier, ettersom det ikke fremkommer så tydelige sammenhenger i denne studien. Det ble gjennomført korrelasjoner av alle enkelt-items for recovery-orientert praksis og enkelt-items for støtte i arbeidsmiljøet. Innad i skjemaene er det klare sammenhenger på item-nivå, og alle signifikante korrelasjoner på tvers av skjemaer på item-nivå presenteres i tabell 12.

Items innenfor sub-kategorien sosialt samspill er det en positiv korrelasjon mellom 'Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet fra arbeidskollegaer' (#1) og 'Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere' (#6),  $r = .47$ ,  $n = 40$ ,  $p = .00$ . Det var også en negativ



korrelasjon mellom 'Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp fra din nærmeste leder' (#2) og 'Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteyterne når det gjelder kultur, etnisitet, livsstil og interesser' (#28),  $r = -.42$ ,  $n = 32$ ,  $p = .02$ .

Innenfor sub-kategorien lederskap er det en positiv korrelasjon mellom 'Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter» (#9) og 'Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø' (#20),  $r = .37$ ,  $n = 42$ ,  $p = .02$ .

I sub-kategorien organisasjonsklima er de sterkeste positive korrelasjoner mellom 'Tar de ansatte selv initiativ på ditt arbeidssted' (#11) og 'Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid' (#14), 'Jeg snakker med brukerne om hva som kreves for å gjennomføre eller avslutte tjenestetilbudet' (#24) og 'Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig' (#25) ( $p \leq .01$ ). 'Blir de ansatte oppmuntret til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre på ditt arbeidssted' (#12) har en positiv sammenheng med 'Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig' (#25),  $r = .45$ ,  $n = 40$ ,  $p = .004$ .

Enkel-titemens innenfor sub-kategorien rolleforventninger viser flest korrelasjoner i analysen opp mot enkelt-items i recovery-orientert praksis. De sterkeste korrelasjonene er mellom itemene; 'Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes' (#17) og 'Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer' (#18) har en negativ korrelasjon,  $r = -.48$ ,  $n = 31$ ,  $p = .01$ . 'Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å utføre dem' (#18) og 'Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer' (#18) har en negativ korrelasjon,  $r = -.51$ ,  $n = 31$ ,  $p = .00$ . 'Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer' (#19) og 'Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet' (#27) har en negativ korrelasjon,  $r = -.45$ ,  $n = 40$ ,  $p = .00$ .

Tabell 12. Signifikante negative og positive korrelasjoner på tvers av skjemaet på itemnivå

<b>Støtte i arbeidsmiljøet</b>	<b>Recovery-orientert praksis</b>	<b>Korrelasjon</b>
Sosialt samspill (#1)	Inviterende (#1)	$r = .32, n = 41, p = .04^*$
	Livsmål (#6)	$r = .47, n = 40, p = .00^{**}$
	Pers. orientert (#30)	$r = .40, n = 28, p = .04^*$
Sosialt samspill (#2)	Livsmål (#28)	$r = -.42, n = 32, p = .02^*$
Sosialt samspill (#3)	Livsmål (#7)	$r = -.33, n = 42, p = .03^*$
	Livsmål (#8)	$r = -.32, n = 42, p = .04^*$
Sosialt samspill (#5)	Mangfold (#24)	$r = .39, n = 32, p = .03^*$
Lederskap (#8)	Livsmål (#14)	$r = .36, n = 38, p = .03^*$
	Inviterende (#31)	$r = -.41, n = 32, p = .02^*$
Lederskap (#9)	Mangfold (#18)	$r = -.36, n = 31, p = .05^*$
	Involvering (#20)	$r = .37, n = 42, p = .02^*$
	Inviterende (#31)	$r = -.38, n = 32, p = .03^*$
Lederskap (#10)	Livsmål (#28)	$r = -.35, n = 32, p = .05^*$
Organisasjonsklima (#11)	Livsmål (#14)	$r = .41, n = 39, p = .01^{**}$
	Mangfold (#24)	$r = .82, n = 32, p = .00^{***}$
	Valgmuligheter (#25)	$r = .41, n = 40, p = .01^{**}$
Organisasjonsklima (#12)	Livsmål (#6)	$r = .33, n = 40, p = .04^*$
	Mangfold (#12)	$r = -.39, n = 35, p = .02^*$
	Mangfold (#24)	$r = .38, n = 32, p = .03^*$
	Valgmuligheter (#25)	$r = .45, n = 40, p = .00^{**}$
	Personorientering (#30)	$r = .41, n = 28, p = .03^*$
Rolleforventninger (#14)	Livsmål (#11)	$r = .37, n = 41, p = .02^*$
Rolleforventninger (#16)	Livsmål (#6)	$r = .39, n = 40, p = .01^{**}$
Rolleforventninger (#17)	Livsmål (#16)	$r = .40, n = 39, p = .01^{**}$
	Mangfold #18	$r = -.48, n = 31, p = .01^{**}$
	Livsmål (#28)	$r = -.37, n = 32, p = .04^*$
	Livsmål (#14)	$r = -.34, n = 39, p = .04^*$
	Mangfold (#18)	$r = -.51, n = 31, p = .00^{**}$
Rolleforventninger (#18)	Involvering (#21)	$r = -.41, n = 28, p = .03^*$
	Mangfold (#24)	$r = -.40, n = 32, p = .02^*$
	Livsmål (#27)	$r = -.34, n = 40, p = .03^*$
	Livsmål (#28)	$r = -.42, n = 32, p = .02^*$
	Livsmål (#27)	$r = -.45, n = 40, p = .00^{**}$
Rolleforventninger (#19)	Livsmål (#28)	$r = -.36, n = 32, p = .05^*$
Rolleforventninger (#20)	Personorientering (#32)	$r = .39, n = 33, p = .03^*$

Målt med spørreskjema Recovery Self Assessment Scale (RSA-R) og QPS Nordic.

Spørsmål fra spørreskjemaene presentert i den sub-kategorien de tilhører sammen med item-nummer.

\* p-verdien signifikant ved .05 \*\* p-verdien signifikant ved .01 \*\*\*p-verdi signifikant ved .001

## 6.0 Diskusjon

Utgangspunktet for denne studien var fem forskningsspørsmål. I det følgende skal jeg diskutere resultatene i lys av annen kunnskap på feltet. Studiens styrker og svakheter vurderes i metodediskusjon, og avslutningsvis følger en konklusjon med forslag til implikasjoner.

### 6.1 Kjennetegn ved ansattes praksis og arbeidsoppgaver i møte med brukere

De fleste ansatte i denne studien har daglig kontakt med brukere, og i stor grad er arbeidsoppgavene sosialt arbeid (79 %). I underkant av en tredjedel av de ansatte oppgir at de arbeider klinisk med brukerne, og i overkant av en tredjedel oppgir at de har administrative og organisatoriske arbeidsoppgaver. Fordelingen av arbeidsoppgaver ligger nært større forskningsprosjekter hvor det har blitt oppgitt at 70 % av deltakerne hadde sosialt arbeid i sin praksis (Tsai, Sayers & McGuire, 2011). At hovedtyngden av de ansatte oppgir at de har daglig kontakt med brukere, kan gjenspeiles i at den største delen av respondentene oppgir å ha en stillingsprosent over 80 %. Tradisjonelt har arbeidstid for helse- og omsorgstjenester vært i stor grad mange deltidsstillinger, noe som kan risikere et svakere fagmiljø, samt mindre kontinuitet i tjenesten og uforutsigbarhet i miljøet. I denne studien er det kun en person som oppgir å ha en stilling under 25 prosent, og fem personer som oppgir at de har stillingsprosent mellom 25 og 80. Resultatet kan tyde på at de som har deltatt i studien har en stor stillingsprosent, eller er fulltidsansatte.

I utvalget fremkommer det at 98 % av de ansatte har direkte brukerkontakt, og over halvparten av utvalget oppgir at de også er tilgjengelig for brukerne via telefon, sms, e-post og sosiale media. Fleksibilitet i en tjeneste, handler også om å være tilgjengelig i tid og rom, og fleksibilitet og tilgjengelighet har blitt omtalt som selve nøkkelen til god hjelp i en individuelt tilpasset hjelp (Almvik et al., 2011; Fugletveit & Hansen, 2013). I ROP-retningslinjen anbefales tilgjengelighet og bruk av mobiltelefon og sms for å opprettholde kontakten i tjenesten (Helsedirektoratet, 2012; anbefaling nr. 41 s. 100). En norsk studie undersøkte hvordan et oppfølgingsteam for personer med ROP-lidelser organiserte sine tjenester, hvor det ble konkludert med at de positive tilbakemeldingene teamet får, var på bakgrunn av en arbeidsform der ansatte kan yte tjenester på en fleksibel måte, og som er tilpasset brukernes behov og ønsker (Fugletveit & Hansen, 2013). Fleksibilitet gjenspeiles både som en egenskap ved tjenesten og som et relasjonelt begrep hos de ansatte, og er grunnsteiner for å skape gode tjenestetilbud.

