

Karlsson, B., Klevan, T. & Borg, M. (2022).
Recovery i psykisk helsefeltet – et eksempel
på neoliberalistisk forvandling i den norske
velferdsstaten? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet
(Red.), *Velferdsstatens transformasjoner*
(s. 142–164). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200906>

6

Recovery i psykisk helsefeltet

Et eksempel på neoliberalistisk forvandling i den norske velferdsstaten?

Bengt Karlsson, Trude Klevan & Marit Borg

Innledning

FNs spesialrapportør (Human Rights Council, 2020) slår fast at det er ingen helse uten psykisk helse. Rapportøren viser til at helsebegrepet må utvides fordi sosiale determinanter som fattigdom, økonomiske forskjeller og manglende menneskerettigheter har avgjørende betydning for menneskers psykiske og fysiske helse. I arbeidet med psykisk helse fremholder rapportøren at den medisinske modellen er utdatert og peker på recovery som en helt nødvendig tilnærming i psykisk helsearbeid. De siste 15 årene har recovery fått en sentral plass i utviklingen av norske helse- og velferdstjenester (Karlsson & Borg, 2021). Recovery startet i kampen for allmenne borger- og

menneskerettigheter. I dette perspektivet vektlegges selvbestemmelse, valgmuligheter og et selvstendig liv. Vi synes å se en tendens til at recovery i stadig økende grad innpasses i individualistiske krav om normalisering og tilpasning. I dette kapitlet diskuterer vi hvordan neoliberalistiske strømninger i den norske velferdsstaten styrer og former utvikling av praksiser i psykisk helsefeltet og fremelsker praksiser som kan standardiseres og telles. Vi tenker at recovery i psykisk helsefeltet står i fare for å bevege seg fra et kollektivt opprør til krav om en individualistisk standardisering. Recovery har et mangfoldig innhold og definisjoner som varierer fra hvem som spør og svarer, i hvilke kontekster dette gjøres i, og hva formålet er (Karlssoon & Borg, 2017). Vi kommer tilbake til dette.

Reformer i psykisk helsefeltet, som en del av velferdsstatens endringer, har forandret de grunnleggende mulighetsbetingelsene for feltets utvikling og fastsatt nye rammer for aktørenes deltakelse. Siden 1998 og frem til i dag har det pågått omfattende reformer i psykisk helsefeltet i Norge (Opptrappingsplanen for psykisk helse, rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen og «Sammen om mestring» er eksempler på reformer i feltet). Gjennom disse reformene er forskjellige styringslogikker satt i og på spill og uttrykker seg gjennom kontroll og styring av makt og kunnskap, disiplinering og selvdisiplinering. De ulike styringslogikker og den økende byråkratisering resulterer i krav om løpende endringer som igjen fastlegger væremåter som skal endre fagpersoners og brukeres ulike roller og identiteter. På den ene siden skal væremåter og praksiser standardiseres, dokumenteres og håndteres på nye måter. På den andre siden involveres de ulike parter i større grad i styringen, og slik sett får de avgjørende innflytelse på styringens suksess. Innen psykisk helsefeltet måles og defineres gjerne bedring i form av symptomreduksjon og arbeidsdeltakelse. Ansvar for å lykkes – eller ikke lykkes med dette – legges i stor grad på individnivå. Det handler om å være en motiverende behandler og om å være en endringsmotivert og autonom bruker. Som vi vil vise videre i dette kapitlet gir disse styringslogikkene lite rom for utvikling av recoveryorienterte praksiser.

Recovery – fra kollektivt opprør til faglig standardisering?

Litteraturen deler ofte recovery inn i tre ulike forståelser: klinisk recovery, personlig recovery og sosial recovery. Kort beskrevet reflekterer klinisk recovery resultatorientering utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer med fokus på objektive resultatmål og behandlingseffekter. Dette passer på mange måter inn i dagens byråkratiske styringsregime med vektlegging av målbare resultater. Personlig recovery forstås som subjektive erfaringer og prosesser og er særlig vektlagt i brukermiljøer med betoning av en personlig innsats, mot, valgmuligheter, tålmodighet og kraft. Sosial recovery innebærer en sosial prosess og legger vekt på samfunnsforhold og sosiale betingelser. Personens hverdagsliv og lokalmiljø, fellesskap, samspill og samarbeid med andre og levekår vies stor oppmerksomhet. Det handler om å ta kontrollen tilbake, finne mening og leve det livet personen ønsker og kan (Karlsson & Borg, 2021; Topor, Bøe & Larsen, 2022).

I Norge introduseres og utvikles recoverymodeller med høyst ulike forståelser, perspektiver og praksiser. I mange sammenhenger brukes begrepet recovery eller at tjenestene arbeider recoveryorientert uten at det sies noe om hva det faktisk innebærer, og hva som er forskjellig fra tidligere praksiser. Recovery kan slik sett ligne på hvilket som helst verdigrunnlag, behandlingsfilosofi eller arbeidsmodell. Recovery startet som, og var forankret i, aktivisme og opprør – et opprør mot undertrykkelse og marginalisering av personer som erfarte psykisk helsevansker. Det kollektive opprøret var inspirert av den amerikanske borgerrettskampen fra begynnelsen av 1960-tallet som fremholdt kravet om at *alle* mennesker var og er like verdige. Ut av borgerrettsbevegelsen vokste det en protestbevegelse der folk forlangte forbedringer av asylene og behandlingen av mennesker med psykiske helsevansker gjennom krav om likeverdige rettigheter og muligheter til alle. Begrepet citizenship, eller medborgerskap, er således nært knyttet til recovery. Frihet er grunnleggende for menneskeverdet. Et aspekt ved makt og undertrykkelse er at det skaper motkrefter og motmakt. Folk får mot til å reise seg, si ifra og gjøre opprør mot maktregimer og uverdighet. Nettopp slike erfaringer og situasjoner frembrakte recovery som kunnskapsområde og praksisformer. Brukeraktivisten Judi Chamberlain (1990) var en sentral talskvinne for rettigheter til mennesker med psykiske problemer og knyttet til røttene

til recovery. Frarøvelse av allmenne, sivile rettigheter og menneskerettigheter ble et viktig utgangspunkt for hennes aktivisme. Sammen med andre tok Chamberlain initiativ til organisasjonen The Psychiatric Survivor Movement i USA på 1970-tallet. Recoverybevegelsene i USA vokste fram gjennom denne aktivismen. Aktivistene fremholdt at recovery er alt som personen gjør for seg selv, og sammen med andre. Det handler om å holde fast i håp og tro på mulighetene, og å stille krav om at ens rettigheter ivaretas og oppfylles. Fokus var på menneskerettigheter og motarbeidelse av stigma, marginalisering og undertrykkelse. Slik bygger recovery på systematisert erfaringsbasert kunnskap der kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke, og det å ha valgmuligheter og rettigheter som innbygger fremheves (Karlsson & Borg, 2017).

