



Recovery-orientert praksis hos ansatte i botilbud for personer med ROP-lidelser

Betydningen av sosialt samspill og organisasjonsklima på arbeidsplassen

Recovery-Oriented Practice among Staff in Supported Housing for People with Co-Occurring Problems

The Significance of Social Interactions and the Organizational Climate in the Workplace

Ruth Kjærsti Raanaas

Professor, Institutt for folkehelsevitenskap, Fakultet for landskap of samfunn, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

ruth.raanaas@nmbu.no

Ellen Valvåg

MPH, Institutt for folkehelsevitenskap, Fakultet for landskap of samfunn, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

ellen.kristine.valvag@nmbu.no

Linda Nesse

PhD, Institutt for folkehelsevitenskap, Fakultet for landskap of samfunn, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

linda.nesse@nmbu.no

Sammendrag

Bakgrunn: Recovery-orientert praksis blant ansatte i botilbud for personer med ROP-lidelser er viktig for de ansattes muligheter til å støtte beboernes bedringsprosesser. Samtidig kan dette henge sammen med de ansattes egen opplevelse av støtte på arbeidsplassen. Recovery-orientert praksis kan videre utvikles gjennom deltagerorienterte metoder. Hensikten med denne studien var å utforske betydningen av en deltagerorientert metode (aksjon) for utvikling av recovery-orientert praksis, opplevd støtte på arbeidsplassen og sammenhengen mellom dette.

Metode: Vi benyttet et prospektivt komparativt forskningsdesign med to måletidspunkt (før og etter aksjonen), hvor ansatte i boliger som ikke deltok i aksjonen, utgjorde en referansegruppe. Totalt deltok 57 ansatte i studien, men kun 19 av disse (9 kvinner og 10 menn) besvarte spørreskjemaet både før og etter aksjonen. Recovery Self-Assessment (RSA-R) provided version, og spørsmål fra QPS Nordic ble benyttet.

Resultater: Vi fant ingen direkte effekt av aksjonen på recovery-orientert praksis. Derimot fant vi at aksjonsgruppa etter aksjonen hadde høyere skåre enn referansegruppa for opplevd støtte på arbeidsplassen. Etter aksjonen fant vi også en positiv sammenheng mellom flere av målene på sosial støtte og recovery-orientert praksis.

Konklusjon: Videre forskning er nødvendig for å utforske om deltagerorienterte tilnæringer kan bidra til utvikling av recovery-orienterte praksiser gjennom styrking av arbeidsmiljøet.

Nøkkelord

bofellesskap, bedringsprosesser, medvirkning, deltagelse, sosial støtte, arbeidsmiljø

Abstract

Background: Recovery-oriented practice in supported housing for people with co-occurring problems is important for staff's ability to promote recovery. This may relate to their experiences of support in the workplace. Recovery-oriented practice can further be developed through participatory methods. The purpose of this study was to explore the impact of a participatory method (action) on recovery-oriented practice, perceived support at the workplace, and the connection between them.

Methods: A prospective comparative research design was used, with data collected before and after the action, using employees at other housing facilities as a reference group. A total of 57 employees participated in the study, where 19 (9 women and 10 men) answered questionnaires before and after the action. The measures used were Recovery Self-Assessment (RSA-R) provider version, and questions from the QPS Nordic.

Results: We found no direct effect of the action on recovery-oriented practice. However, we found that the action group scored higher than the reference group on perceived support at work after the action. In addition, we found a positive relationship between measures of social support and recovery-oriented practice.

Conclusion: Further research is needed to explore whether participatory approaches can contribute to developing recovery-oriented practices through promoting supportive work environments.

Keywords

supported housing, recovery processes, participation, social support, work environment

Bakgrunn

Det å muliggjøre recovery (bedringsprosesser) for personer med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) er en sentral samfunnsoppgave, som er viktig for dem det gjelder og samfunnet som helhet. Recovery-orienterte praksiser er en betegnelse som brukes om ulike praksistilnærminger for å støtte bedringsprosesser (Davidson et al., 2008; Le Boutillier et al., 2011). I denne studien har vi utforsket hvordan recovery-orienterte praksiser kan utvikles blant helse- og sosialarbeidere tilknyttet botilbud for personer med ROP-lidelser, og hvordan praksisutvikling kan ha sammenheng med de ansattes egen opplevelse av støtte på arbeidsplassen.

Recovery-orienterte praksiser er en paraplybetegnelse på prinsipper som bør danne utgangspunkt for praksis. Tjenesteapparatet skal ha en tilnærming som gjør det mulig for brukerne å leve tilfredsstillende og meningsfylte liv til tross for helseutfordringer (Anthony, 1993; Ness et al., 2014). Dette krever at de ansatte utforsker og støtter faktorer som kan bidra til personenes egne bedringsprosesser, deriblant trygge og gode boforhold (Andvig et al., 2013). I tråd med dette legger norske myndigheter vekt på at personer med ROP-lidelser skal få støtte til å bo (Helsedirektoratet, 2012, s. 52). Kommunene har ansvar for å skaffe boliger og for tjenestetilbudet tilknyttet boligene (Husbanken, u.å.; Helsedirektoratet, 2012). De viktigste prinsippene ved recovery-orientert praksis synes videre å være hjelp og støtte, å tilrettelegge for samarbeid og gode relasjoner, fremme positiv identitet og bidra til å skape håp (Klevan et al., 2021). Dersom beboerne skal ha mulighet til å etablere nødvendige forutsetninger for bedringsprosesser, som å medvirke i utforming av sitt eget tjenestetilbud, fordrer det at fagpersonene møter dem med positive holdninger og tro på at de har ressurser og kunnskap (Von Greiff et al., 2018; Vibeto et al., 2019). Videre fremheves betydningen å fremme medborgerskap og sosiale roller som verdsettes i samfunnet gjennom tilrettelegging for samspill med lokalmiljøet (Hamer et al., 2019).