## 6.2 Recovery-orientering

Gjennomsnittsskår for recovery-orientering er 4.07 ( $SD = .39$ ) i denne studien. Funnene tyder på at de ansatte vektlegger imøtekommenhet og oppmuntring i møte med brukerne, støtter og respekterer brukernes egne valg, mål og ambisjoner, bruker ikke trusler, bestikkelser eller press for å påvirke brukernes oppførsel, samt vektlegger brukernes interesser og ting de ønsker å gjøre i nærmiljøet. Resultatene viser også at de ansatte skåret lavere i recovery-orienteringen på at de ansatte tror at alle brukerne kan gjøre deres egne livsvalg som angår hvor de vil bo, når de vil arbeide og hvem de vil være venn med, samt involvere og anbefale støtte og hjelp fra personer som selv hadde erfaring med ROP-lidelser. Det var også lavere skår på recovery-orienteringen at personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedet ledelse og ledelsesmøter, og at de kan delta i opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet.

Andre studier som er funnet og som benytter seg av RSA i kartlegging av ansattes opplevelse av recovery-orientering i sitt arbeid, er ansatte som arbeider med brukere med alvorlige psykiske lidelser. Målgruppen kan være sammenlignbar, da ansatte møter mange av de samme forholdene i møte med brukere med alvorlige psykiske lidelser, som ansatte som arbeider med personer med ROP-lidelser (Kraus & Stein, 2013; Osborn og Stein, 2013; Tsai et al., 2011). En norsk studie med både en kvantitativ og kvalitativ tilnærming, benytter RSA i kartlegging av recovery-orienteringen i den faglige tilnærmingen hos sykepleiere som arbeider i kommunale psykisk helse- og rusarbeid (Karlsson & Kim, 2015). Selv om den norske studien har gjennomført kartleggingen av kun en faggruppe, er studien likevel relevant da den kartlegger recovery-orientering i kommunal psykisk helse- og rustjeneste i Norge. Disse resultatene fra feltet er gjenkjennbart for resultatene i min studie.

O'Connell et. al (2005) hadde en gjennomsnittsskår 3.87 ( $SD = .62$ ) trukket ut av en større studie med ansatte ( $N = 344$ ) som arbeidet med brukere med rus- og psykiske lidelser i Connecticut. Det ble benyttet i Recovery Self Assessment (RSA) for å undersøke i hvilken grad de ansatte mente de hadde en recovery-orientert praksis. Funnene tydet på en god konsistens på recovery-orienteringen blant de ansatte, også i denne studien ble det sett en lavere skår på involvering av brukere i tjenestestedets ledelse, styring og utvikling. Kraus og Stein (2013) benyttet seg av RSA-R provider version for å undersøke i hvilken grad av recovery-orientering ansatte ( $N = 114$ ) som arbeidet med brukere i kommunale helsetjenester i Ohio har i sin tilnærming i møte med brukere med alvorlige psykiske lidelser. Gjennomsnittsskår i denne studien er 3.94 ( $SD = .42$ ), og de viser til at resultatene sine er en

moderat skår for recovery-orientering. Osborn og Stein (2016) benyttet Recovery Self Assessment Revised (RSA-R) for å kartlegge recovery-orientering blant ansatte ( $N = 105$ ) som arbeidet med brukere med alvorlige psykiske lidelser i Virginia. Gjennomsnittsskår for recovery-orientering i studien var 4.09 ( $SD = .67$ ). Tsai et al. (2011) benyttet RSA i kartlegging av ansattes recovery-orientering ( $N = 318$ ) som arbeidet med brukere med alvorlige psykiske lidelser i Boston. Ansatte som hadde gjennomgått noen kurs eller opplæring i recovery-orientering det siste året hadde et gjennomsnittsskår 3.70 ( $SD = .49$ ), mens ansatte som hadde hatt kurs eller opplæring i recovery-orientering hadde et skår på 3.62 ( $SD = .41$ ).

Den norske studien hadde en kvantitativ og kvalitativ tilnærming med hensikt om å kartlegge sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Karlsson & Kim, 2015). I den kvantitative delen ble RSA benyttet til å kartlegge recovery-orienteringen i den faglige tilnærmingen hos sykepleierne ( $N = 1240$ ), og funnene tyder på at sykepleierne har evnet å integrere og ta i bruk en faglig tilnærming inspirert av recovery. Funnene viser videre at sykepleierne har arbeidsmåter med vektlegger hverdagsmestring og en recovery-orientert sykepleiefaglighet. Imøtekommenhet i møter bruker, lytte til brukerne, støtte og respektere brukernes valg, mål og ambisjoner. Samtidig viser resultatene at sykepleierne skåret lavere i recovery-orienteringen mot å involvere og anbefale støtte og hjelp fra personer som selv hadde erfaring med ROP-lidelser.

Høyest i min studie skårer ett item i sub-kategorien inviterende faktorer, og handler om at de ansattes første kontakt med brukere gjør et tydelig forsøk på ønske dem velkommen i tilbudet og hjelpe dem til å føle seg vel ( $M = 4.95$ ,  $SD = .22$ ). De ansatte viser at de vektlegger det første møtet, og kan tolkes som en del av de ansattes engasjement og oppriktighet. Det første møtet i tjenestetilbudet kan være en anledning for ansatte til å skape et håp i det som er starten på en ny epoke for brukeren. De ansattes evne til å skape håp for et bedre liv er sentralt i recovery, og forventninger om et bedre liv skaper et fokus fremover (Borg & Kristiansen, 2004). Oppriktighet, håp, omsorg og anerkjennelse kommer til uttrykk gjennom de ansattes holdninger og atferd i tjenesteutøvelse, og skaper erfaringer hos brukerne som gir grunnlag til tillit og troverdighet til de ansatte (Brekke, Lien & Biong, 2018). Tillit beskrives som et fundament i relasjonen mellom behandler og bruker. Særlig viktig er dette i møte med personer som har en historie med brutte relasjoner og sosial ekskludering (Sommer, 2013). Det å bygge tillit til en behandler, kan for en person som nylig har startet sin bedringsprosess,

være første steg på veien for å skape en følelse av håp (Brekke, Lien & Biong, 2018; Topor et al., 2018).

Innenfor sub-kategorien *livsmål* som handler om de ansattes evne til å støtte brukerne til å utvikle og planlegge livsmål utenfor det å fokusere på mestring av symptomer, samt at ansatte oppmuntrer brukere til å forsøke seg på nye ting og ha ambisjoner om sin egen bedringsprosess ( $M = 4.21$ ,  $SD = .47$ ). Dette er et noe høyere gjennomsnittsskår enn studien til O'Connell et. al (2005) ( $M = 4.10$ ,  $SD = .66$ ). I en recovery-orientert praksis vil ansatte undersøke, identifisere og fremme brukernes egne mål, interesser og styrker for å støtte brukerens egen innsats for å skape et meningsfullt liv i samfunnet (Davidson, Drake, Schutte, Dinzeo, Andres-Hyman, 2009). Samarbeid står helt sentralt i en recovery-orientert praksis. I Sommer et al. (2013) sin kvalitative studie om hvordan fagpersoner i ACT-team arbeider for å styrke brukerens medborgerskap, fremkommer det tydelig at fagpersonene måtte gjøre seg fortjent for å få tillit hos brukerne. Grunnlag for relasjonen ble bygd gjennom hverdagssituasjoner og over tid. De ansatte måtte bevise ovenfor brukerne at de var til å stole på, og at de ikke ga seg. De ansatte setter også samtalen sentralt i møte med brukerne, og formidlet at de bruker mye tid i samtale med personene brukt som grunnleggende betydning for å bli kjent med personens interesser, drømmer, ønsker og mål, men også tema slik som hverdagsliv, sorger, tap og savn. Samtaler blir beskrevet som selve limet i relasjonen. Mye tid brukes i samtale for å støtte og motivere brukerne på veien. Tillit beskrives som fundamentet i relasjonen mellom ansatt og bruker, og relasjonsarbeid står sentralt som funn som kan bidra til styrking av brukeren, som har en historie med brutte relasjoner og sosial eksklusjon. Ansvaret for at det utvikles en tillitsfull relasjon ligger hos fagpersonen, og ikke hos brukeren. Ansatte som viser håp, forpliktelse, ærlighet og handlekraft i møte med brukere, er egenskaper som har vist seg som egenskaper hos de ansatte som støtter recovery (Brekke, 2019). Tillit viser seg som essensielt for disse egenskapene, og disse egenskapene hos de ansatte øker troverdigheten. Relasjonsarbeid krever en aktiv innsats fra de ansattes side, og det å ha en relasjon som bygger på tillit ses som særlig viktig i møte med brukerguppen (Vibeto et al., 2019).