Vi har overfor sett på opprøret mot menneskerettighetsbrudd. Et annet forhold er opprør mot det dominerende individualistiske og akontekstuelle psykiatriske paradigmat. Siden 1850-tallet har brukerorganisasjoner påpekt store begrensninger ved en snever psykiatrisk forståelse av menneskelige problemer med avvisning av personenes egne erfaringer. De historiske røttene fra 1960-tallet relatert til recovery, problematiserer det dominerende psykiatriske paradigmat. De psykiatriske sykehusene hadde svært begrensede resultater av sine innsatser gjennom flere tiår. Ideen om å isolere pasientene i sykehusavdelinger, atskilt fra sin hverdagskontekst, har i liten grad løst personers smerter, lidelser og livsproblemer. Deinstitutionaliseringen, med start på 1950-tallet, hadde som bakgrunn at innleggelse på sykehusene kunne påføre mer skade enn hjelp. Innleggelse førte med seg isolasjon fra familie og lokalmiljø, skam og stigma, avmakt, håpløshet og hjelpeløshet (Davidson et al., 2011). Sentrale forskere som Ervin Goffman, Franco Basaglia og Michel Foucault har på ulike vis dokumentert maktrelasjoner og dehumaniserende praksiser innen psykiske helsetjenester. Fellesområder er deres beskrivelser av umenneskelige og krenkende sider ved praksiser som skal være til hjelp, deres tydeliggjøring av farene ved pasientrollen og understreking av at personlig endring og utvikling har de beste vilkår i et samspill mellom personen og respektfulle omgivelser. Ingen skal defineres som *for* «psykisk lidende» til å kunne leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt lokalmiljø (Davidson, 2006).

Innenfor en recoveryorientert forståelse fremholdes en grunnleggende holdning om at vi er alle en del av den samme menneskeheten. Det inne-

bærer at alle har de samme rettigheter, ressurser, kompetanser og vekstpotensialer. Recovery betyr ikke nødvendigvis en «retur til fullverdig helse». Snarere utgjør det en aksept for at psykiske helseproblemer kan tåles og leves med. Det er mange måter å leve et liv på. De som erfarer psykisk helsevansker, trenger sosial støtte for å gjenoppbygge sine liv på meningsfulle og selvbestemmende måter. Slik kan de delta, bidra og oppleve seg som likeverdige borgere i samfunnet.

I 2019 er det som ofte betegnes som «recoverymodellen», blitt et dominerende paradigme i mange norske psykisk helsetjenester. Recovery står i fare for å bli kolonialisert og forvrengt av helsepolitiske beslutningstakere og «eksperter» på feltet. Helsedirektoratet skriver i «Veilederen for lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeid»:

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myniggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. I nordiske studier er recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. «Å komme seg» eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingssideologier. Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31–32).

Recovery plasseres her som utelukkende et faglig begrep og domineres slik av helsepolitiske føringer og faglige standarder og modeller. Mange norske kommuner beskriver at det er fattet beslutning på overordnet hold om at de skal innføre en «recoveryorientering» av sine tjenester innen psykisk helse og rus. Dette er vel og bra, men når recovery skal innføres eller implementeres, tenker vi at man fort kan komme på kollisjonskurs med de verdier og føringer som ligger i røttene til recovery. Hva er igjen av det kollektive opprøret og fokuset på menneske- og borgerrettigheter fra recoverybevegelsen?

Recovery i den norske velferdsstaten

Den norske velferdsstaten har røtter i europeisk tradisjon gjennom et radikalt brudd med fattiglovgivningen. I utviklingen av velferdssamfunnet i Norge var fellesskapet og offentlig ansvar viktige forutsetninger. Sentrale mål var å redusere økonomiske og sosiale forskjeller og bidra til sosial integrering og stabilitet. Kjernen i den skandinaviske velferdsmodellen er det offentlige ansvar for inntektssikring, helse og omsorg (Karlsson & Borg, 2013). Velferdsstaten inneholder ulike elementer av omfordeling – fra rike til fattige, fra friske til syke, fra arbeidsføre til arbeidsledige, fra yrkesaktive til pensjonister og barn. Folketrygden betraktes som selve hjørnesteinen i velferdsstaten. Tanken er at når vi har en stat som gir innbyggerne økonomisk trygghet, vil det være lettere å sikre stabilitet. Videre kan det bidra til å skape økonomisk vekst og til nødvendige omstillinger i samfunnet. Et annet sentralt forhold er at det skal lønne seg å jobbe. Mange av dagens velferdsordninger får man del i gjennom arbeidslivet. Den norske velferdsstaten er imidlertid under press. Det er bekymringer knyttet til kostnadene ved å opprettholde dagens velferdsordninger (Ekeland, 2021). En sentral utfordring er at større grupper opplever mer marginalisering og sosial ekskludering enn tidligere. Et mer komplekst samfunn, globalisering, endringer i familiestrukturen, økende grad av langtidsledighet, økonomisk og sosial ulikhet og fatigdom stiller nye krav til velferdsstaten. Det er også knyttet bekymringer til sterkere individualisme i det norske samfunn og nedbygging av fellesskaps-samlende tradisjoner og institusjoner (Karlsson & Borg, 2021). Dette skaper grobunn for segregering og større ulikhet. I de senere år er ulike problemstillinger knyttet til neoliberales ideer og tradisjoner realisert som New Public Management (NPM), blitt reist. Det pekes på at velferdsmodellen gradvis blir demontert ved at samfunnsutviklingen baserer seg på andre verdier og mål. Vi er i ferd med å gå fra en velferdsstat til en konkurransestat. Verdiene i velferdsstaten som solidaritet, fellesskap, demokrati, rettferdighet og omfordeling trues. Gjennom NPM blir fokus rettet mot effektmål, økonomisk gevinst, strømlinjeforming og sentralisering. Markedsorientering legges til grunn, og det offentlige skal styres etter den private sektorens prinsipper. Gjennom mekanismer som utskilling, oppsplittelse og konkurranseutsetting byråkratiseres og markedsrettes det offentlige stadig mer (Karlsson & Borg, 2013). Samtidig er det innenfor disse rammene recovery skal utvikles.