En rekke faktorer ved arbeidshverdagen kan imidlertid gjøre det krevende for de ansatte å arbeide i henhold til recovery-orienterte prinsipper. Dette kan handle om utfordrende organisatoriske rammer på arbeidsplassen som kultur, ledelse, prioriteringer og rammebetingelser som kan ha betydning for utvikling av relasjoner med beboere, og for ansattes faktiske muligheter til å støtte bedringsprosesser (Le Boutillier et al., 2011; Ramsdal, 2018). For eksempel kan det daglige arbeidet være preget av krav til effektivisering og rasjonalisering,

noe som kan begrense spillerommet og hvilken hjelp det er mulig å gi (Healy, 2009). Krav til tidsbruk i arbeidshverdagen kan for eksempel medføre barrierer for støtte av beboere (Midjo et al., 2020). Stor grad av turnover blant de ansatte kan videre vanskeliggjøre mulighetene for å bygge relasjoner og tillit mellom tjenesteyterne og beboerne (Le Boutillier et al., 2015).

For at ansatte skal kunne arbeide ut fra recovery-orienterte praksiser i den krevende arbeidshverdagen de står i, er imidlertid også deres egen opplevelse av støtte og trivsel på arbeidsplassen viktig (Andersen & Ness, 2015; Fleury et al., 2018; Kraus & Stein, 2013). Dette inkluderer opplevd støtte fra ledere og kollegaer, avklarte roller og oppgaver og et organisasjonsklima som tilrettelegger for fleksibilitet, slik at de ansatte kan møte den enkelte og tilpasse støtten til den enkeltes behov og ønsker (Fleury et al., 2018; O'Connell et al., 2005). Opplevelse av emosjonell støtte på arbeidsplassen er for eksempel forbundet med mindre jobbrelatert stress blant ansatte som jobber med bostedsløse i Kanada (Kerman et al., 2022).

Ulike intervensjoner har blitt prøvd ut med mål om å styrke recovery-orienterte praksiser, som psykoedukative tiltak og opplæring og bevisstgjøring av ansatte (Winsper et al., 2020). Slike metoder kan imidlertid komme til kort fordi de ikke grunnleggende sett bygger på recovery-orienterte prinsipper (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). Intervensjoner for å styrke recovery-orienterte praksiser bør forankres i den enkelte organisasjon, inkludere de involvertes ulike perspektiver og tilpasses konteksten (Borg et al., 2013). En tilnærming for å styrke og utvikle en recovery-orientert praksis er *deltagerorienterte metoder*, hvor ansatte og brukere deltar for å samskape praksis (Hummelvoll, 2011). En slik tilnærming innebærer stor grad av involvering av brukere og ansatte. For ansatte kan deltagelse og involvering i praksisutvikling også relateres til arbeidsmiljøet og styrke opplevelsen av støtte, noe som igjen kan ha betydning for hvordan ansatte utøver tjenestene.

Bakgrunnen for studien var et utviklingsprosjekt i et kommunalt botilbud for personer med ROP-lidelser, hvor målet var å utvikle en recovery-orientert praksis gjennom deltagerorienterte metoder. Hensikten med studien var å undersøke sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og sosial støtte på arbeidsplassen og hvordan dette kunne endres gjennom de deltagerorienterte metodene (aksjonen). Praksis og støtte blant ansatte i den aktuelle boligen ble sammenlignet med praksis og støtte blant ansatte i andre (referanse)boliger som ikke deltok i praksisutviklingen. Det å studere sammenhengen mellom recovery-orientert praksis, opplevelse av støtte på arbeidsplassen og hvordan dette kan styrkes gjennom deltagerorienterte tilnærminger, er ikke tidligere gjort og må sees på som en innovativ tilnærming. Vi belyste følgende forskningsspørsmål i denne studien:

- Er det endringer fra før aksjonen til etter aksjonen i recovery-orientert praksis og opplevelse av støtte blant ansatte, og har den eventuelle endringen vært ulik ved aksjonsforskningsboligen og referanseboligene?
- Er det sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og opplevelse av støtte på arbeidsplassen?

Metode

Forskningsdesign

Vi benyttet et prospektivt komparativt forskningsdesign med to måletidspunkt: ett før og ett etter den deltagerorienterte tilnærmingen (aksjonen) for utvikling av recovery-orientert praksis blant ansatte i kommunale boliger for personer med ROP-lidelser. Videre ble ansatte i aksjonsboligen sammenlignet med ansatte i referanseboliger som ikke hadde deltatt i den be-

skrevne praksisutviklingen. Forskningsdesignet legger til rette for å undersøke endring over tid samt å sammenligne på tvers av betingelser. Optimalt sett kan et slikt design muliggjøre en evaluering av praksisutvikling. Det første måletidspunktet var i 2018 (august–november) og det andre ett år senere – i etterkant av aksjonen i 2019 (juni–november).

Inkludering av boliger

Boligen hvor aksjonen fant sted, ble valgt ut før oppstart. Denne beslutningen ble tatt med utgangspunkt i et initiativ fra ledelsen i boligen. Botilbudet var samlokalisert; det besto opprinnelig av 40 leiligheter for personer med ROP-lidelser og hadde en tilhørende base av helse- og sosialarbeidere. En gruppe sammenlignbare boliger lokalisert i samme kommune ble valgt ut som referansegruppe i studien. Disse boligene var sammenlignbare ved at de tilbød leiligheter til personer med ROP-lidelser, var administrert av kommunen og hadde bemanning tilgjengelig. Både aksjonsforskningsboligen og boligene i referansegruppa la husleiekontrakter til grunn for boforholdet. Vi identifiserte og rekrutterte boligene i referansegruppa gjennom kommunens nettsider. Totalt seks ulike boliger ble vurdert å være relevante som referansegruppe. Vi kontaktet ledelsen ved de seks boligene via e-post eller telefon med spørsmål om deltagelse. Fem av disse ønsket å delta.