Innenfor sub-kategorien for livsmål skåres det lavest på det som gjelder de ansattes tro på at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer ( $M = 3.43$ ,  $SD = 1.19$ ), og tro på at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med, osv. ( $M = 3.33$ ,  $SD = 1.24$ ). Ansatte som arbeider med brukere med ROP-lidelser har ofte en krevende arbeidshverdag over tid, og de har også et behov for

håp slik at de kan beholde håp på vegne av brukeren. Dette fremheves som viktig da ansatte selv ikke alltid ser effekten av arbeidet de gjør, og da heller ikke ser hvilken betydning innsatsen kan ha på sikt. Sælør, Ness, Borg og Biong (2015) undersøkte i sitt kvalitative studie hvordan fagpersoner fremmer og inspirerer håp i sitt møte med personer med ROP-lidelser. Mange av de ansatte rapporterte også at deres eget håp var helt essensielt i sitt arbeid med personer med ROP-lidelser, og det å kunne stå i en tidvis krevende arbeidshverdag og fortsatt kunne gjøre en god jobb (Sælør et al., 2015). Det å tro på seg selv og andre står helt sentralt, og deltakerne fortalte om ulike strategier de brukte for å holde håpet oppe, og for å kunne kjenne på at arbeidet de gjorde var verdifullt. Både på individ- og systemnivå finner de ansatte strategier på hvordan de kan styrke håpet, vel vitende om at deres håp er avgjørende i sin praksis. Det å kunne se og anerkjenne muligheter et viktig perspektiv. Gjennom å se hele mennesket, og fokusere vekk fra diagnoser og problemer, kan en se etter styrker og muligheter for mestring. Samtidig formidlet de ansatte at det også var nødvendig å vise sensitivitet i relasjonen, for det å oppmuntre til en endring på et feil tidspunkt kan også bli feil. Samarbeidsprosessene mellom de ansatte og brukerne ble karakterisert som en manøvrering mot håp på tross av usikkerheter og utfordringer.

De ansattes orientering mot *valgmuligheter i tjenestetilbudet* rapporterte de ansatte gjennomsnittsskår 4.20 ( $SD = .56$ ), som er noe høyere enn gjennomsnittsskåret fra forskningsstudien til O'Connell et. al, (2005) ( $M = 4.08$ ,  $SD = .69$ ). I en recovery-orientert praksis støtter ansatte opp om brukernes autonomi og valgmuligheter (Vibeto et al., 2019). Brukere skal ha frihet til å ta valg som angår sitt eget liv, og ansatte vil i sin praksis gi rom for å utvise respekt for selvbestemmelse og mulighet til å ta kontroll over egen prosess. Gjennom at ansatte skaper rammer hvor brukeren kan velge, blir hørt og valg blir tatt på alvor, bidrar til å gi økt egenmakt og styrker brukerens rolle i sitt eget liv. Samtidig er det også en tilnærming som kan stimulere en økt grad av personlig ansvar og empowerment hos brukerne. Innenfor sub-kategoriene skåres det høyt på respekten til brukeren egne avgjørelser rundt behandling og omsorg, og at det ikke benyttes press for å påvirke brukernes oppførsel. Dette tyder på at de ansatte har tro på at brukeren som aktør i sitt eget liv, selvbestemmelse hos brukerne vektlegges i tjenesteytingen, noe som igjen støtter utviklingen av empowerment. Resultatene viser også at de ansatte har fokus på en jevnlig oppfølging om en utvikling som støtter individets egne personlige målsettinger.

Spørsmål som går på at brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson dersom de ønsker, har en gjennomsnittsskår som er lavere enn gjennomsnittet i sub-kategorien ( $M = 3.47$ ,  $SD =$

1.34). Mulighet til å kunne bytte behandler eller kontaktperson, er en måte for tjenesten å fremme myndighet hos brukerne på. Samtidig kan det være organisatoriske begrensninger som ligger til grunn at det kan være mindre muligheter til å endre behandler noen steder enn andre, samt kultur og holdninger vil kunne påvirke hvordan brukerens ønsker i utformingen i tjenestetilbudet vektlegges.

*Involvering* er sub-kategorien med lavest gjennomsnitt i denne studien. ( $M = 3.19$ ,  $SD = 1.18$ ), og skåret er noe lavere enn i O'Connell et. al (2005) sitt gjennomsnitt som er 3.39 ( $SD = .66$ ). Også i deres studie er denne sub-kategorien den som har lavest gjennomsnitt. O'Connell et al. (2005) viser til at disse funnene er i tråd med litteraturen som indikerer at det å involvere brukere i utviklingen av tjenestetilbudet er den tydeligste barrieren for brukerens likeverdige agent i sitt tjenestetilbud. De to laveste itemene innenfor sub-kategorien i denne studien er om brukere i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter ( $M = 2.08$ ,  $SD = 1.47$ ), og om brukere i recovery deltar i opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet ( $M = 2.96$ ,  $SD = 1.40$ ). Den tydelige brukerorienteringen i en recovery-orientert praksis kan utfordre tradisjonelle tilnærminger helse- og omsorgstjenester. Sommer, Strand, Borg og Ness (2013) viser til anerkjennelse av brukeren som fullverdig deltaker i samarbeidet med de ansatte, og fra et brukerperspektiv vil dette denne likeverdigheten i relasjonen være styrkende for brukerens medborgerskap. I en praksis vil både de daglige møtene mellom ansatte og bruker påvirke tjenesten, men også tjenestens organisering med verdier, holdninger og kultur vil være av en stor betydning.

### **6.3 Støtte på arbeidsplassen**

Gjennomsnittlig skår for opplevd støtte på arbeidsplassen er 4.09 ( $SD = .57$ ).

Gjennomsnittsskåret viser at ansatte nokså ofte opplever støtte i sitt arbeidsmiljø samlet sett. *Sosialt samspill* har gjennomsnittsskår 4.31 ( $SD = .59$ ). De ansatte rapporter om høyest grad av opplevelse av støtte og hjelp fra kollegaer når de har behov, samt kollegaer som er villige til å lytte når det trengs. Dette tyder på at det i utvalget oppleves et godt sosialt samspill. Gode kollegaer som en kan dele ansvaret med, nærhet til nærmeste leder og opplevd tillit fra ledelsen er faktorer som kan gi et støttende arbeidsmiljø (Andersen & Ness, 2015).

Kollegastøtte har blitt beskrevet som viktig for de ansatte særlig i en utfordrende og uforutsigbar arbeidshverdag. I en norsk, kvalitativ studie som så på ansattes erfaring om samarbeid mellom seg og beboere ved et lavterskelhybelhus for menn i akutte ruskriser, ble det beskrevet som en anledning til å spille på hverandres egenskaper og kunnskap (Ervik et al., 2012). I studien ble støtten fra kollegaer viktige for å kunne stå stødig i krevende



situasjoner, samt støtten bidro til å dempe eget stress. Studien berører også den viktige erfaringsdelingen mellom ansatte, da utvekslingen av erfaringer er både en del av støtten som utspiller seg mellom ansatte, men også deling av erfaringsbasert og faglig kunnskap. Erfaringskunnskapen kan utvikles i fellesskap og gjennom å spille på hverandre, samtidig som den er en viktig støttende faktor i arbeidsmiljøet.