Forståelser av recovery innen psykisk helsefeltet og recoveryorientering av tjenester er tett forbundet med velferdsstatens utvikling og utfordringer. En økende tendens til individualisering av hvordan psykisk helseutfordringer forstås og søkes løst, kan i mange sammenhenger kobles sammen med kliniske og individualistiske forståelser av recovery. Relatert til de opprinnelige røttene til recovery, vil vi hevde at recoveryorientering av tjenester bør handle om å fokusere på rettigheter og utfordringer knyttet til levekår og de sosiale kontekster mennesker inngår i. Det er også nødvendig å rette fokus på de kontekster fagfolk jobber innenfor og hvilke muligheter og begrensninger disse gir for å kunne jobbe recoveryorientert. Fagpersoner arbeider i dag ofte innenfor motsetningsfulle diskurser. De skal støtte personens valg og samtidig følge rigide behandlingsmanualer. De skal utvikle trygge relasjoner og samtidig telle antallet konsultasjoner og sikre effektiv tidsbruk. De skal være personorienterte og samtidig arbeide evidensbasert (Ekeland, 2021).

Til tross for velferdsstatens mål og intensjoner om omfordeling av ressurser og ivaretagelse av alle borgere, har det til enhver tid vært definert verdige og uverdige klientgrupper. Det har vært de det var synd på og de som burde ta seg sammen. Det har vært de som har passet inn i systemenes retningslinjer, paragrafer og skjønnsmessige vurderinger, og de som faller mellom alle stoler eller rett og slett ikke defineres som «verdige trengende». De man kan forstå og de som er helt uforståelige. Personer med psykiske helsevansker kan lett falle mellom velferdsstatens ulike stoler og ikke få den hjelp de trenger. Velferdsstaten representerer samtidig en grunnleggende trygghet. Et problem for folk er fortsatt å få tilgang til rask, lett tilgjengelig og samordnet hjelp. Psykiske helseproblemer virker inn på en hel familie, og ofte er det flere involvert, som venner og kollegaer. Det er ulike mennesker som blir rammet både følelsesmessig og praktisk. Mye av det forutsigbare i hverdagslivet kan ramle sammen, og det er behov for å møte denne situasjonen på en måte som kan støtte og styrke familien og nettverket. Dette forutsetter lydhørhet og anerkjennelse for personens egne og andres forståelser og strategier, og åpenhet om hva som hjelper og ikke minst vektlegging av levekår og sosiale og kulturelle forhold (Karlsson & Borg, 2013).

Ideologisk og kunnskapsmessig effektivitet, standardisering og styring i psykisk helsefeltet

Pasienten først! Pasientens helsetjeneste! Se meg! Intet om oss uten oss. Dette er noen av slagordene i de senere års helse- og velferdspolitiske reformer. Slagordene skulle bidra til å styrke brukermedvirkningen og støtte personen i hans eller hennes livssituasjon. Samtidig har vi opplevd en økende strømlinjeforming og ensretting av tjenestene formet av New Public Management (Mørch Jensen, Borg & Karlsson, 2021). Innen psykisk helsefeltet startet reformene med Stortingsmelding nr. 25 (1998) «Åpenhet og helhet» (Sosial- og helsedepartementet, 1998). I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006» (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Det politiske og faglige grunnlaget i de to dokumentene er videreført i andre helsepolitiske dokumenter som «Fra bruker til borger», Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen, «Sammen om mestring» samt Folkehelsemeldingen og Primærhelsemeldingen.

Nødvendigheten av et utvidet perspektiv på psykisk helse er beskrevet i sentrale internasjonale helsepolitiske dokumenter de senere årene og løftes frem i rapporten ført i pennen av FNs spesialrapportør (Human Rights Council, 2020), som vi refererte til i kapittelets innledning. Rapporten konkluderer som nevnt med at det ikke finnes forskningsmessig belegg for den biomedisinske modellens dominans innen psykisk helse. Fremfor en fortsatt satsing på denne modellen anføres det at psykisk helseutfordringer må forstås, forebygges og løses sosialt. Videre løftes betydningen av å fokusere på rettigheter til personer som erfarer psykisk uhelse frem. Spesialrapportøren er svært klar i sine uttalelser og påpeker betydningen av å innføre et sosialt paradigme:

The crisis in mental health should be managed not as a crisis of individual conditions, but as a crisis of social obstacles which hinders individual rights. Mental health policies should address the «power imbalance» rather than «chemical imbalance» (Human Rights Council, 2020, s. 19).

Parallelt med reformene og endringene i forståelsen av og arbeidet med psykisk helse er det samme feltet blitt utsatt for reformer basert i ideologisk og kunnskapsmessig effektivisering, standardisering og byråkratisering.

Disse reformene begrunnes i New Public Management (NPM) og begreper som evidensbasert kunnskap og tilsvarende metoder (Ekeland, 2014). Samlet fremstår dette som både forståelser og praksiser av ideologisk og kunnskapsmessig effektivitet og standardisering. Det kommer til uttrykk i psykisk helsefeltet gjennom en tanke om at alt og alle kan måles med fokus på det kvantitative, samt en instruktiv og reduksjonistisk oppfatning av hva som er recovery, omsorg og behandling. Det som teller, er det som kan telles, og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid (Martinsen, 2005). Innføringen av NPM har tydeliggjort og realisert markedsliberalistiske idealer. Behandling og samarbeid omtales som produksjon. Fokus er på antallet konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømming av brukere, reduksjon av ventelister, budsjettkontroll og innsparinger. Det politiske kunnskapsregimet i NPM knyttes til økt effektivitet, til «eksperten vet best», og måling av resultater blir kopiert til psykisk helsefeltet. Dette skjer uten kritisk refleksjon i relasjon til det reformatoriske faglige innholdet som samtidig skal utvikles. Det diskuteres ikke at de strukturelle omveltningene som foregår gjennom NPM, kan medføre grunnleggende endringer av rammebetingelsene for realiseringen av faglig nytenkning og kunnskap. Videre problematiseres det heller ikke at disse reformene representerer barrierer og setter stopp for de humanistiske reformer som myndighetene samtidig skal gjennomføre. Med NPM er markedets logikk og markedet som modell innført. De grunnleggende prinsippene hentes fra en markedsliberalistisk ideologi knyttet til offentlig sektor gjennom NPM (Ekeland, 2011). Sentrale styringsprinsipper er reduksjon av de offentlige bevilgningene til velferd og helse til fordel for økte krav til effektivisering og sterkere, sentralisert økonomistyring. NPM representerer også et kunnskapsregime der økonomisk terminologi og begreper anvendes på utøvelsen av helsehjelp: produksjon – kvalitet – standardisering – tidsbruk. Modellene med «bestiller–utfører» og «pakkeforløp» kan eksemplifisere dette kunnskapsregimet (Ekeland, 2004, 2014). NPM fokuserer på styring og kontroll som de mest sentrale komponentene når det gjelder økonomi, produksjon og tidsbruk.