Beskrivelse av den deltagerorienterte metoden og konteksten

Den deltagerorienterte metoden ble ledet av en gruppe forskere tilknyttet Senter for psykisk helse og rus ved Universitetet i Sørøst-Norge og var en del av NFR-prosjektet «From double trouble to dual recovery: Increasing recovery-oriented rehabilitation and quality of life through collaborative partnership». Målet med metoden var å utvikle og etablere prinsipper for recovery-orientert praksis i den spesifikke boligen for å støtte beboerne i deres bedringsprosess. Denne aksjonen pågikk over ett år og var inndelt i ulike faser. I den første fasen (vår 2018) deltok ansatte og beboere i *kompetansegruppemøter* hvor formålet var å skape en felles forståelse av daværende praksis og behov, samt visjoner for det videre arbeidet i boligen. I den fasen ble det også gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte om deres refleksjoner rundt egen praksis. I den andre fasen (høst 2018) var flere ansatte og beboere involvert i *dialogbasert undervisning* sammen med forskerne. Her ble funn fra fokusgruppeintervjuene, recovery-forskning og funn fra studier med samme populasjon (Nesse et al., 2020) presentert og diskutert i grupper og i plenum. Spørsmål som ble diskutert i den dialogbaserte undervisningen, var hva det innebar å ha fokus på beboeres styrker og ressurser, hva de ansatte og beboerne opplevde at endringsarbeid og bedringsprosesser innebar for dem, og hva det ville si å jobbe fremtidsrettet. Det ble avholdt tre slike undervisningsmøter. Med utgangspunkt i disse diskusjonene ble det utarbeidet prinsipper for en recovery-orientert praksis i boligen. Disse handlet om *å tilrettelegge for tilhørighet blant beboerne, å fokusere på ressurser og styrker hos beboerne og å bedre samarbeidet innad i boligen og med eksterne samarbeidspartnere*. I den tredje fasen (2019) ble disse prinsippene integrert i den daglige praksisen ved boligen. Dette ble fulgt opp gjennom jevnlig *kompetansegruppemøter*, også utover den avgrensede perioden som beskrives i denne studien.

Samtidig som aksjonen pågikk, foregikk det også en omfattende omstrukturering og nedbygging av tjenestene ved boligen, som fikk konsekvenser for mulighetene til å jobbe med å utvikle praksis. Antallet ansatte ble nedskalert, og antallet leiligheter som var tilknyttet personalbasen, ble redusert. Dette innebar at det var en utskifting av ansatte og en variasjon i ansattes tilstedeværelse gjennom ulike deler av aksjonsforskningsprosessen. Det samme gjaldt beboere. Når det gjaldt boligene som utgjorde referansegruppa, var ingen av disse gjenstand for omorganisering i perioden studien pågikk.

Rekruttering og utvalg

Målgruppa i studien var helse- og sosialarbeidere som jobbet i tilknytning til beboerne i de inkluderte kommunale botilbudene. I og med at oppfølgingen av personer med ROP-lidelser som bor i kommunale boliger, er ulikt organisert, kunne dette være personer som var ansatt i en av boligene, var knyttet til en personalbase som arbeidet mot brukergruppa, eller på andre måter hadde kontakt med eller jobbet med beboere i en kommunal bolig.

Vi rekrutterte deltagerne via ansvarlige kontaktpersoner i de utvalgte boligene. Kontaktpersonene ved boligene fikk overlevert konvolutter inneholdende informasjonsskriv, skjema for samtykkeerklæring og spørreskjemaer, som de videreformidlet til de ansatte ved sine boliger. Informasjonsskrivet beskrev studiens hensikt og inneholdt informasjon om at vi ønsket deltagere som hadde regelmessig kontakt med beboerne. Informasjonsbrevet fremhevet også at deltagelse var frivillig, og understreket retten til å trekke seg når som helst under studien. Videre kunne de ansatte som ble invitert til å delta, selv vurdere om de var i målgruppa for studien. Ferdig utfylte samtykkeerklæring og spørreskjema kunne returneres til kontaktpersonen i boligen eller sendes i ferdig frankerte konvolutter til forskerne ved NMBU. For å kunne koble deltagelse før aksjonen til deltagelse etter aksjonen hadde hvert spørreskjema en påtrykt kode for den enkelte deltageren. Kodeboken ble oppbevart adskilt fra de utfylte spørreskjemaene. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Utvalget besto av totalt 57 ansatte. Blant disse deltok 42 før aksjonen (21 kvinner og 21 menn). Etter aksjonen var det 34 deltagere (20 kvinner og 14 menn). Av disse var det imidlertid kun 19 (9 kvinner og 10 menn) som også hadde besvart spørreskjemaet før aksjonen, altså på begge tidspunkt. Totalt delte vi ut 70 konvolutter i forkant av aksjonen, noe som betyr at svarprosenten var omtrent 60 %. Etter aksjonen delte vi ut 42 skjemaer beregnet til tidligere deltagere, samt noen nye skjemaer dersom flere ønsket å delta.

Måleinstrumenter og prosedyrer

For å måle recovery-orientert praksis benyttet vi spørreskjemaet Recovery Self-Assessment (RSA-R) provider version (O'Connell et al., 2005). Dette er benyttet i andre studier som har fellestrekk med denne (Kraus & Stein, 2013; Fleury et al., 2018), og er oversatt til norsk (Karlsson & Kim, 2015). Skjemaet består av 32 påstander om ansattes støtte til brukere gjennom recovery-orientert praksis. De 32 påstandene inngår i subkategoriene *livsmål* (11), *involvering* (5), *mangfold i tjenestetilbudet* (5), *valgmuligheter* (5) og *personorientering* (4) samt to påstander om å ha en *inviterende holdning* (O'Connell et al., 2005). *Livsmål* omhandler å oppmuntre brukere til å føle håp, tro på at de kan gjøre egne livsvalg og hjelp til å utvikle livsmål. *Involvering* omhandler å oppmuntre brukere til deltagelse og medvirkning av tjenestene som gis. *Mangfold* omhandler mangfoldighet i tjenestetilbudet hva gjelder ulike personlige behov. *Valgmuligheter* omhandler brukernes mulighet til valg og innsyn i sin egen sak samt fravær av press og trusler. *Personorientering* omhandler personlig oppfølging av den enkelt brukeren. *Inviterende* omhandler det første møtet med brukerne og kvaliteter ved de fysiske omgivelsene. Respondentene hadde fem svaralternativer for hver påstand langs en skala fra *helt uenig* (= 1) til *helt enig* (= 5). Videre hadde de svaralternativene *ikke relevant* (= 99) og *vet ikke* (= 98). Cronbachs α var samlet sett 0,84 før aksjonen og 0,92 etter aksjonen.