For *lederskap* er gjennomsnittsskår 3.77 ( $SD = .96$ ). Høyest rapportering er det for at leder løser problemer med en gang de dukker opp, noe som tyder på at leder gir støtte. En norsk, kvalitativ studie undersøkte hva som fremmet arbeidsglede hos ansatte som arbeidet med unge voksne med ROP-lidelser, hvor nærhet til og støtte fra nærmeste leder ble beskrevet som viktig for arbeidsgleden (Andersen & Ness, 2015). Det å oppleve at de hadde tillit fra leder var også av stor betydning for opplevelsen de ansatte hadde.

*Organisasjonsklima* er gjennomsnittsskår 4.29 ( $SD = .63$ ). Innad i kategorien er det høyeste gjennomsnittsskår på at ansatte tar selv initiativ på arbeidssedet. Ansatte blir også nokså ofte oppmuntret til å tenke ut nye måter for å gjøre tingene bedre på sitt arbeidssted.

*Rolleforventninger* er gjennomsnittsskår 4.02 ( $SD = .57$ ), og resultatene viser at ansatte vet hva som er deres ansvarsområde, at det er fastsatt klare mål for arbeidet og hva som forventes av dem. Samarbeid i andres hjem, betyr også at de ansatte må ha en arbeidsform som preges av en pragmatisk tilnærming til riktige tiltak, og går utenfor den tradisjonelle fagrollen (Borg & Karlsson, 2013; Hansen, 2013). Dilemmaer kan oppstå rundt slik som hvilke oppgaver faller inn under tjenesten eller ikke, hva er hovedoppgaver og tilnærming til ulike utfordringer og flyt i tjenesten. Rolleklarhet, sammen med autonomi for den enkelte ansatt, ses viktig i samspill med fleksibilitet i utøvende praksis (Borg & Karlsson, 2013; Kraus & Sten, 2013). Ved arbeid i andres hjem, er ikke den ansatte lenger støttet av de institusjonelle rammer og må i større grad kunne arbeide fleksibelt. Samtidig står også den ansatte i større grad alene og bør ha trygghet og en faglig tyngde i sine egne avgjørelser i en langt mer uforutsigbar arbeidshverdag. Resultatene antyder også at ansatte av og til må gjøre ting de mener burde ha blitt gjort annerledes, og at de av og til får oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å kunne utføre dem.

#### **6.4 Kjennetegn ved ansattes demografiske bakgrunn**

I dette utvalget er det omtrent like mange menn og kvinner. Kvinner utgjør ofte en større andel av personellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som også er tilfelle for ansatte i tjenester som arbeider med personer med ROP-lidelser (Brunt & Rask, 2018; Kraus

& Stein, 2013; Osborn & Stein, 2016; Tsai et al., 2011; Walsh, Meskell, Bruke & Dowling, 2017). Alderssammensetningen er jevnt fordelt i de to kategoriene mellom 31-50 år, mens det i alderskategorien 21-30 år og 51 til 60 år er noe lavere antall. Den yngste kategorien er noe større enn den eldste aldersgruppen. Dette samsvarer godt med tidligere studier, hvor det også er en jevn aldersfordeling med en noe større andel på ansatte i tidlig 40-årene. Tilnærmet 60 % av utvalget har åtte år eller lenger relevant arbeidserfaring, mens en fjerdedel ligger mellom fire og åtte år. I andre studier viser også lang relevant arbeidserfaring blant deltakere, gjerne med hovedvekt mellom 10 til 16 år i de ulike studiene.

Majoriteten av utvalget er født i Norge. Over halvparten av de ansatte oppgir at de har en bachelorgrad eller tilsvarende (67 %), og i overkant av en fjerdedel har en mastergrad eller tilsvarende (12 %). I underkant av 30 % har en helsefaglig utdanning, men 45 % oppgir at de har en sosialfaglig utdanning. Varigheten på utdannelsen er i underkant av fem år.

Utdanningsnivået er sammenlignbart med andre studier, hvor en høy andel av de ansatte har høy utdanning med variasjon i profesjonene innenfor relevante sub-kategorier som sosialt arbeid, sykepleie og psykologi (Brunt & Rask, 2018; Kraus & Stein, 2013). Kun to i utvalget har oppgitt at de har grunnskole som høyeste fullførte utdanning (5 %).

Resultatene viser at 10 av 42 respondenter har bruker/erfaringskompetanse, og to ansatte har valgt alternativet at de ikke ønsker å svare på dette. På bakgrunn av de 10 respondentene som har valgt å bekrefte at de har bruker/erfaringskompetanse, utgjør dette at i overkant en av fire har denne kompetansen. I kartlegginger gjennomført i Norge viser at omtrent 1,2 % av årsverkene til voksne er ansatte med denne kompetansen (Sintef, 2018; Sintef, 2019). Dette kan tyde på at det kan være en underrapportering av brukererfaring og erfaringskompetanse hos ansatte innenfor tjenestene.

## **6.5 Sammenhenger mellom recovery-orientering og arbeidspraksis, støtte på arbeidsplassen og demografiske variabler**

I denne studien fremkommer det sammenhenger mellom recovery-orientering og demografisk bakgrunn hos ansatte. På noen enkelte spørsmål innenfor recovery-orientering, ser det ut til at flere av de demografiske variablene kan henge sammen med grad av recovery-orientering. Enkelte demografiske variabler slik som lengde på arbeidserfaring, den ansattes faglig bakgrunn, brukererfaringer/erfaringskompetanse og alder kan tyde på en sammenheng på enkelte spørsmål innad i kategoriene. Det er likevel lite å rapportere på sammenhenger mellom de ansattes demografiske bakgrunn og grad av recovery-orientering i denne studien.

For recovery-orientering og arbeidspraksis antyder resultatene at ansatte som har kontakt med brukere sjeldnere enn daglig, har en recovery-orientert praksis som bidrar til en større grad av mangfold i tjenestetilbudet ( $p = .05$ ). På enkelte spørsmål innenfor recovery-orientering, ser det er ut at arbeidspraksis kan henge sammen med recovery-orienteringen i tilnærmingen til brukerne, og at stillingsprosent og om arbeidsoppgavene av klinisk art, eller mer rettet mot sosialt arbeid, kan ha en betydning.

Fleksible tjenester handler også om at ansatte har rammebetingelser som gir muligheter for til å møte brukeren og tilpasse hjelpen når brukeren har behov for det. Det er viktig for de ansatte at de kan ha en arbeidssituasjon og støtte både fra ledelse og kollegaer slik at de opplever å kunne gjøre en god jobb. Rammebetingelsene de ansatte arbeider innenfor påvirker handlingsrommet til den enkelte, så vel som at tjenestene, påvirkes av de organisatoriske rammene (Ramsdal, 2018). Borg og Karlsson (2013) peker også på nødvendigheten av at ansatte har rammebetingelser som gir handlingsrom til å kunne tenke og handle fleksibelt når det gis tjenester i hjemmet. Andersen og Ness (2015) peker på en sammenheng mellom gode arbeidsbetingelser for en recovery-orientert praksis og hva som fremmer arbeidsglede blant de ansatte. Blant annet støtte fra kollegaer og nærmeste leder, avklarte roller og forventinger. Det å kunne få støtte, kan være grunnlag til selv å yte støtte. Det kan antas at det kan være sammenhenger mellom en recovery-orientert praksis og arbeidsbetingelser som selv gir godt grunnlag for å gi støtte.

Kraus og Stein (2013) undersøkte i sin studie sammenhenger mellom ansattes demografiske bakgrunn, strukturelle betingelser og opplevelse av å arbeide recovery-orientert. Uavhengig av individuelle forskjeller i utdanningsbakgrunn, ansiennitet og alder hos de ansatte, samt uavhengig av rapportering om strukturen i jobbene sine, rapporterte de ansatte som oppfattet arbeidsstedet som i høy grad ga recovery-orienterte tjenester også lavere nivåer av depersonalisering og emosjonell utmattelse på jobben, og høyere nivåer av profesjonell prestasjon og jobbtilfredshet. En systematisk litteraturgjennomgang og metaanalyse som så på utbrenthet blant ansatte i helsetjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser ble 33 studier ( $N = 9409$ ) inkludert som så på utbrenthet blant ansatte i helsetjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser (O'Connor, Neff & Pitman, 2018). Utbrenthet blant fagpersonene skårer høyt over det gjennomsnittlig blant yrkesaktive, og et funn er at økende alder hos de ansatte ble assosiert med økt risiko for depersonalisering, men også økt følelse av personlig prestasjon. Osborn og Stein (2016) kartla i sin studie de ansattes ( $N = 105$ ) recovery-orientering, jobbtilfredshet og personlig utvikling de opplevde ved sin

arbeidsplass. De ansatte arbeidet med brukere med alvorlige psykiske lidelser i Virginia. Funn i denne studien viste at jo høyere grad av recovery-orientering i tjenestene, desto høyere grad var opplevelsen av personlig utvikling og støtte i arbeidsmiljøet for de ansatte.