Styring og kontroll rammer også inn det *faglige* kunnskapsgrunnet. Behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer er oftest basert i én form for evidensbasert kunnskap som er utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Effektiviteten viser seg ved at det i tjenestene gjøres en rask utredning og diagnostisering og deretter en foreskrevet behandling.

Dette kunnskapssynet forsterker også ekspertveldet i ledelses- og fagfunksjoner. Det underminerer betydningen av det genuine møtet og betydningen av tid, faglig skjønn og relasjonelt samarbeid om og med psykisk helse (Joranger, 2009). Styringslogikken og begrepene om produksjonsteknologi i NPM har gitt økt krav om klinisk dokumentasjon av behandlingseffektive og kostnadseffektive behandlingsmetoder (Ekeland, 2004). NPM har innenfor psykisk helse bidratt til et vitensregime som økonomiserer behandling og standardiserer klinisk praksis. Fokus er på kvantitet – hvor mange konsultasjoner har dere per dag? Ikke på kvaliteten i møtene. Slik griper den økonomiske styringsmodellen direkte inn i kliniske praksiser og i fagpersoners faglige autonomi. Den utfordrer hvorvidt fagpersonen er å anse som en ansvarlig og myndig aktør, og brukeren som et deltakende og fritt subjekt. Ekeland (2004) hevder at denne autonome innrammingen mellom fagperson og borger prinsipielt må være til stede. Bryter denne autonomien sammen, bryter også den kliniske logikken sammen. Skal en borger ha tillit til en fagperson, må borgeren oppleve at fagpersonen er der for brukeren og ikke er bundet på hender og føtter av andre(s) interesser. Det er kjernen i samarbeidsrelasjonen – fagpersonens autonomi er en forutsetning for borgerens autonomi. Denne autonomien er også, slik vi forstår det, et helt avgjørende premiss i recoveryorientert samarbeid mellom bruker og fagperson. Recovery «er» ikke, men blir til gjennom dette samarbeidet. Da må samarbeidet også ha nødvendig rom til å utfolde seg.

Kunnskapsregimet i NPM fremstår som en udelelig enhet mellom økonomiserte fag og faglig økonomi, som gir opphavet til en modellmakt. Med Foucault (1972) kan dette omtales som en statlig styringskunst der makt og kunnskap er vevd sammen for å styre menneskers liv slik at én sannhet blir mer sann enn alle andre – den rette lære – og samtidig evner å marginalisere andre sannheter. Marginaliseringen innebærer at de som besitter makten – fornuftseierne – også bestemmer hvem som skal få anledning til å snakke, når og på hvilke premisser og med hvilke talemåter (Heede, 1992). Den medisinske modellmakten som styrer psykisk helsefeltet i Norge, er basert på et diagnosesystem som er utviklet innenfor subdisiplinen psykiatri. Her har man et språk som ser på psykiske vansker som sykdom (psykisk syke), og behandlingsmodellen er at eksperten (fagpersonen) skal gjøre den syke frisk. Det innebærer en objektivisering av den andre, samtidig som det styrker den asymmetriske relasjonen; eksperten blir enda mer ekspert. Fokuset blir på

ekspertens forklaringer og behandlingsmetoder og ikke på personens subjektive kunnskap om lidelsen, hva som hjelper og hvordan. Den medisinske modellmakten marginaliserer både den subjektive erfaringen og det faglige skjønnet – sannheten ligger i diagnosens objektive beskrivelser og foreskriving av en instruktiv behandling (Ekeland, 2004). I recovery er et meningsfullt liv i fokus – ikke diagnoser og symptomer. Fellesskap, rettigheter og autonomi kan ha ringe kår innenfor den psykiatriske modellen.

I utviklingen av recoveryorienterte praksiser kan noen sentrale kjennetegn representere klare utfordringer for helsebyråkratiets strømlinjeformede prosesser og prosedyrer. Forskning viser at recoveryorientert praksisutvikling bør starte lokalt i et bredt fellesskap der brukere, pårørende, frivillige, ledere, fagpersoner og andre interesserte deltar (Karlsson & Borg, 2017). De diskuterer først: «Hvordan forstår vi recovery her i Skien, i Trysil eller i bydel Gamle Oslo?». Deretter diskuterer gruppen: «Hva er på plass faglig sett og organisasjonsmessig hos oss? Hva begynner vi med? Hva skal vi gjøre mer av? Hva skal vi gjøre mindre av? Hva skal vi slutte med?». Fire områder går igjen både i litteratur og praksisutvikling. Det er: 1) Fremme medborgerskap gjennom å gi støtte til å oppleve et meningsfullt liv i lokalmiljø og ha fokus på rettigheter, sosial inklusjon og lokal- og samfunnsutvikling. 2) Støtte til personens egne recoverymål gjennom lydhørhet og lojalitet til personens ønsker og planer for sitt liv. Det legges vekt på å støtte valgmuligheter, se personens små skritt mot endring, ha mot og tåle uro. 3) Ha fokus på samarbeidsrelasjoner mellom bruker, familie og nettverk og fagpersoner. Anerkjennelse og likeverd er sentrale begreper. 4) Organisasjonsmessig lojalitet. Ledelsen må være med i praksis og støtte fagpersoner i deres endringsarbeider, bidra til kulturendringer og være oppmerksomme på systembarrierer. Recoveryorienterte praksiser innebærer nye resultatmål, nye rutiner, nye samarbeidsformer og nye dokumentasjonssystemer (Karlsson & Borg, 2017).

Refleksiv styring

Ekeland (2014) viser til begrepet refleksiv styring, som søker å fange karakteristiske kjennetegn ved de nyliberale styringslogikkene innen psykisk helsefeltet. En sentral karakteristikk ved refleksiv styring er en styring av styringen gjennom indirekte teknikker preget av overvåking, dokumentasjon og kon-

troll. Teknikkene for styringen er utformet slik at de kan trenge inn i den lukkede og bedrevitende ekspertisen som har vokst frem i velferdsstaten. Et sentralt siktemål er å disiplinere profesjonene ved å gjøre praksiser forutsigbare og åpne, og øke den demokratiske kontrollen og styringen med de ulike aktivitetene som utføres av ulike tjenester og faggrupper. På denne måten skal tillit til tjenestene gjenreises. I den grunnleggende intensjonen om kontroll, styring og overvåking reises det imidlertid samtidig en innbyrdes mistillit til fagfolk, profesjoner og tjenester (Ekeland, 2014). Denne formen for kontroll og overvåking rammer også brukere og pårørende, som blir disiplinert inn i standardroller og forventning om tilpasning og lydighet.