For å måle opplevd støtte på arbeidsplassen benyttet vi utvalgte subkategorier fra spørreskjemaet QPS Nordic (Skogstad et al., 2001). Dette er et validert spørreskjema som er mye benyttet i Norge (Dallner et al., 2000). Subkategorier vi inkluderte, var opplevelse av *sosialt samspill* (6 spørsmål), *lederskap* (4 spørsmål), *organisasjonsklima* (3 spørsmål) og *rollefor-*

ventninger (7 spørsmål). Disse valgte vi ut da vi vurderte at de var særlig relevante for problemstillingen. *Sosialt samspill* omhandler støtte, hjelp og verdsetting fra nærmeste leder og arbeidskollegaer. *Lederskap* omhandler lederens oppmuntring til medbestemmelse blant de ansatte, løsningsorientering og støtte til videreutvikling. *Organisasjonsklima* omhandler kommunikasjonen på arbeidsplassen og de ansattes mulighet til å ta initiativ og bidra til utvikling av arbeidet. *Rolleforventning* omhandler hvor avklarte mål og ansvarsområder det er for stillingen, opplevelse av motstridende forventninger og å måtte jobbe i strid med sine egne verdier. Svaralternativene gikk langs en skala med fem svaralternativer – fra *sjelden eller aldri* (= 1) til *svært ofte eller alltid* (= 5). Fem av spørsmålene ble reversert før de ble benyttet i videre analyser, slik at høyere skårer indikerte høyere grad av opplevd støtte. Cronbachs α var samlet sett 0,92 før aksjonen og 0,91 etter aksjonen.

Demografiske variabler som ble inkludert var kjønn, alder (i kategorier), fødeland, utdanningsvarighet, type utdanning, antall år med arbeidserfaring, brukererfaring eller erfaringskompetanse og stillingsprosent. I tillegg spurte vi om kontaktfrekvensen med brukerne: daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere samt type kontakt: ansikt til ansikt, via e-post eller sosiale medier, per telefon eller via andre personer. Dette gjorde vi for å kontrollere om deltagerne hadde roller i botilbudene som var relevante med tanke på studiens hensikt.

Statistiske analyser

Innledningsvis gjennomførte vi deskriptive analyser for å kartlegge selvrapportert recovery-orientert praksis og opplevelse av støtte på arbeidsplassen. Cronbachs α ble kalkulert for hver av subskalaene. For RSA-R hadde subskalaene relatert til det å ha en *personorientert* og *inviterende* tilnærming lav Cronbachs α . I de sammenlignende analysene er subskalaen som måler *personorientering*, derfor kun basert på tre av de fire spørsmålene som høynet α (fra -,15 til ,30), mens *inviterende* tilnærming er utelatt i de sammenlignende analysene. For å teste om det var ulikhet mellom aksjons- og referansegruppa ved første og andre måletidspunkt, gjennomførte vi uavhengige t-tester. Paret t-test ble benyttet for å teste endring fra før aksjonen til etter aksjonen for aksjonsgruppa og referansegruppa separat. Videre testet vi forskjellen i endring mellom de to gruppene ved hjelp av uavhengig t-test og lineær regresjon. Det siste var for å kontrollere for nivået før aksjonen ble innført. For å undersøke sammenhenger mellom recovery-orientert praksis og opplevd støtte på arbeidsplassen etter aksjonen benyttet vi lineær regresjon, hvor støtte ble behandlet som uavhengig variabel og recovery-orientert praksis som avhengig variabel. Disse analysene er kontrollert for kjønn og alder. P-verdier mindre eller lik 0,05 ble vurdert som statistisk signifikante. Vi vurderte å estimere statistisk styrke for å fastsette hvor stor effektstørrelse som ville være nødvendig for å fastslå endring i recovery-orientert praksis, men fordi det ikke var mulig å finne gode referanseverdier for måleinstrumentet RSA-R, ble ikke dette gjort. Dataanalyser gjennomførte vi ved å bruke SPSS versjon 26.

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Til sammen deltok 57 personer på de to måletidspunktene. Demografisk informasjon for samtlige er presentert i tabell 1. Som tabellen viser, var det noen flere kvinner enn menn i det totale utvalget. De fleste (63,2 %) var mellom 30 og 50 år og var født i Norge. Når det gjaldt skolegang, hadde 64,9 % en bachelorgrad, mens 24,8 % oppga at høyeste utdanning var VGS med tilleggskurs. Blant de som hadde høyere utdanning, var sosialfaglig utdanning

noe mer vanlig enn helsefaglig utdanning. Over 50 % oppga å ha mer enn åtte års relevant arbeidserfaring. I utvalget var det 24,6 % som skrev at de selv hadde brukererfaring. Langt de fleste deltagerne hadde kontakt med beboere daglig eller ukentlig, og kun 7 % av det totale utvalget ($N = 57$) oppga at de hadde sjeldnere kontakt med beboerne. Når det gjaldt type kontakt, svarte 98,2 % at de hadde kontakt med beboerne ansikt til ansikt.

Tabell 1. Demografiske karakteristika for det totale utvalget ($N = 57$)

		<i>n</i> (%)
Kjønn	Kvinner	32 (56,1)
	Menn	25 (43,9)
Alder	21–30	14 (24,6)
	31–40	18 (31,6)
	41–50	18 (31,6)
	51–60	6 (10,5)
	> 60	1 (1,8)
Fødeland	Norge	46
	Annet land i Vesten	3
	Ikke besvart	8
Utdanning	Grunnskole	3 (5,5)
	VGS	2 (3,5)
	VGS m/kurs	9 (15,8)
	BA	37 (64,9)
	MA	6 (10,5)
Helsefaglig utdanning	Ja	19 (33,3)
Sosialfaglig utdanning	Ja	29 (50,9)
Arbeidserfaring (antall år)	<1	1 (1,8)
	1–3	10 (17,5)
	4–8	14 (24,6)
	> 8	31 (54,4)
Brukererfaring	Ja	14 (24,6)
	Nei	40 (70,2)
Stillingsprosent	< 25	3 (5,3)
	25–49	6 (10,5)
	50–80	2 (3,5)
	> 80	45 (78,9)
Kontaktfrekvens	Daglig	36 (63,2)
	Ukentlig	17 (29,8)
	Månedlig	4 (7,0)
Type kontakt	Ansikt til ansikt	56 (98,2)
	E-post eller sosiale medier	37 (64,9)
	Telefon	30 (52,6)
	Via andre personer	17 (29,8)