I min studie kan det antyde resultatene at det kan være en sammenheng mellom hvordan de ansatte opplever det sosiale samspillet og hvordan de ansatte støtter opp under mangfold i tjenestetilbudet til brukerne.

Når det gjelder sammenhenger mellom demografisk bakgrunn hos de ansatte og opplevelsen av støtte på arbeidsplassen er det i denne studien funn som antyder at brukererfaring/erfaringskompetanse og lengde på relevant arbeidserfaring kan ha en sammenheng med områder for støtte i arbeidsmiljøet. I denne studien antydes det at ansatte som har oppgitt at de har brukererfaring/erfaringskompetanse, kanskje ikke opplever i like stor grad å få støtte fra ledelsen ( $p = .02$ ). Innad i kategorien lederskap, tyder det på at ansatte med brukererfaringer/erfaringskompetanse ikke i like stor grad opplever oppmuntring fra nærmeste leder til å si fra når de har en annen mening ( $p = .00$ ), og at ansatte med brukererfaringer opplever i mindre grad at deres nærmeste leder prøver å løse problemer med en gang de dukker opp ( $p = .01$ ).

Det er funnet få studier som belyser samarbeidet mellom ansatte med egenerfaringer og deres kollegaer og ledelse. Selv om det ikke er tydelig om respondentene i denne studien er ansatt på bakgrunn av egenerfaring som erfaringskonsulenter, eller er fagpersoner med erfaringskompetanse, er det interessant å se funn i denne studien i lys av forskning som kan belyse hvilke erfaringer om støtte i arbeidsmiljøet erfaringskonsulenter opplever i psykisk helse- og rustjenester. I en norsk kvalitativ studie ble det undersøkt erfaringsmedarbeidere ( $N = 36$ ) sin forståelse og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. (Klevan et al., 2018). Utfordringer erfaringskonsulentene møtte i sin arbeidshverdag ble beskrevet blant annet med at de kan oppleve en uklar rolle, usikre arbeidsbetingelser, samt uklare forventninger knyttet til stillingen. Det belyses samtidig forhold i arbeidsmiljøet som er relevant for funn i min studie, da flere av deltakerne ble det vist til manglende veiledning, og at de opplevde at andre faggrupper kanskje fikk mer veiledning og støtte enn de selv fikk (Klevan et al., 2018).

I min studie er det en fjerdedel av respondentene som oppgir at de har brukererfaring/erfaringskompetanse, og det er ikke kjent om disse er erfaringskonsulenter eller er fagpersoner med erfaringskompetanse. Ansatte med bruker- eller

pårørendekompetanse er ikke alltid nødvendigvis åpne ovenfor kolleger at de har personlige livserfaringer som kan ha profesjonell relevans i arbeidet, og det etterlyses mer åpenhet om egen erfaring (Moen & Larsen, 2013). Dette på tross av at de ansatte som fagpersoner opplevde at deres egne personlige erfaringer kunne være en styrke i arbeidet med andre mennesker. En utfordring med å være åpen om erfaringskunnskap og være mer personlig som fagperson, er at fagpersonen i motsetning til erfaringskonsulenten kan risikere å bli kritisert for å være uprofesjonell. Slike oppfatninger kan peke på en polarisering mellom kunnskapsformene. Klevan et al. (2018) viser et bidrag som kan redusere denne polariseringen, er anerkjennelsen av at erfaringskunnskap utgjør en del av fagpersonenes kunnskap.

Erfaringskonsulenter beskriver at de opplever ensomhet og utenforskap på grunn av en annen type bakgrunn enn andre ansatte med sine fagmiljøer og profesjoner (Klevan et al., 2018). Dette kan indikere et område som vil ha behov for videre utforskning, da det kan utvikle ny kunnskap og iverksette tiltak som kan bedre disse forholdene.

I min studie antyder resultatene at ansatte med brukererfaringer/erfaringskompetanse opplever et godt sosialt samspill på arbeidsplassen og det fremkommer ingen heller ikke sammenhenger mellom organisasjonsklima eller rolleforventninger i forhold til ansatte som oppgir at har brukererfaring/erfaringskompetanse sett i forhold til ansatte som oppgir at de ikke har dette.

Myndighetene anbefaler tilsetting av ansatte med bruker- eller pårørendeerfaring for å styrke brukerperspektivet, og er et anbefalt tiltak for å fremme en recovery-orientert praksis (Helsedirektoratet, 2014). Brukerorientering i en recovery-orientert praksis er tydelig, og innen psykisk helse- og rusarbeid er erfaringskonsulenter blitt knyttet opp til brukerorienteringen (Davidson et al., 2012; Vibeto et al., 2019). Helsemyndighetene i Norge ønsker å øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter (St. Meld.11, 2015-2016). Inkludering av personer med erfaringskompetanse, kan det bidra til utviklingen av tjenestene og innholdet i dem (Prop.15S, 2015-2016). Politiske føringer er tydelig på at erfaringskompetanse xx Erfaringsbasert kunnskap i samarbeid om tjenesteutvikling vil påvirkes av hvordan dette forankres i den enkelte organisasjon.

Resultatene kan også tyde på at ansatte som har mer enn 8 års arbeidserfaring, opplever i en mindre grad støtte i rolleforventningene på arbeidsplassen, enn ansatte med kortere relevant

arbeidserfaring ( $p = .01$ ). Fagpersoner har beskrevet i studier at de benytter seg av fagkunnskap og tidligere livs- og praksiserfaringer (Moen & Larsen, 2013; Vibeto, Borg, Biong & Karlsson, 2019). Erfaringer både fra arbeidsliv og det levde liv i form av egne erfaringer påvirker rollen som fagperson. Egne erfaringer bidro til en evne til å kjenne igjen og forstå, og at det gjorde at de kunne stille bedre og flere spørsmål som kan bidra til innsikt hos den andre. En gjennomgående holdning var at for å kunne gi best mulig hjelp, var det viktig å være ærlige, ekte og tilstede med egne erfaringer og sårbarhet. Deltakerne i studien opplevde at bruk av egne erfaringer gjorde kontakten mer ekte og var en viktig del av den profesjonelle relasjonen. De opplevde å få god kontakt når de var personlige, og at brukerne av den grunn ønsket deres hjelp. Klevan et al. (2018) viser i sin studie til betydningen av erfaringskunnskap utgjør en viktig del av kunnskapen også hos fagpersoner, og dette synet på erfaringskunnskap kan være et bidrag til å redusere polariseringen av at fagperson og erfaringskompetanse i tjenestene skulle bli motsetninger. I recovery-orienterte tjenester er det bevissthet rundt relasjoners sentrale betydning blitt belyst i mange studier (Borg & Kristiansen, 2004; Brekke, Lien & Biong, 2018; Brunt & Rask, 2018; Pettersen et al, 2019, Topor et al., 2018), og kjennetegn ved

## **6.6 Metodediskusjon**

Studiet har en kvantitativ tilnærming som er en egnet måte å belyse forskningsspørsmålet på. Det er funnet få systematiske studier ved hjelp av kvantitative metoder som har sett på recovery-orientert praksis fra ansattes perspektiv (Burnt & Rask, 2018; Kraus & Stein, 2013, Osborn & Stein, 2016; Tsai et al., 2011; Karlsson & Kim, 2015).

Tverrsnittstudie egner seg godt som design for å undersøke denne studiens målsetning og forskningsspørsmål, da hensikten med studien er å undersøke et utvalg for å beskrive nivå og utforske mulige sammenhenger (Bjørndal og Hofoss, 2015). Begrensninger ved en tverrsnittstudie er at det ikke kan si noe om årsaksforhold. En nøkkelfaktor i en tverrsnittstudie, er å ha et utvalg som er representativt for populasjonen for å kunne generalisere resultatene over til populasjon (Webb & Bain, 2011). En svakhet ved denne studien er antall respondenter med 42 deltakere gir en lav statistisk styrke, og utvalget ikke er representativt for å kunne generalisere resultatene. At deltakergrunnlaget i denne studien er knyttet til samme boliger i ulike bydeler, men i én kommune, kan representere en svakhet. I hvilken grad dette utvalget skiller seg fra andre kommuner er ikke kjent. Det kan innebære at studiens mulighet til å generalisere resultatene til populasjonen forøvrig reduseres.