Højlund (2003) viser hvordan nyliberalistisk kontroll og refleksiv styring representerer den samfunnsmessige konteksten, som samtidig bidrar til å etterspørre kvalitet og kvalitetssikring i alle deler av helsesektoren. Sammenkoblet med sikring av kvalitet i tjenester og hos utøvere kommer kravene om dokumentasjon og evaluering av ulike tiltak. Som tidligere vist er dette begrunnet i begrepene om evidensbasert kunnskap med vekt på evidensbasert praksis (EBP). Ekeland (2014) beskriver hvordan den styringslogikken er legitimert gjennom en kopiering av markedsøkonomiske prinsipper som gjør klinisk (sam)arbeid om til produksjon. Kliniske data blir også styrings- og produksjonsdata og gjør fagpersonen til en økonomisk aktør – ikke bare en faglig aktør. Højlund (2003) fremholder at kvalitetssikring som styringslogikk gjør at det ikke lenger er tilstrekkelig å ha rutiner for kvalitet på tjeneste- og fagpersonnivå. Det skal samtidig dokumenteres at fagpersonen gjør slik det er foreskrevet, slik at vedkommende kan evalueres og kontrolleres. Fagpersonen har ansvar for å dokumentere at det vedkommende har gjort, er i tråd med foreskrevne, evidensbaserte og standardiserte metoder og tiltak, og dermed kan etterprøves. Ekeland (2014) beskriver dette som at brukerens tillit skal økes gjennom mistillit til fagpersonen. I kliniske praksiser har psykisk helsemyndighetene bidratt til å utvikle ulike strategier og teknologier for å kontrollere, styre og overvåke de samme praksisene gjennom bruk av faglige veiledere og retningslinjer for psykisk helsearbeid. Det tydeliggjør at helsebyråkrati i psykisk helsefeltet preges av *ett* dominant kunnskapssyn.

Michel Foucault hadde gjennom sitt forfatterskap et skarpt blikk på hva som kjennetegner maktutøvelse i det moderate liberale samfunn (Joranger, 2009). Foucault fremholdt at maktformene ikke primært var etnisk, sosial eller religiøs undertrykkelse og dominans. Hans poeng var at liberale makt-

former var skapende i den betydning at de søker å fremelske, dyrke og stimulere bestemte evner hos borgerne. De er også skapende gjennom at de gjør individer til, og får individer selv til å gjøre seg til, bestemte individer. Foucault hevder at den moderne stat samtidig er både individualiserende og totaliserende (Foucault, 1983). Staten er individualiserende når den fokuserer på enkeltindividets personlighet eller psykiske helse. Den er totaliserende når den gjør alle borgere til gjenstand for obligatorisk utdanning og nasjonale folkehelseprogrammer eller deler borgerne i overgripende kategorier som «arbeidsløse» eller «psykisk syke». Foucault fremholder at den moderne stat er basert på en subtil kombinasjon av totaliserende prosedyrer og individualiserende teknikker (Foucault, 1982).

Begrepe ne governmentalitet og managerialitet tydeliggjør det helsetjenestebyråkrati som preger dagens psykiske helsetjenester. Dette byråkratiet begrenser mulighetene til en reell utvikling av recoveryorienterte praksiser. Foucaults begrep om governmentalitet representerer et forsøk på å analysere «dividing practices» som skjer gjennom statens styring av sine borgere og ledere til både å oppdele individer og skape oppdelinger i individet (Foucault, 1983). Det er fokus på de konkrete praksisene som finner sted i statens styring av borgerne i form av sine teknologier, sine diskurser og sine praksiser. Begrepet governmentalitet forsøker å fange de kunnskapsformer som den moderne stat baserer seg på, og de praktiske instrumenter, institusjoner og teknologier som følger av dette. Foucault benytter governmentalitet som en kategori som muliggjør ulike empiriske beskrivelser av ulike praksiser som utforskes. Sammenfattet kan begrepet governmentalitet begrunnes i Foucaults skarpe, analytiske blikk for hva som karakteriserer maktutøvelse og maktpraksiser i moderne markedsliberalistisk styringskunst. Sentreringpunkter er makt som skapende ved at individer modellerer seg selv til bestemte subjekter. Dette selvforholdet gjøres slik til gjenstand for en bearbeidende form for totaliserende styring gjennom det Foucault (2000) omtaler som pastoral ledelse. Denne ledelsesformen krever at alle sier sannheten om hvem de er og hva de rommer. Utsagnene binder personen fast til ordene som sanne. Slik skapes den individualiserende makt, hevder Foucault. Der ved oppstår det en makt som vil korrigere og forbedre det menneskelige materialet basert i beskrivelser og registreringer av avvikelser. Det handler om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper. Foucault viser at

moderne styring hviler på kunnskap som er vitenskapelig basert. Slik skapes det en symbiose mellom styring og vitenskap i en gjensidig betinget relasjon. I maktutøvelsen brukes vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser for innsettelse av kunnskap om borgerne. Den vitenskapelige kunnskapen er oftest produsert og etablert i tette forbindelser med maktpraksiser knyttet til styring, forvaltning og kontroll av mennesker. Slik etableres det et dialektisk forhold mellom makt og kunnskap, og kunnskap og makt.

Managementalitet ble introdusert av den norske sosialantropologen Tian Sørhaug (2004). Begrepet er inspirert av Foucaults begrep om governmentalitet. Sørhaug viser hvordan nyliberal styring er den mest effektive styringsformen som utvikler en indirekte styring i spennet mellom statens og innbyggernes interesser. Sørhaug, med Foucault ved sin side, fremholder at det viktigste anliggendet gjennom governmentalitet er å vende oppmerksomheten bort fra styring til styring av styring. Det innebærer å vende fokuset vekk fra maktens åpenbare uttrykk mot hvordan makten tilrettelegger for seg selv. Sørhaug (2004) fremholder:

Kunnskap er makt over makt som gjennom språk og praksis etablerer de objekter som skal styres og kontrolleres – og hvordan de skal styres og kontrolleres. Dette språket og denne praksisen installeres i institusjoner, virksomheter og subjekter. Governmentalitet er derfor et regime der makten kan komme fra alle steder, inkludert inne i hver enkelt av oss (s. 86).