Recovery-orientert praksis og støtte på arbeidsplassen

Tabell 2 viser nivået for recovery-orientert praksis før aksjonen. Det å forsøke å støtte beboeres *livsmål* og *valgmuligheter* var det som flest rapporterte at de fikk til i praksis. Under *livsmål* var de fleste enig i at bedring er en mulighet for alle ($m = 4,48$, $sd = ,84$), at de hjalp alle beboerne i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer ($m = 4,64$, $sd = ,49$), oppmuntret beboerne til å ta sjanser og forsøke nye ting ($m = 4,63$, $sd = ,54$) og til å føle håp ($m = 4,45$, $sd = ,67$). Under *valgmuligheter* benektet de aller fleste at de brukte trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke beboerne ($m = 4,76$, $sd = ,68$), og de sa seg enig i at de lyttet til og respekterte de avgjørelsene beboere selv tok som gjaldt deres egen behandling og omsorg ($m = 4,45$, $sd = ,80$). Også subskalaene relatert til det å ha en *personorientert* og *inviterende tilnærming* fikk høye skårer.

Subskalaene som færrest rapporterte å jobbe etter i praksis, var *involvering* og *mangfold*. Det kom spesielt tydelig fram for enkeltspørsmål knyttet til *involvering*, hvor mange sa seg uenig i at de oppmuntrer beboerne til å delta i ledelse av botilbudet ($n = 26$, $m = 2,08$, $sd = 1,47$), og opplæring og utvikling for ansatte ($n = 21$, $m = 2,98$, $sd = 1,40$). For enkeltspørsmål om *mangfold* var relativt få enig i utsagn om at de introduserte beboerne til andre personer som er i en aktiv bedringsprosess, og som kunne bidra som rollemodeller ($n = 31$, $m = 2,94$, $sd = 1,53$). Få sa seg videre enig i at de tilbyr beboerne å diskutere seksuelle behov og interesser ($n = 35$, $m = 3,26$, $sd = 1,38$). For svarene med lavere skårer var det også interessant å merke seg at mange hadde unnlatt å svare på disse, eller hadde svart at spørsmålene ikke var relevante for dem.

Tabell 2. Recovery-orientert praksis før aksjonen (N = 42)

	Cronbachs α	n	m (sd)
<i>Livsmål</i>	,74	42	4,21 (.47)
<i>Involvering</i>	,57	38	3,42 (.96)
<i>Mangfold</i>	,40	41	3,69 (.78)
<i>Valgmuligheter</i>	,41	42	4,32 (.46)
<i>Personorientering</i>	,30	42	4,06 (.57)
<i>Inviterende</i>	-,16	42	4,60 (.43)

Tabell 3 beskriver nivået av opplevd sosial støtte på arbeidsplassen før aksjonen. De fleste skåret høyest på subskalaene *sosialt samspill* og *organisasjonsklima*. Deltagerne i studien var i særlig grad enig i at deres nærmeste ledere ($m = 4,49$, $sd = ,93$) og arbeidskolleger ($m = 4,79$, $sd = ,68$) var villige til å lytte ved utfordringer på arbeidsplassen. Når det gjaldt *organisasjonsklima*, sa mange seg enig i at ansatte selv hadde mulighet til å ta initiativ på arbeidsplassen ($m = 4,57$, $sd = ,59$). Relativt sett var det færre som opplevde et støttende *lederskap*. Det inkluderte spørsmål om nærmeste leder oppmuntret ansatte til å delta i viktige avgjørelser, å si fra når de hadde en annen mening, eller å utvikle egne ferdigheter.

Tabell 3. Opplevd støtte på arbeidsplassen før aksjonen (N = 42)

	Cronbachs α	n	m (sd)
<i>Sosialt samspill</i>	,78	42	4,31 (.59)
<i>Lederskap</i>	,89	42	3,77 (.96)
<i>Organisasjonsklima</i>	,67	42	4,29 (.63)
<i>Rolleforventninger</i>	,81	42	4,02 (.58)

Betydningen av aksjonen for recovery-orientert praksis og støtte på arbeidsplassen

Da vi undersøkte ulikheter mellom aksjonsgruppa og referansegruppa både før og etter aksjonen, fant vi at det før aksjonen ($n = 42$) var en ulikhet i *personorientering*, et av målene på recovery-orientert praksis (tabell 4). Dette gikk imidlertid i favør av referansegruppa, som hadde en noe høyere skår før aksjonen. Det var ingen forskjell mellom de to gruppene på opplevd støtte på arbeidsplassen før aksjonen. Etter aksjonen ($n = 34$) fant vi ingen forskjell mellom aksjonsgruppa og referansegruppa når det gjaldt recovery-orientert praksis. Derimot fant vi at aksjonsgruppa hadde høyere skår for opplevd støtte på arbeidsplassen enn referansegruppa, både når det gjaldt *sosialt samspill* og *organisasjonsklima*. Da

vi sammenlignet verdiene, hadde ingen av de to gruppene høyere verdier etter aksjonen enn før aksjonen. Referansegruppa så imidlertid ut til å ha hatt en mer negativ utvikling av arbeidsmiljøet fra første måletidspunkt til andre måletidspunkt enn det aksjonsgruppa hadde.

Tabell 4. Sammenligning av skårer for recovery-orientert praksis og sosial støtte på arbeidsplassen for aksjonsgruppa og referansegruppa – før aksjonen og etter aksjonen.