Bruk av måleverktøy var standardiserte spørreskjemaer som er validert i andre studier, er med på å styrke resultatene ved denne studien (O'Connell et al., 2007; O'Connell et al., 2005; Skogstad et al., 2001). Spørreskjemaene har målt det som var som hensikt å undersøke i denne studien, og reliabiliteten i sub-kategoriene har vært konsistente og akseptabel (O'Connell et al., 2007; Skogstad et al., 2001). De sub-kategoriene som ikke hadde akseptabel konsistens, ble valgt å ta ut for videre analyser.

En svakhet kan være at studiet dekker de organisatoriske rammene de ansatte arbeider innenfor. Det har i denne studien blitt sett isolert sett på ulike aspekter ved praksis, uten å forsøke å se på sammenhengen mellom praksis og rammene tjenesten handler ut fra. Resultatene vil derfor påvirkes av at det ikke er blitt sett på det store bildet, ettersom de organisatoriske rammene kan påvirke praksis.

Studien gir ikke så tydelige resultater, noe som kan være på bakgrunn av at det er relativt få deltakere i studien som medfører en lav statistisk styrke i analysene. Studiens tolkninger og forståelse for resultatene støttes derfor på den teoretiske og empiriske forankringen. Denne studien gir en indikasjon på områder det kan ses nærmere på, og noen funn understøtter tidligere forskning på feltet. Resultatene fra studien kan på den måten være nyttig for praksisfeltet, og bidrar med å danne grunnlaget for videre forskning.

## **7.0 Konklusjon og implikasjoner**

Funnene i denne studien tyder på at hovedtyngden av ansatte har daglig kontakt med brukere og direkte brukerkontakt, arbeidsoppgavene er i stor grad sosialt arbeid, og for en tredjedel av de ansatte inneholder arbeidsdagen også administrative og organisatoriske arbeidsoppgaver. Over halvparten av de ansatte er tilgjengelige via telefon, sms, e-post og sosiale media. En stor del av de ansatte har stillingsstørrelser over 80 prosent

I denne studien antyder funnene på at de ansatte har en moderat grad av recovery-orientering i sin praksis. Funnene tyder på at de ansatte vektlegger imøtekommenhet og oppmuntring i møte med brukerne, støtter og respekterer brukernes egne valg, mål og ambisjoner, bruker ikke trusler, bestikkelser eller press for å påvirke brukernes oppførsel, samt vektlegger brukernes interesser og ting de ønsker å gjøre i nærmiljøet. Resultatene tyder også på at de ansatte skåret lavere i recovery-orienteringen at personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedet ledelse og ledelsesmøter, og at de kan delta i opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet. Recovery-orientering har en tydelig brukerorientering som utfordrer

tradisjonelle holdninger og kultur i helse- og omsorgstjenester, og funnene tyder på at anerkjennelsen av brukeren som deltaker i utviklingen av tjenestetilbudet fortsatt har et stykke igjen.

Ansatte rapporterer at de opplever god støtte i sitt arbeidsmiljø. De ansatte opplever høyest grad av opplevelse av støtte og hjelp fra kollegaer når de har behov, samt kollegaer som er villige til å lytte når det trengs. Dette tyder på at det i utvalget oppleves et godt sosialt samspill på arbeidsplassen.

For recovery-orientering og arbeidspraksis antyder resultatene at ansatte som har kontakt med brukere sjeldnere enn daglig, har en recovery-orientert praksis som bidrar til en større grad av mangfold i tjenestetilbudet. Videre tyder funnene på at ansatte med brukererfaringer/erfaringskompetanse kanskje ikke opplever støtte fra nærmeste leder i like stor grad som ansatte uten egenerfaringer.

I denne studien har de ansatte omtrent like mange kvinner og menn, og majoriteten av ansatte av er født i Norge. Hovedvekten av de ansatte har høy utdanning. Omtrent en fjerdedel av de ansatte oppgir at de har brukererfaring/erfaringskompetanse.

I denne studien fremkommer det ikke sammenhenger mellom recovery-orientering og demografisk bakgrunn hos ansatte. På noen enkelte spørsmål innenfor recovery-orientering, ser det er ut til at flere av de demografiske variablene kan henge sammen med grad av recovery-orientering. Enkelte demografiske variabler slik som lengde på arbeidserfaring, den ansattes faglig bakgrunn, brukererfaringer/erfaringskompetanse og alder tyder på en sammenheng på enkelte spørsmål innad i kategoriene. Det er likevel lite å rapportere på sammenhenger mellom de ansattes demografiske bakgrunn og grad av recovery-orientering i denne studien.

Det er lite å rapportere på tvers av recovery-orientert praksis og støtte i arbeidsmiljøet, ettersom det ikke fremkommer så tydelige sammenhenger i denne studien. Utvalget i denne studien er lite, noe som gir en lav statistisk styrke i analysene. System- og organisasjonsbetingelser har også en betydelig rolle for disse sammenhengene, og i denne studien er ikke disse ytre rammene belyst. Funnene og antydningene i denne studien er interessante, og kan tyde på at videre forskning bør gjennomføres for å finne ut mer om ulike aspekter og rammebetingelser som kan påvirke praksis. Hva som også kan være interessant å



se nærmere på ved senere studier, vil være samarbeid mellom ansatte med brukererfaringer og erfaringskompetanse og deres kollegaer og nærmeste leder, forankringen i organisasjonen og hvordan erfaringskompetansen blir nyttiggjort. Videre hadde det også vært interessant at erfaringskunnskap og erfaringskompetanse hos fagpersoner kan belyses ytterligere gjennom forskning.

## 8.0 Referanseliste

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H. & Norvoll, R. (2011). «Å lage farger på livet til folk». *God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol. 8(2), 154-163
- Andersen, M., & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 13(2), 109-118
- Anthony, William A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 16(4), 11-23
- Anthony, William A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Volum 24(2), 159-168
- Aston, V. & Coffey, M. (2011). Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 257-263
- Biong, S. & Karlsson, B. (2013). Et hjem for deg, et hjem for andre? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10(2), 102-104
- Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 12(1), 50-60
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 46(5), 452-459
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10(2), 105-114
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2015). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utgave) Oslo: Gyldendal
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505

- Borg, M. Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recovery-orienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Rapport 4/2013. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). *Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalt basert helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 10(2), 105-114
- Borg, M., Sjøfjell, T.L., Ogrundipe, E., & IK. I. Bjørlykhaug (2017). Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus. (Forskningsrapport nr. 1 2017). Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2017/06/Forskningsrapport-Brukeres-erfaringer-med-hjelp-og-stotte-fra-erfaringsmedarbeidere-innen-psykisk-helse-og-rus.pdf>
- Brekke, E.(2019) *Recovery in co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of first-person and staff experiences* (Doktoravhandling, Universitetet i Sør-Øst Norge, Drammen). Hentet fra: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2614372>
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 30, doi:10.1186/s13033-018-0211-5
- Brunt, D. & Rask, M. (2018). Resident and staff perceptions of the content of their relationship in supported housing facilities for people with psychiatric disabilities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 11, 673-681
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Tondora, J., Fry, J., & Kirk, T. (2008). From “Double Trouble” to “Dual Recovery”: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290
- Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 323-332

- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012(11), 123–8.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Vol. 11 (4), 11-19
- De kongelige departementene (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. (Publisering H-2312 B). Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Stortingsmelding nr. 47. Oslo: Helsedirektoratet  
Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. – skrevet inn etter APA lenger ned)
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Stortingsmelding nr. 30. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding nr. 29. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015) St.meld. nr. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-262014-2015/id2409890/>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2020)*. Stortingsmelding nr. 11. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* (FHI notat 10.08.2018) Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Fugletveit, R. & Hanssen, G.V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. Tidsskrift for brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 10(3), 209-218

Hansen, G.V. (2013). Helhetlige tjenestetilbud med basis i bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10(2), 129-137

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2011-12-20-113). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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

Helsedirektoratet (2012B). *Opptrappingsplanen for rusfeltet - resultat og virkemidler*. (Rapport IS-1999). Oslo: Helsedirektoratet

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

Helsedirektoratet (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015: Indikator for det tverrsektorielle folkehelsearbeid*. Helsedirektoratet: Norge.