Når vi som innbyggere opplever motstridende signaler både forstått som språk og praksiser, forsøker vi å løse dette motsetningsforholdet ved å forene dem. Sørhaug peker på at styringen av innbyggerne finner sitt uttrykk først og fremst gjennom dem og ikke på tvers av dem. Han viser hvordan vår tids politikere i hovedsak har delegert – eller fraskrevet seg – ansvaret til ulike administrative nivåer, profesjonelle og fagpersoner. En ledelses fremste oppgave er å sørge for styringen av styring. Slik blir den enkelte administrator, profesjonelle eller fagperson direkte ansvarliggjort for både resultater og konsekvenser av resultater (også mangelfulle). Det skjer samtidig med at det offentlige og moralske ordskiftet om en slik utvikling vanskeliggjøres, og delvis forstummes.

Sørhaug fremholder at hans bruk av managementalitet innebærer et ordspill med Foucaults begrep governmentalitet der betydningen av manage-

mentalitet har som formål å undersøke hvordan kunnskapsdannelse blir en måte makt tilrettelegger for makt på i ulike organisasjoner og bedrifter. Mens governmentalteten forvalter forvaltningen av borgerne som en befolkning, styrer managementalteten styringen av et møte, et forhold mellom arbeid og kapital eller mellom en leder og en ansatt. En virksomhet innen psykiske helsetjenester organiseres i spesialiserte og hierarkiske avdelinger med en klarere definert orden og retning enn en stat. Managementaltitet kobler sammen tid og rom ved sin historieløshet og systematiske evne til å glemme sin historie. Governmentaltitet definerer og legitimerer seg gjennom sin historie. Derfor er fremtiden, og ikke fortiden, det som begrunner enhver bedrifts eksistens med rasjonale om at tid er viktigere enn rom. Sørhaug skriver: «Med en betydelig overdrivelse: Staten handler for å eksistere, mens bedrifter eksisterer for å handle» (s. 97).

Det nye helsebyråkratiet og styringskunst

Sosiologen Max Weber (2000) var opptatt av byråkrati og makt som sosiale fenomener. Han skisserte på 1920-tallet idealtypiske trekk ved et byråkrati, som kan relateres til dagens helsebyråkrati, der styrings- og maktforhold i beskjedne grad problematiseres. I Webers (2000) byråkratimodell har forvaltningen faste og entydige over- og underordningsforhold og er bygd opp som et hierarki. Autoritet og makt styres nedover fra toppen i en kommandokjede. Lojaliteter, plikter og rettigheter knyttes til abstrakte regler og prinsipper som gjør byråkratiet egnet til å sette verdier som likebehandling og rettssikkerhet høyt. Referansen til Weber gjør vi for å fremholde at det vi omtaler som «nyliberalistisk forvandling», også skaper rigiditet, maktovergrep og forskjellsbehandling. Vi vil hevde med Weber at det i minst like stor grad er den nyliberalistiske forvandlingen som skaper et sterkt fagdominert byråkrati.

Byråkratiidealer som likebehandling og rettssikkerhet er gjenkjennbare i dagens markedsliberalistiske styring og kontroll av psykisk helsetjenester. Det er flere elementer ved Webers byråkratiforståelse som er relevante i dette kapitlet. Først ved at beslutninger innenfor et byråkrati utføres av saksbehandlere. For det andre ved at deres beslutningsmyndighet er begrenset av et sett av lover og regler. Saksbehandleren står ansvarlig for å følge regelverket

i sine beslutninger overfor sine ledere. Målet er å sikre likhet i behandlingen av saker og personer som byråkratiet retter seg mot. Samtidig opprettholdes utvidet kontroll fra ledelsens side over detaljene i det som innebærer lik behandling. Jurister har slik fått en sentral plass i helseforetaksbyråkratiene gjennom de vurderinger og beslutninger som knyttes til de praksisformer byråkratiet fremholder. For det tredje har byråkratiet sitt unike begrepsapparat. Vi møter ikke-kliniske begreper som er styrende for hvordan klinisk praksis skal utføres, og hvordan borgere og praksis omtales, eksempelvis i begreper som gjennomstrømming, pasientflyt og pakkeforløp. For det fjerde utvikles det retningslinjer for hvordan tjenestene skal utøves, og hvem som skal gjøre hva. Det utvikles nasjonale veiledere og retningslinjer for behandling av ulike lidelser med klare pålegg samt juridiske konsekvenser for den enkelte behandler hvis disse veilederne ikke følges. Et femte område er begrepet «spesialist», med påfølgende konsekvenser for hvordan profesjonsrelasjoner i det tverrfaglige feltet psykisk helse skal forstås og organiseres (Mørch Jensen, Borg & Karlsson, 2021).

Slik styres og kontrolleres praksiser av helselover, andre juridiske forordninger, faglige veiledere og retningslinjer som ensretter hvordan det skal arbeides klinisk. Måten den forskningsbaserte kunnskapen knyttes til den kliniske hverdagen til borgere og helsearbeidere på, blir styrende for relasjonsbygging, samarbeid, endringsarbeid og problemløsninger. Innenfor slike rammer kan psykisk helsetjenester fremstå som formalistiske, vanskelig å nå fram til og ikke rettet mot enkeltmenneskets ønsker og behov. Dette er et paradoks siden de samme myndighetenes intensjon er at det skal være et brukerorientert helsevesen gjennom tilgjengelighet, nærhet og skreddersydde tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det samme gjelder intensjonene om at borgerne skal være med og forme alle deler av helsetjenestene. Byråkratiets fremvekst innebærer ikke nødvendigvis god, virksom og hjelpsom hjelp. Det motarbeider heller muligheter for recoveryorienterte praksiser og står i motsetning til de sentrale prinsipper og verdier som recovery bygger på. Mye god og fleksibel hjelp ofres til fordel for et oversiktlig og velorganisert byråkrati.

De siste 15 års utvikling innenfor psykisk helsefeltet har tydeliggjort det gjensidige forholdet mellom makt og kunnskap. Moderne økonomiske og evidensbaserte praksiser passer som hånd i hanske og muliggjør en iscenesettelse der kunnskap ikke bare gir makt, men også *rett* – en rett som gir

muligheter for rangering av kunnskap og profesjoner, og en marginalisering av andre kunnskapsformer og faglig autonomi. Foucault (1967, 1972, 1973) undersøkte hvordan makt som praksiser, som begreper og teknikker både er synlige og usynlige. Foucault viser hvordan kunnskap gir makt, og hvordan makt gir kunnskap – makt og kunnskap er vevd inn i hverandre. Slik blir kunnskap ikke bare frigjørende – men også objektgjørende. Maktdynamikken knyttes til formidling, innsetting og utvinning av viten. Følgelig må kunnskap som praksis(er) undersøkes konkret.