	Før aksjonen				Etter aksjonen			
	Aksjon (<i>n</i> = 18)	Referanse (<i>n</i> = 24)	Gj.sn. ulikhet (CI = 95 %)	<i>p</i>	Aksjon (<i>n</i> = 14)	Referanse (<i>n</i> = 20)	Gj.sn. ulikhet (CI = 95 %)	<i>p</i>
Recovery-orientert praksis								
Livsmål	4,25 (.43)	4,18 (.51)	-,07 (-,37-,23)	,64	4,41 (.43)	4,08 (.56)	-,33 (-,69-,04)	,08
Involvering	3,35 (.96) ¹	3,47 (.99) ²	,12 (-,52-,77)	,70	3,08 (.86)	3,52 (1,04) ⁴	,43 (-,30-1,17)	,24
Mangfold	3,55 (.88)	3,81 (.69) ³	,26 (-,23-,76)	,29	3,65 (.66)	3,71 (.97)	,06 (-,55-,67)	,84
Valgmuligheter	4,44 (.42)	4,24 (.47)	-,19 (-,48-,09)	,18	4,33 (.54)	4,14 (.53)	-,19 (-,57-,19)	,31
Personorientering ^a	4,00 (.47)	4,44 (.58)	,32 (-,02-,67)	,05*	4,24 (.75)	3,98 (.81)	-,17 (-,77-,42)	,56
Sosial støtte								
Sosialt samspill	4,50 (.55)	4,17 (.59)	-,33 (-,70-,03)	,07	4,39 (.63)	3,92 (.69) ⁴	-,47 (-,94-,00)	,05*
Lederskap	4,03 (.97)	3,57 (.93)	-,45 (-1,05-,14)	,13	3,81 (.81)	3,49 (.98) ⁴	-,32 (-,96-,32)	,33
Organisasjons- klima	4,48 (.60)	4,14 (.63)	-,34 (-,73-,05)	,08	4,29 (.61)	3,77 (.75) ⁴	-,51 (-1,02-,01)	,05*
Rolleforventning	4,13 (.57)	3,93 (.58)	-,21 (-,57-,16)	,26	3,91 (.81)	3,56 (.52) ⁴	-,36 (-,83-,12)	,13

p-verdier er basert på uavhengig *t*-test.

^asubskala basert på tre av fire items (Cronbachs $\alpha = ,30$)

¹*n*=17

²*n*=21

³*n*=23

⁴*n*=19

Da vi undersøkte endringen i recovery-orientert praksis og sosial støtte på arbeidsplassen fra perioden før aksjonen til etter aksjonen for aksjonsgruppa og referansegruppa, basert på de deltagerne som hadde svart på begge tidspunkt (*n* = 19), var det kun på *organisasjonsklima* at vi fant en gruppeforskjell (tabell 5). Her fant vi at referansegruppa hadde en signifikant forverring i organisasjonsklima fra første til andre måletidspunkt. Vi fant også en signifikant forskjell mellom de to gruppene på organisasjonsklima, selv om det ikke var noen signifikant endring for aksjonsgruppa fra før aksjonen til etter.

Tabell 5. Endringen i recovery-orientert praksis og sosial støtte fra før til etter aksjonen for aksjonsgruppa (n = 8) og referansegruppa (n = 11), analysert ved hjelp av t-tester og lineær regresjon

	Gruppe	Gj.sn. endring (95 % CI)	p ^x	p ^y	p ^z
<i>Recovery-orientert praksis</i>					
Livsmål	Kontroll	-,09 (-,30-,12)	,35		
	Aksjon	,03 (-,40-,47)	,86	,52	,38
Involvering	Kontroll	,15 (-,72-1,02) ¹	,70		
	Aksjon	-,31 (-1,05-,43) ²	,34	,39	,12
Mangfold	Kontroll	-,26 (-,66-,13)	,17		
	Aksjon	-,15 (-,97-,68)	,69	,75	,95
Valgmuligheter	Kontroll	,07 (-,15-,28)	,49		
	Aksjon	-,17 (-,68-,33)	,45	,28	,54
Personorientering	Kontroll	-,29 (-,80-,22)	,24		
	Aksjon	-,19 (-,75-,38)	,46	,77	,93
<i>Sosial støtte</i>					
Sosialt samspill	Kontroll	,10 (-,31-,51) ¹	,59		
	Aksjon	-,08 (-,36-,20)	,50	,43	,89
Lederskap	Kontroll	,20 (-,48-,88) ¹	,52		
	Aksjon	-,22 (-,80-,37)	,41	,31	,97
Organisasjonsklima	Kontroll	-,40 (-,80-<,001) ¹	,05*		
	Aksjon	,08 (-,27-,44)	,60	,06	,05*
Rolleforventning	Kontroll	-,30 (-,69-,09) ¹	,11		
	Aksjon	-,16 (-,67-,35)	,48	,61	,44

p^x basert på paret t-test.

p^y Angir forskjell i endring mellom aksjonsgruppa og kontrollgruppa. Basert på uavhengig t-test.

p^z Angir forskjell i endring mellom aksjonsgruppa og kontrollgruppa. Basert på regresjon/ ANOVA og kontrollert for skårer for aksjonen.

¹n = 10

²n = 7

Før aksjonen fant vi ingen sammenheng mellom sosial støtte og recovery-orientert praksis for noen av subskalaene. Etter aksjonen fant vi en positiv sammenheng mellom opplevelse av *sosialt samspill* og det å skape *livsmål* og *valgmuligheter* (se tabell 6). Vi fant også en positiv sammenheng mellom *organisasjonsklima* og det å arbeide for å skape *livsmål*. For *rolleforventning* fant vi en negativ sammenheng med det å legge opp til *mangfold* i tilbudet (se tabell 6).

Tabell 6. Sammenheng mellom sosial støtte på arbeidsplassen og recovery-orientert praksis etter aksjonen (N = 34)

Støtte på arbeids-plassen	Recovery-orientert praksis etter aksjonen				
	<i>Livsmål</i>	<i>Involvering</i>	<i>Mangfold</i>	<i>Valgmuligheter</i>	<i>Person-orientering</i>
<i>Sosialt samspill</i>	,28 (,03-,53)*	,12 (-,45-,69)	-,20 (-,62-,23)	,39 (,15-,64)*	,13 (-,26-,52)
<i>Lederskap</i>	,14 (-,06-,34)	,01 (-,42-,45)	-,13 (-,45-,20)	,20 (-,01-,40)	-,03 (-,33-,27)
<i>Organisasjons-klima</i>	,30 (,07-,53)*	,02 (-,53-,58)	-,12 (-,53-,28)	,20 (-,06-,46)	,20 (-,16-,56)
<i>Rolle-forventninger</i>	,05 (-,24-,34)	-,28 (-,93-,38)	-,49 (-,90-,08)*	,17 (-,12-,47)	,09 (-,33-,50)

Analysene er kontrollert for alder og kjønn.