Helsedirektoratet (2018). *Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017. Årsrapport 2017 for kompetanseløft 2020*. (Rapport IS-2755). Oslo: Helsedirektoratet.

- Hjort, P.F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen, P.E., Berge, T. & Åker, J. Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum-Norli. s. 11-31
- Hustvedt, I. B. et al. (2018) Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene Brukerplan - Årsrapport 2017. Hentet fra: <https://brukerplan.no/>
- Innvær, S., Steiro, A., Rus, M., Smedslund, G. & Johne, T. (2005). *Bruk av holdninger til og behov for kunnskap i sosialtjenestene*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Helsinkideklarasjonen (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Finland: WMA General Assembly. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Karlsson, B. & S. H. Kim (2015). *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid*. (SFPR-rapport; 16/2015). Hentet fra: <https://openarchive.usn.no/usn-xmliui/handle/11250/298288>
- Karlsson, B., Borg, M., Ogundipe, E., Sjøfjell, T.L. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse og rustjenester: En kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Årg.13(2), <https://doi.org/10.7557/14.4214>
- Klevan, T., Sjøfjell, T.L., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk»: *Erfaringsmedarbeidernes forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester*. (SFPR forskningsrapport Nr. 3 2018), Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2577300>
- Kraus, S. W. & Stein, C. H. (2013). Recovery-Oriented Services or Individuals with Mental Illness and Case Managers' Experience of Professional Burnout. *Community Ment Health J* 49, 7-13
- KS (30.11.2018). Oversikt over heltid i helse, pleie og omsorg. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/oversikt-over-heltid-i-helse-pleie-og-omsorg/>

- Kyle, T., & Dunn, J. R. (2007). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Health and Social Care Community*, 16 (1), 1–15 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J. & Slade (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011) What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitativ Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*. Vol. 62(12, 1470-1476
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence V., Leamy, M., Bird, V., Macpeherson, R., Williams, J. & Slade, M. (2015). Staff understandingo f recovery-orientated menal health practice: a systematic reiew and narrative synthesis. *Implementation Science* 10:89 doi doi:10.1186/s13012-015-0275-4
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisn og helsefag*. 4. utg. Universitetsforlaget. Oslo.
- Moen, E.Å. & I.B. Larsen (2013: “Her er det faktisk hele meg som er på jobb” – Om å bruke erfaringer med egen psykisk helse i profesjonelle relasjoner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 15-24.
- Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mæland, J.G. (2015). *Forebyggende helsearbeid*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Ness, O., Borg, M., Davidson, L. (2014). Faciliators and barriers in dual recovery. A literature review of first-person perspektices. *Advances in Dual Diagnosis* Vol. 7(3), 107-117
- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386 <http://dx.doi.org/10.2975/28.2005.378.386>

- O'Connell, Tondora, Kidd, Stayer, Hawkins & Davidson (2007). RSA-R provider version.  
[https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/tools/RSA\\_Provider\\_204210\\_284\\_23933\\_v1.pdf](https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/tools/RSA_Provider_204210_284_23933_v1.pdf)
- O'Connor, K., D. Muller Neff and S. Pitman (2018). "Burnout in mental health professionals: A systematic review and metaanalysis of prevalence and determinants".  
*Eur Psychiatry* Vol. 53, 74-99, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Ogundipe, E., Borg, M., Sjøfjell, T., Bjørlykhaug, K.-I. & Karlsson, B. (2019). Service Users' Challenges in Developing Helpful Relationships with Peer Support Workers.  
*Scandinavian Journal of Disability Research* , 21(1), 177–185,  
<https://doi.org/10.16993/sjdr.580>
- Osborn, L.A. & Stein, C.H. (2015). Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 757-766 doi: 10.1007/s10597-015-9927-8
- Osborn, L.A. & Stein, C.H. (2017) Community Mental Health Care Providers' Understanding of Recovery Principles and Accounts of Directiveness with Consumers. *Psychiatric Quarterly*, Vol 88(4) <https://doi.org/10.1007/s1126-017-9495-x>
- Ose, S. O, Kaspersen, S. L., Ådnes, M., Lassemo, E. & Kalseth, J. *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2018 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF rapport 2018). Hentet fra: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2578749>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J. & Davidson, L. (2019). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, <https://doi.org/10.1177%2F1178221819833379>
- Oser, C.B., Biebel, E. P., Pullen, E. & Harp, K. L. H. (2013). Causes, Consequences, and Prevention of Burnout Among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural Versus Urban Comparison. *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 45(1), 17-27
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual*. McGraw-Hill Education (UK).



- Piat, M. & Lal, S. (2012). Service Providers' Experiences and Perspectives on Recovery-Oriented Mental Health System Reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 35(4), 289-296
- Ramsdal, H. N. (2018). Fagpersoners recovery – mellom ansvarsfraskrivelse og ansvarsoversvømmelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 15(4), 374-377
- Semb, R., Borg, M. & O. Ness (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol. 19(3), 57-67
- Sintef (2019). *Bruk av erfaringskompetanse i kommunene* (Prosjektnummer 102021182). Hentet fra: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2017/04/Sintef-notat.pdf>
- Skogens, L., Von Grieff, N. & Topor, A. (2017). Initiating and maintaining a recovery process – experiences of persons with dual diagnosis. *Advances In Dual Diagnosis*. <https://doi.org/10.1108/ADD-09-2017-0016>
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K., Elo, A-L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. & Ørhede, E. (2001). Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid. STAMI-rapport Årg. 1(2)
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(4), 367–371
- Slade, M. (2010). Measuring Recovery in Mental Health Services. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. Vol 47(3), 206-212
- Slade, M. (2012). Everyday Solutions for Everyday Problems: How Mental Health Systems Can Support Recovery. *Psychiatric Services* Vol. 63(7), 702-704
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M. & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10(1), 36-45
- Topor, A., Skogens, L. & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice, *Advances in Dual Diagnosis*, <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>

- Tsai, J., Salyers, M.P. & McGuire, A.B. (2011). *A Cross-Sectional Study of Recovery Training and Staff Attitudes In Four Community Mental Health Centers*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 34(3), 186-193
- Vassenden, A., Bergsgard, N.A. & Lie, T. (2013). Ryktet forteller hvor du bor. Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere. Rapport IRIS – 2012/316 Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet, Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/rapporter2013/iris\\_ryktet\\_forteller\\_hvor\\_du\\_bor.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/rapporter2013/iris_ryktet_forteller_hvor_du_bor.pdf)
- Vibeto, R.P., Borg, M., Sjøfjell, T.L., Biong, S.N. & Karlsson, B. E. (2019). Relasjonell recovery – utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 16(2), 90-100
- Von Greiff, N., Skogens, L., & Topor, A. (2018): Supporting recovery in social work with persons having co-occurring problems – clients’ and professionals’ perceptions, *Nordic Social Work Research* <https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1520739>
- Walsh, F. P., Meskell, P., Bruke, E. & Dowling, M. (2017). Recovery-based training in mental health: Effects on staff knowledge and attitudes to recovery. *Informa Healthcare*, Vol. 38(11), 886-895 <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1346014>
- Wännström, I., Peterson, U., Åsberg, M., Nygren, Å. & Gustavsson, J. P. (2009). Psychometric properties of scales in the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPS Nordic): Confirmatory factor analysis and prediction of certified long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 231–244
- Webb, P. & Bain, C. (2011). *Essential epidemiology – An introduction for Students and Health Professionals* (2. edition). United Kingdom: Cambridge
- Weinberg, C. M. (2013). Hope, Meaning and Purpose: Making Recovery Possible. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 124-125
- Westerlund, H. (2012). *Tekster om definisjoner av brukerperspektivet i psykisk helsearbeid*. Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf>
- Aakerholt, A., Veia, A. & Tønnesen, B.L. (2016). *Hjelp til å bo*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## **9.0 Vedlegg: Informasjonsskriv, samtykkeerklæring og spørreundersøkelse**