Den evidensbaserte profesjonsutøvelse som begrep og forståelser viser seg gjennom en fremvekst av behavioristiske og kognitive perspektiver innen psykisk helsefeltet, kombinert med krav om ansvarlighet og det å stå til rette for sin praksis (Ekeland, 2014; Waldegrave, 2003). Dagens dominerende ideal for psykisk helseverns kunnskaps- og praksisformer er basert i randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som fremstilles som gullstandarden. Idealet angir hva som anses for å være gode, rette og akseptable praksiser. Mantraet om evidensbasert kunnskap reiser spørsmål om hva som er forskningsbasert kunnskap, hva er relevant kunnskap, hvordan kan ulike kunnskapsperspektiver gis legitimitet i kliniske praksiser, og hvor befinner definisjonsmakten seg. Den teoretiske kunnskapen, forstått som den forskningsbaserte eller vitenskapelige kunnskapen, har forrang og tidvis monopol på hva som omtales som gyldig kunnskap. Vitenskapelig kunnskap omtales som evidensbasert kunnskap. Ekeland (2011, 2021) beskriver dette som det evidensbaserte evangelium. Det evangeliske består i en forkynnelse av at vitenskapelig kunnskap også er *sann* kunnskap. Utsagn som «Forskning viser at ...» eller «Denne kunnskapen er evidensbasert ...» viser til at når kunnskap er basert i forsknings- eller evidensbasert metodologi, er den sann, og; mer gyldig enn andre former for kunnskap, som praktisk eller erfaringsbasert. Slik underminerer NPM, og et smalt evidensbegrep, alle gode politiske intensjoner og målsettinger om personifisering, brukermedvirkning og økt medbestemmelse i psykisk helsearbeid (Ekeland, 2011, 2014). Det blir et tydelig motsetningsforhold mellom politiske intensjoner om å løfte frem erfaringsbasert kunnskap og å utvikle recoveryorienterte praksiser og måtene de samme tjenester blir målt og evaluert på. Det som teller, blir fort til det som kan telles.

Diskusjon – er det håp i hengende snøre?

Vi har i forrige del pekt på det vi anser som sentrale styringsmekanismer når det gjelder utvikling av kunnskapsforståelse og praksiser psykisk helsetjenester i den moderne velferdsstaten. Vi synes å se et tydelig paradoks mellom disse mekanismene og de humanistiske og sosiale idealer som ofte preger retningslinjer og politiske intensjoner for utvikling av tjenestene. Recovery er et dominerende begrep når det gjelder å utvikle psykisk helsetjenestene i den vestlige verden. Fra sine opprørske røtter på 1960-tallet er recovery nå blitt «mainstream» og omfavnes entusiastisk av fagfolk, forskere, byråkrater og brukerorganisasjoner. Dette til tross for at røttene til recovery var fylt av opprør og kamp mot de eksisterende forståelser og tjenester til personer som erfarer psykisk uhelse. Det var et opprør mot undertrykking, brudd på rettigheter, tvang, stigmatisering og sosial eksklusjon. Opprøret var ikke minst rettet mot den biomedisinske og psykiatriske forståelsen av psykisk uhelse og om samarbeidet mellom fagperson og borgeren. Dette er en påminning om at recovery handler om mye mer enn endring av tjenester. Det handler om levekår, samfunnsforhold, rett til arbeid og et hjem, vennskap og fellesskap. Vi mener å se at recovery blir internalisert og kolonialisert inn i dagens biomedisinske og psykiatriske forståelser av psykisk helse. Det viser seg oftest gjennom klinisk recovery med opprettholdelse av fokus på symptomreduksjon og behandlingsresultater, og vektlegging av personlig recovery med individualistisk fokus og en a-kontekstuell tilnærming. En slik tilnærming til recovery gjør at recovery lettere kan måles og veies; det blir en lineær prosess. Recovery fremstår i mange sammenhenger som en intrapsykisk prosess hvor individet selv er ansvarlig for både lidelse og bedring. Vi vil hevde at recovery i den vestlige verden er blitt fratatt sitt radikale innhold ved at sosiale, økonomiske og relasjonelle forhold omskrives til et normaliserende og individualiserende blikk tilpasset både tidsånden og den psykiatriske forståelsen og praksisen. Slik utvikles recoveryorienterte praksiser gjennom en vestlig forståelse av individet og «det gode liv»: Det er en egosentrisk forbruker og en som er uavhengig, selvbestemmende og selvforsørgende.

I planlegging av tjenesteutvikling innen recovery er implementering et begrep som går igjen. La oss dvele litt ved dette begrepet. Implementering beskrives gjerne som en metode for å innføre forskningsbasert og annen kunnskapsbasert praksis i kliniske praksiser. Målet er å bedre kvaliteten og

effektiviteten av tjenestetilbudet. Fixsen og kollegaer (2009) har i sitt arbeid knyttet til praksisendringer i sosialt arbeid identifisert noen forhold som er viktige å ta hensyn til ved implementering av ulike kunnskapsformer. Disse inkluderer forhold knyttet til organisasjonen (systemrettet arbeid, administrativ tilrettelegging, datastøttende beslutningssystemer), kompetanse (hvordan rekruttering, opplæring og veiledning gjennomføres) og tilrettelegging for metoden på de ulike ledelsesnivåene. I tillegg til å utvikle en aktiv strategi på disse områdene er det viktig å kunne styre implementeringen ved å overvåke om metoden utøves etter forutsetningene og hvilke resultater pasientene oppnår. Implementering må ifølge forfatterne forstås som en planlagt og målrettet systematisk prosess som tar hensyn til disse faktorene.

Vi kjenner oss usikre på om en implementeringsstrategi passer inn når det gjelder recoveryorientering av to grunner. For det første viser erfaringer fra England, USA og norske kommuner som utvikler recoverypraksiser, at dette er en åpen prosess som må gis mulighet til å utvikles som nettopp det (Karlsson & Borg, 2017). Den må forankres i den lokale kultur og kontekst og hos de lokale brukere, pårørende, fagpersoner, ledere, frivillige og andre. Noen fellesprinsipper går igjen. Dette handler om muligheter for valg, selvbestemmelse, deltakelse, håp og mening. Det kommer stadig nye perspektiver og prinsipper til, som opplevelse av at noen bryr seg om deg, at noen har bruk for deg og opplevelse av glede og moro. Recovery handler om folks liv og folks valg og lar seg vanskelig manualisere, standardisere og «programmere» gjennom implementering. For det andre er det slik at implementering skjer ovenfra og ned. Altså at noen, det vil si ledere, byråkrater eller forskere, bestemmer at en arbeidsmåte er så god at alle må arbeide etter den. Det åpnes ikke for valg, og profesjonelles og brukeres autonomi settes da på og i spill. Vi tror ikke noen vil forandres mot sin vilje. Når det blir forsøkt, så øker motstanden mot implementeringen ytterligere. Folk vil selv velge og bestemme – det er en demokratisk rettighet som ikke kan tilsidesettes. Det finnes en rekke gode ideer og arbeidsmåter som er blitt ødelagt, neglisjert og nektet tatt i bruk fordi fagpersoner ikke har vært med på å beslutte at de både er gode og skal igangsettes. Samtidig viser forskning om og med implementering at man kan skape endrede og bedre praksis. Utfordringene er hvor lenge det varer og hvor mange som gjennomfører det. Ofte er implementering knyttet til avgrensede prosjekter med ekstra økonomiske midler og ansatte. Når prosjektet er avsluttet, lyset er slått av og teppet er trukket

for, ender de fleste av oss med å gjøre det vi alltid har gjort (Karlsson & Borg, 2017). På denne bakgrunn tenker vi at begrepet utvikling kan gi mer mening. Altså at arbeidet med recovery i tjenestene ses på som utvikling. Det starter et sted med alle som må være med. Det kontekstualiseres, evalueres og endres om det er ønskelig i et demokratisk og likeverdig samarbeid med de som deltar.

Forhold knyttet til de konkrete måter å komme i gang på og arbeide for systematikk og å holde fast i en ønsket utvikling må selvsagt diskuteres og avklares. Vi tenker det er viktig å påpeke de ulike motsetninger brukere og fagpersoner står oppe i overfor administrativ og politisk ledelse. Motsetninger så vel som det som ligger til rette for recovery må klargjøres. Her kan brukere, pårørende, fagpersoner, forskere og utdanningsmiljøer og andre gå sammen. Det finnes flere gode norske eksempler på hvordan dette kan gjøres (se Karlsson & Borg, 2017). Fagmiljøer som har arbeidet med recovery-orientering, peker på to forhold som er sentrale for å utvikle ideene i daglige praksiser (Perkins & Repper, 2003). Det ene er å gi fag- og brukermiljøene myndighet til å endre praksisene. Det andre er å gi fagpersoner og brukere muligheter til å utvikle nye samarbeidsformer for å fremme recovery og recoveryorienterte omgivelser. Kreativiteten til slike samarbeidsteam kan ofte bli hindret av konkurrerende føringer og krav som ikke lar seg forene med recovery. Tilsvarende er brukeres ressurser og potensialer ofte underfokusert og undervurdert. De blir sjelden spurt hva de vil fagpersoner skal gjøre eller hva slags hjelp de faktisk ønsker seg. De er sjelden regnet med som å ha en direkte rolle i hvordan tjenesten utføres. Ved å bringe sammen ulike kompetanser og personer gis det større muligheter for kreativitet og løsninger, er de nevnte forfatteres erfaringer. Dette fremmer partnerskap mellom fagpersoner og de som er tenkt å få hjelp og støtte i tjenestene. Det handler kort og godt om å etablere en erfaringsbasert kunnskapspool med et mangfold av ekspertiser og kunnskaper.

Understrekingen av fellesskapsløsninger, solidaritet og det kollektive bidrar også til å gi rom for den kritikk som rettes mot individualismen i deler av recoverytenkningen (Karlsson & Borg, 2013; Price-Robertson et al., 2017). Denne kritikken handler om problemstillinger knyttet til at recovery er blitt «mainstream» og omfavnes av fagfolk og ledere og myndigheter. Hva blir det da? Det som er det opprinnelige opprøret, den sosiale uretten og marginaliseringen er kommet i bakgrunnen. Videre rettes kritikken mot et

syn på mennesket som uavhengig, selvbestemmende og alene ansvarlig for livet sitt og situasjonen individet er i. Denne individualiseringen er et kulturelt ideal i vår vestlige verden og i den norske velferdsstaten. Den står i motsetningen til kulturer med mer kollektive forståelser av både mennesket og hva som skal til for å hjelpe. I mye av recoverylitteraturen mangler fokus på sosiale faktorer som vi vet har stor betydning for psykisk helse. Det er derfor svært problematisk at recovery i økende grad blir manualisert, instrumentalisert, standardisert og tilpasset vårt helsebyråkrati hvor opprøret mot sosial undertrykkelse, marginalisering og eksklusjon tildekkes og neglisjeres som kunnskapsbase (Karlsson & Borg, 2017).

Referanser

- Chamberlain, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323–336.
- Davidson, L. (2006). What happened to civil rights? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 11.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2011). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. John Wiley & Sons.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis* (Arbeidsnotat 6/2004). Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no 2011:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(03), 211–220.
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Erfaringskompetanse.no 2021:1.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on social work practice*, 19(5), 531–540.
- Foucault, M. (1967). *Madness and civilisation: A history of insanity in the age of reason*. Tavistock.
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of knowledge*. Tavistock.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Tavistock.
- Foucault, M. (1983). The subject and power. I H. Dreyfus, & P. Rabinow (red.), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (2. utg.) (s. 208–226). Chicago, IL: University of Chicago.
- Foucault, M. (2000). *Ethics. Subjectivity and Truth*. Penguin Books.
- Heede, D. (1992). *Det tomme menneske*. Museum Tusulanum Press.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076*. Helsedirektoratet.
- Human Rights Council (2020). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. United Nations.
- Højlund, H. (2003). Velfærdsforskydninger. I L.T. Larsen & C. Borch (Red.), *Perspektiv, magt og styring: Luhmann og Foucault til diskussion* (s. 267–296). Hans Reitzels Forlag.
- Joranger, L. (2009). Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1186–1190.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). Recovery + Åben dialog = Relational Recovery? I J. Oute & K. Jørgensen (Red.), *Recoveryorienterede praksisser – i velfærdsinstitutioner og civilsamfund* (s. 111–127). Samfundslitteratur.
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring I K. Martinsen (Red.), *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (s. 135–167). Akribe.
- Mørch Jensen, P., Borg, M. & Karlsson, B. (2021). Recovery i den nordiske velfærdsstat – accept, tilpasning eller oprør? I *Recovery-orienterede praksisser – i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*. (s. 43–61). Samfundslitteratur.
- Perkins, R. & Repper, J. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. Baillière Tindall.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (Veileder IS – 1405). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St. Meld. nr. 25 (1996–1997)). Sosial- og helsedepartementet.
- Sørhaug, T. (2004). *Managementlitet og autoritetens forvandling: Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Fagbokforlaget.
- Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2022). The Lost Social Context of Recovery Psychiatrization of a Socil Process. *Frontiers in Sociology*, 7, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Waldegrave, C. (2003). *Just Therapy – a journey: A collection of papers from the Just Therapy Team, New Zealand*. Dulwich Centre Publications.
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Gyldendal.