* p < 0,05

Diskusjon

I denne studien utforsket vi en deltagerorientert metode for å styrke recovery-orientert praksis blant ansatte i et kommunalt botilbud for personer med ROP-lidelser. Som i andre studier om botilbud for denne målgruppa (Midjo et al., 2020) hadde de ansatte ulik fagbakgrunn; en betydelig del rapporterte å ha sosialfaglig eller helsefaglig utdanning. Mange hadde flere års arbeidserfaring i sektoren og kan derfor anses som erfarne. Det er videre interessant å merke seg at en fjerdedel av deltagerne oppga at de hadde brukererfaring eller erfaringskompetanse knyttet til rus eller psykisk helse.

Når det gjelder selvrapportert recovery-orientert praksis før aksjonen, var de ansatte både i aksjonsgruppa og referansegruppa i stor grad enig i at det var viktig å støtte beboernes *livsmål og valgmuligheter*, mens de ansatte i referansegruppa skåret høyere på *personorientering*. Det er usikkert hva som kan være årsaken til det. Videre oppga de ansatte i begge gruppene at de hadde et begrenset fokus på *involvering og mangfold* i botilbudene. *Involvering*, slik som å tilrettelegge for at beboere kan påvirke og ha innflytelse på de tjenestene de mottar, er i andre studier funnet å ha stor betydning for den enkeltes boforhold og trivsel (Andvig & Hummelvoll, 2015). *Mangfold* i tjenestene, slik som å legge til rette for at beboere kan komme i kontakt med personer med brukererfaring, eller å muliggjøre samtaler om vanskelige temaer, som eksistensielle og seksuelle behov, er i andre studier trukket fram som betydningsfullt (De Ruyscher et al., 2017). Det at dette nedprioriteres, kan tenkes å henge sammen med rammebetingelser, som tidspres og rigiditet i hvordan arbeidet skal utføres, slik det er rapportert i andre studier (Fugletveit & Hansen, 2013; Healy, 2009; Midjo et al., 2020).

Før aksjonen mente de ansatte i begge gruppene at det *sosiale samspillet og organisasjonsklimaet* på arbeidsplassen fungerte nokså godt. Samtidig var det få som opplevde *lederskapet* tilknyttet botilbudene som tilstrekkelig støttende, noe som blant annet innebar begrensede muligheter til å medvirke i viktige prosesser på arbeidsplassen. En av faktorene som ble fremhevet som særlig viktig, var oppmuntring fra nærmeste leder. Dette harmonerer med funn fra andre studier som har utforsket arbeidsforhold blant ansatte som arbeider med personer med ROP-lidelser (Fleury et al., 2018; Andersen & Ness, 2015). Helsearbeidere som jobber med unge voksne med ROP-lidelser, har fremhevet viktigheten av gode arbeidsbetingelser for å oppleve arbeids glede og å kunne yte god hjelp (Andersen & Ness, 2015). Samtidig rapporterte Andersen og Ness (2015) at krav til effektivitet og prioriteringer ble opplevd å være så stort blant helsearbeiderne at det rammet arbeidsgleden. Også blant ansatte i kommunale botilbud er krav til effektivitet beskrevet som et hinder for god og fleksibel praksis (Midjo et al., 2020).

Etter aksjonen fant vi ingen forskjeller mellom aksjonsgruppa og referansegruppa når det gjaldt recovery-orientert praksis. Den tidligere forskjellen i favør av referansegruppa i *personorientering* var dermed visket ut. Ved sammenligning av recovery-orientert praksis over tid for ansatte i aksjonsgruppa og ansatte i referansegruppa var det heller ingen signifikante forskjeller. Det indikerer at aksjonen som ble gjennomført, ikke kan sies å ha hatt en direkte sammenheng med ansattes recovery-orienterte praksis.

I tråd med hva vi kan forvente ut ifra aksjonens betydning for ansattes opplevelser av støtte, rapporterte de ansatte i aksjonsgruppa om større grad av *sosialt samspill* og et bedre *organisasjonsklima* på arbeidsplassen etter aksjonen enn de ansatte i referansegruppa. Begge de to gruppene hadde imidlertid en negativ utvikling for sosial støtte gjennom perioden da studien pågikk. Da vi utforsket endringer i opplevd sosial støtte fra før aksjonen til etter aksjonen for de to gruppene, fant vi imidlertid at de ansatte i aksjonsgruppa hadde en mindre negativ utvikling enn kontrollgruppa for *organisasjonsklima*. Det kan tolkes som at

de deltagerorienterte metodene for praksisutvikling kan ha bidratt til å stanse en negativ utvikling i en arbeidshverdag som er preget av fragmenterte tjenester og høye krav til effektivitet. At deltagerorienterte metoder, hvor de ansatte selv er involvert i utviklingen av praksis, kan ha innvirkning på organisasjonsklimaet på arbeidsplassen, samsvarer godt med hva man kan forvente ut ifra at det i utgangspunktet synes å være betydelige konkurrerende krav blant ansatte som jobber med personer med ROP-lidelser (Le Boutillier et al., 2015; Midjo et al., 2020). På den ene siden opplever de krav til å jobbe etter recovery-orienterte prinsipper, og samtidig har de liten mulighet til å påvirke sin egen arbeidshverdag og overordnede organisatoriske forhold ved arbeidsplassen.

Det å skape bedre arbeidsbetingelser, herunder å legge til rette for større grad av opplevd støtte på arbeidsplassen, kan påvirke den enkelte ansattes muligheter for å arbeide recovery-orientert. I denne studien fant vi en sammeheng mellom enkelte mål på sosial støtte på arbeidsplassen og recovery-orientert praksis etter aksjonen. For det første så vi at de som svarte at det *sosiale samspillet* var bedre, også svarte at de i større grad jobbet for å styrke *livsmål* og gi beboerne mulighet for *valg*. Når man selv opplever støtte og blir lyttet til, vil man være bedre i stand til å bidra til høyere grad av håp. Dette er også i tråd med funn fra kvalitative studier (Andersen & Ness, 2015; Midjo et al., 2020). På samme måte så vi at de som svarte at *organisasjonsklimaet* var bedre, i større grad svarte at de jobbet for å styrke *livsmål*. Som vi beskrev over, kjennetegnes et godt organisasjonsklima av at de ansatte opplever en god kommunikasjon på arbeidsplassen og åpenhet for å ta egne initiativ. I tillegg fant vi at de som opplevde avklarte *rolleforventninger*, svarte at de tilbyr *mindre grad av mangfold* i tjenesten. Det gir mening fordi recovery-orientert praksis gjerne forutsetter fleksibilitet og tilpasning, og det krever dermed at ansatte kan innta ulike oppgaver og roller, både overfor ulike beboere, på tvers av situasjoner og over tid. En tydelig avgrensning og fastsettelse av roller kan derfor gå på bekostning av recovery-orientert praksis. Andre studier har funnet at når ansatte opplever sine roller som friere, kan det gi større grad av mangfold i tjenestene (Fugletveit & Hansen, 2013).

Styrker og svakheter ved metoden

Denne studiens styrke var primært det innovative ved å undersøke recovery-orientert praksis, opplevelse av støtte på arbeidsplassen og hvordan dette kan styrkes gjennom deltagerorienterte tilnærminger i sammenheng. Svakheten var imidlertid at det var relativt få ansatte som deltok, som gjorde det utfordrende å finne effekter av aksjonen. En viktig årsak til den lave responsraten kan ha vært at aksjonsboligen gjennomgikk en omorganisering og nedbemanning i perioden datainnsamlingen fant sted. Dette kan imidlertid knyttes til utfordringer i sektoren, hvor det gis føringer for å drive recovery-orientert innen strikte rammebetingelser og krav til effektivitet (Le Boutillier et al., 2015). Denne nedbemanningen og omorganiseringen kan også ha vanskeliggjort utviklingen av en recovery-orientert praksis i aksjonsboligen. En forutsetning for å kunne tilby en praksis som kan styrke bedringsprosesser, er at det legges til rette for langvarige relasjoner mellom ansatte og beboere.

Konklusjoner og implikasjoner for praksis og videre forskning

I denne studien fant vi ingen direkte sammenheng mellom deltagerorienterte metoder for å styrke recovery-orientert praksis og selvrapportert utøvelse av en slik praksis. Resultatene kan imidlertid tolkes dithen at den deltagerorienterte tilnærmingen har hatt noen grad av betydning for arbeidsmiljøet, spesielt med tanke på det sosiale samspillet og organisasjonsklimaet. Vi fant også sammenheng mellom faktorer ved arbeidsmiljøet og recovery-ori-

entert praksis etter aksjonen. Det indikerer at involvering i utvikling av recovery-orientert praksis potensielt kan styrke opplevelsen av støtte på arbeidsplassen. For å styrke kunnskapen om recovery-orientert praksis anbefaler vi videre praksisutvikling gjennom deltagerorienterte tilnærminger kombinert med kvantitative og kvalitative undersøkelser av hvordan disse kan påvirke arbeidsmiljøet så vel som ansattes recovery-orientering i praksis.

Referanser

- Andersen, M. & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 109–118. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-02>
- Andvig, E., Lyberg, A. & Gonzalez, M.T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115–128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-02-03>
- Andvig, E. & Hummelvoll, J.K. (2015). From struggling to survive to a life based on values and choices: first-person experiences of participating in a Norwegian Housing First project. *Nordic Journal of Social Research*, 6. <https://doi.org/10.7577/njsr.2088>
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095655>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NAPHA Rapport nr 4/2013.
- Dallner, M., Elo, A-L., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., Lindström, K., Skogstad, A. & Ørheide, E. (2000). *Validation of the general Nordic Questionnaire (QPSNordic) for the Psychological and Social Factors at Work*. Nord 2000:12.
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J. & Kirk, T.A. (2008). From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273–290. <https://doi.org/10.1080/15504260802072396>
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264–279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Fleury, M-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J-M., Vallée, C. & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*, 4(6), 478–485. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66>
- Fugletveit, R. & Hansen, G.V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3). <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-03-03>
- Hamer, H. P., Rowe, M. & Seymour, C. A. (2019). ‘The right thing to do’: fostering social inclusion for mental health service users through acts of citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 297–305. <https://doi.org/10.1111/inm.12533>
- Healy, K. (2009). A case of mistaken identity: The social welfare professions and New Public Management. *Journal of Sociology*, 45(4). <https://doi.org/10.1177%2F1440783309346476>
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. 03/2012, IS-1948.
- Hummelvoll, J.K. (2011). Realisme i praksisnær forskning. *Sykepleien forskning*, 6, 288–291. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0177>

- Husbanken (u.å.). *Bolig for velferd 2014–2020*. Hentet fra: <https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/>
- Karlsson, B. & Kim, S.H. (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid – en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Forskningsrapport nr. 16. SFPR, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
- Kerman, N., Ecker, J., Tiderington, E., Gaetz, S. & Kidd, S.A. (2022). Workplace trauma and chronic stressors exposure among direct service providers working with people experiencing homelessness. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022629>
- Khoury, E. & Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *The British Journal of Social Work*, 45(suppl_1), i27–i44. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R. & Kim, H.S. (2021). Part III. Recovery-oriented practices in community mental health and substance abuse services: A meta-synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>
- Kraus, S.W. & Stein, C.H. (2013). Recovery-oriented services for individuals with mental illness and case managers' experience of professional burnout. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 7–13. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9505-2>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L.G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J. & Leamy, M. (2015). Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x>
- Midjo, T., Redzovic, S. E. & Carstensen, T. (2020). The complexity of work expectations of staff in supported housing. *Social Work in Mental Health*, 18(5), 482–500. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1785989>
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107–117. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Nesse, L., Gonzalez, M.T., Aamodt, G. & Raanaas, R.K. (2020). Recovery, quality of life and issues in supported housing among residents with co-occurring problems: a cross-sectional study. *Advances in dual diagnosis*, 13(2), 73–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-10-2019-0014>
- 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. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- Ramsdal, H.N. (2018). Fagpersoners recovery – mellom ansvarsfraskrivelse og ansvarsoversvømmelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 374–377. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-11>
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K., Elo, A-L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. & Ørhede, E. (2001). Brukerveiledning QPSNordic Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid. *STAMI-rapport 1(2)*.
- Vibeto, R.P., Borg, M., Sjøfjell, T.L., Biong, S.N. & Karlsson, B.E. (2019). Relasjonell recovery – utforskning av samarbeid som bidrag til personers recovery i et botilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 90–100. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-04>

- 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, 10*. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1520739>
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.J. & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical psychology review, 76*, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>