## Vil du delta i forskningsprosjektet ”Recoveryorientert rehabilitering i kommunale boliger”?

### Formål

Vi ønsker å invitere deg som er ansatt ved eller i apparatet rundt en kommunal bolig til å delta i et forskningsprosjekt om recoveryorientert rehabilitering. Deltakelse i prosjektet innebærer at du fyller ut et spørreskjema som handler om hvordan du opplever din arbeidshverdag, recoveryorientert praksis, og arbeidsmiljøet på din arbeidsplass. I tillegg til spørreundersøkelsen for ansatte, vil det bli gjennomført en spørreundersøkelse for beboere. Disse undersøkelsene vil inngå i en mastergradsoppgave, en doktorgradsoppgave og i vitenskapelige artikler, og vil kunne brukes som grunnlag for å påvirke recoveryorientering i praksis.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Spørreundersøkelsen er en del av et forskningsprosjekt i samarbeid mellom Universitetet i Sørøst-Norge (USN), og Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitetet (NMBU). Professor Stian Nissen Biong ved USN er prosjektleder. Førsteamanuensis Ruth Kjærsti Raanaas ved NMBU er ansvarlig for spørreundersøkelsen. Prosjektet finansieres av Norges Forskningsråd.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i spørreundersøkelsen fordi du er ansatt ved eller i apparatet rundt en kommunal bolig. Ansatte i kommunen eller staten tilknyttet en rekke kommunale boliger inviteres til å delta.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut spørreskjemaet to ganger; høsten 2018, og høsten 2019. Spørreskjemaet vil bli utdelt på papir. Det består av spørsmål om dine erfaringer og opplevelser på arbeidsplassen. Det vil ta omtrent 15-20 minutter å fylle ut.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller ditt ansettelsesforhold hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg fra spørreundersøkelsen.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ellen Valvåg (masterstudent ved NMBU) og Linda Nesse (stipendiat ved NMBU) vil gjennomføre spørreundersøkelsen.
- Ellen Valvåg (masterstudent), Linda Nesse (stipendiat), og Ruth Kjærsti Raanaas (veileder) vil ha tilgang til spørreskjemaene.

- Hvis du ønsker å delta vil spørreskjemaet ditt bli gitt en kode og knyttet til en navneliste. Denne koden og navnelisten vil brukes for å kunne kontakte deg for å fylle ut spørreskjemaet.
- Utfylte spørreskjemaer og navnelister vil oppbevares separat, låst og utilgjengelig for uvedkomne. Svarene vil bli lagret i et sikkert datasystem.
- Svarene dine vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig å kjenne igjen deg eller andre i resultatene som fremstilles i oppgaver eller artikler.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Datamaterialet vil slettes når forskningsprosjektet er slutt, senest 31.12.2022.

### **Dine rettigheter**

Som deltaker 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
- 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 USN 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:

- Stipendiat Linda Nesse: linda.nesse@nmbu.no eller 41613687
- Veileder og ansvarlig for spørreundersøkelsen, Ruth Kjærsti Raanaas: ruth.raanaas@nmbu.no eller 67231268
- Prosjektleder Stian Nissen Biong (USN): stian.biong@usn.no
- Personvernombud ved NMBU, Jan Olav Aarflot: jan.olav.aarflot@nmbu.no eller 67230250
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS: personvernombudet@nsd.no\_eller 55582117

Med vennlig hilsen,

Veileder/Prosjektansvarlig  
Ruth Kjærsti Raanaas

Stipendiat  
Linda Nesse

Masterstudent  
Ellen Valvåg

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Recoveryorientert rehabilitering i kommunale boliger* i regi av Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU), ved Ellen Valvåg (masterstudent), Linda Nesse (stipendiat), og Ruth Kjørsti Raanaas (førsteamanuensis), og har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger oppbevares og behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 31.12.2022.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Spørreundersøkelse: Recoveryorientert rehabilitering i kommunale boliger

Dette spørreskjemaet handler om recoveryorientert praksis og om hvordan du opplever din arbeidshverdag og arbeidsmiljøet der du jobber. Det er dine erfaringer og opplevelser som ansatt vi er interessert i. Vennligst les påstandene nedenfor og sett kryss for hvor enig eller uenig du er i hver enkelt påstand.

Dato: (dd/mm/åå): \_\_\_\_\_

### Recoveryorientert praksis

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant	Vet ikke
1. I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og på å hjelpe dem til å føle seg vel.							
2. Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.							
3. Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson om de ønsker.							
4. Brukere kan lett få tilgang til sin journal om de ønsker det.							
5. Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.							
6. Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.							
7. Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.							
8. Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med, osv.							
9. Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.							
10. Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.							
11. Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.							
12. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.							
13. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres seksuelle behov og interesser når de ønsker det.							
14. Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.							

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke relevant	Vet ikke
15. Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form, kontakt med familie og venner, hobbyer).							
16. Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport og hobbyer.							
17. Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).							
18. Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.							
19. Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.							
20. Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).							
21. Personer i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer og tjenester.							
22. Personer i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.							
23. Personer i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.							
24. Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller avslutte tjenestetilbudet.							
25. Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.							
26. Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.							
27. Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.							
28. Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livsstil og interesser.							
29. Personer i recovery deltar i opplæring og utvikling for ansatte ved botilbudet.							
30. Ansatte i botilbudet har jevnlig tilbud om opplæring i kulturell kompetanse.							
31. De fysiske omgivelsene i dette botilbudet er verdige og innbydende (f.eks. inngangspartiet, fellesarealene, leilighetene, osv.)							
32. Tjenestene i dette botilbudet er tilpasset til hver enkelt bruker sin unike bakgrunn og sine livserfaringer.							



## Spørsmål om din arbeidsplass

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?	Svært sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Svært ofte eller alltid
1. Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet ditt fra arbeidskollegene dine?					
2. Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i arbeidet ditt fra din nærmeste sjef/leder?					
3. Om du trenger det, er dine arbeidskolleger villige til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet?					
4. Om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet?					
5. Bli dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?					
6. Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskolleger?					
7. Oppmuntrer din nærmeste sjef/leder deg til å delta i viktige avgjørelser?					
8. Oppmuntrer din nærmeste sjef/leder deg til å si fra når du har en annen mening?					
9. Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?					
10. Prøver din nærmeste sjef å løse problemer med en gang de dukker opp?					
11. Tar de ansatte selv initiativ på ditt arbeidssted?					
12. Bli de ansatte oppmuntret til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre på ditt arbeidssted?					
13. Er det god nok kommunikasjon i din avdeling?					
14. Er det fastsatt klare mål for din jobb?					
15. Vet du hva som er ditt ansvarsområde?					
16. Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?					
17. Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?					
18. Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?					
19. Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?					
20. Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier?					

## Demografiske spørsmål

### 1. Kjønn:

- Mann     Kvinne     Annet

### 2. Alder (i antall år):

- <21     21-30     31-40  
 41-50     51-60     >60

### 3. Fødeland: \_\_\_\_\_

### 4. Høyeste fullførte utdanning:

- Grunnskole  
 Videregående skole/yrkesskole/fagrev  
 Utdanning/kurs utover VGS  
 Bachelorgrad eller tilsvarende  
 Mastergrad eller tilsvarende

### 5. Har du helsefaglig utdanning?

- Nei     Ja

Hvis ja, med hvor lang varighet (i antall år)? \_\_\_\_\_

### 6. Har du sosialfaglig utdanning?

- Nei     Ja

Hvis ja, med hvor lang varighet (i antall år)? \_\_\_\_\_

### 7. Hvor lang arbeidserfaring har du som er relevant for din nåværende jobb (i antall år)?

- <1     1-3     4-8     >8

### 8. Har du brukererfaring/erfaringskompetanse?

- Ja     Nei     Ønsker ikke å svare på dette

### 9. Omtrent hvor stor stillingsprosent har du (inkludert ekstravakter/overtid)?

- <25%     25-49%  
 50-80%     >80%

### 10. Hvilken type kontakt har du med beboere i ditt arbeid?

Sett flere kryss hvis relevant.

- Ansikt til ansikt     På telefon  
 Via sms, epost, eller sosiale medier     Via andre personer  
 Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_

### 11. Hva består dine arbeidsoppgaver i?

Sett flere kryss hvis relevant.

- Klinisk arbeid med beboere  
 Sosialt arbeid med beboere  
 Administrativt/organisatorisk arbeid (inkludert inntaks- og vurderingssamtaler)  
 Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_

### 12. Hvor ofte har du i gjennomsnitt kontakt med beboere?

- Daglig     Ukentlig  
 Månedlig     Sjeldnere

**Har du noen kommentarer til slutt?**

**Takk for din deltakelse i spørreundersøkelsen!**



**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway