

“Å bli sett som en person, ikke som en bruker”:

Betydningen av håp i recoveryprosesser

– En kvalitativ studie av recoveryorientert praksis



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Rus og Psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Kappen

Antall ord: 7596

Student: Mona Gundelach Mikkelsen

Veileder: Else Tunland

Våren 2019

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en krevende, slitsom og utrolig fin prosess. Det har vært en til tider isolert boble, men jeg er evig takknemlig for alle dører den har åpnet. Jeg elsker virkelig mennesker, og føler meg heldig som får lov til å treffe og bli kjent med så mange sterke, ekte og gode folk i rusomsorgen og i psykiatrien. Dere har inspirert meg mer enn dere tror. Jeg vil takke de flotte deltagerne i denne studien for sitt mot og sin åpenhet. Tusen takk til organisasjonen *Fra offer til kriger*, og da spesielt ildsjel og inspirasjonskilde Linda Øye, for godt samarbeid og fine samtaler under arbeidet med denne studien. Gleder meg til veien videre! Takk til Unn Hammervold som introduserte meg for Linda og organisasjonen da jeg sa jeg ville skrive om håp. Jeg må også få rette en stor takk til min veileder Else Tunngland for gode råd og drahjelp i prosessen. Spesielt takk til min gode venn og masterpartner Karianne; jeg kunne ikke ha gjort dette uten deg! Og hjertelig takk til familie og venner som aldri har mistet troen på meg.

Mona Gundelach Mikkelsen, Universitetet i Stavanger, 31.05.2019.

Nocturne

*Aftenens glød er dæmpet
til drømmende perlemor.
Foten er træt av vandring,
tanken er træt av ord.
Alt er i søvnen sænket,
men tyst over gatens sten
piler en skyndsom skygge
paa spillende katteben.*

*Hviskende vinde suser
sagte i parkens trær.
Famlende tanker fatter
noget som evig er.
Usynlige blomster dufter
og skjult bak et kristtornkrat
høres et springvand graate
mildt som min sjæl i nat.*

-Kristen Gundelach

INNHALDSFORTEGNELSE

1.1 Studiens formål	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Litteratursøk	5
1.4 Tidligere forskning på området	6
1.4.1 <i>Håp som fenomen</i>	6
1.4.2 <i>Recoveryprosessen</i>	7
1.5 Fra offer til kriger	8
2.0 TEORETISK FUNDAMENT	10
2.1 Recovery	10
2.1.1 <i>Tilhørighet</i>	11
2.1.2 <i>Håp</i>	11
2.1.3 <i>Identitet</i>	12
2.1.4 <i>Mening</i>	12
2.1.5 <i>Empowerment</i>	12
2.2 Vitenskapsteoretisk forankring	12
2.2.1 <i>Fenomenologi</i>	13
2.2.2 <i>Hermeneutikk</i>	13
3.0 METODE	14
3.1 Forskningsdesign	14
3.2 Utvalg	14
3.3 Datainnsamling	15
3.4 Analyse	16
3.4.1 <i>Første analysefase: Kontekstualisering</i>	17
3.4.2 <i>Andre analysefase: Dekontekstualisering</i>	18
3.4.3 <i>Tredje analysefase: Rekontekstualisering</i>	19
3.5 Etske refleksjoner	19
3.5.1 <i>Oppbevaring av datamaterialet</i>	20
3.5.2 <i>Minimal skade på informantene</i>	21
3.5.3 <i>Egen forforståelse</i>	21
3.6 Troverdighet og relevans	21
4.0 TILLEGGSFUNN	22
4.1 Håpløshet er å føle at man ikke kommer noen vei	22
4.2 Håp er kanskje det hver enkelt finner seg for å la det gå an	23
5.0 OPPSUMMERING	24
LITTERATURLISTE	25

1.0 INNLEDNING

Bakgrunnen for valg av tema henger sammen med mitt engasjement som miljøterapeut innenfor rus og psykisk helsearbeid, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Gjennom ulike arbeidsplasser, mange fine kollegaer og utallige gode samtaler med de menneskene vi kaller 'pasienter', 'brukere' og 'beboere' har jeg lært utrolig mye, om folk generelt og om meg selv. Til tider har fastgrodde holdninger og nedstøvede regler provosert meg og fått meg til å sette spørsmålstegn ved elementer av hjelpen vi gir. Å få lov til å komme så tett på andre mennesker og bistå i noen av deres tøffeste stunder bør komme med en viss ydmykhet, samt en anerkjennelse av at alle mennesker er eksperter i eget liv.

Begrepet recovery har to veldig ulike betydninger, og det skilles mellom «klinisk recovery» som har sitt kunnskapsgrunnlag fra naturvitenskapelige metoder og «personlig recovery» som setter personens ønsker i fokus (Helsedirektoratet, 2012). Kunnskapsgrunnlaget og verdier innad i tradisjonene er svært ulike og former holdninger og tilnærminger til helsepersonell og samfunnets befolkning forøvrig (Slade, 2014). Den naturvitenskapelige, kliniske modellen står fremdeles sterkt innenfor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og gir lite rom for individuelle forskjeller (Karlsson & Borg, 2017). Den personlige recoverymodellen poengterer at man må starte med personen i sosial kontekst, fokusere på hans eller hennes egendefinerte ønsker, mål og drømmer, og arbeide sammen ut i fra disse (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Personen anerkjennes som ekspert i eget liv og relasjonen til fagperson skal baseres på likeverd og gjensidig respekt. Recovery har ingen fasit eller mal, men er individuelt definert av den som er i prosessen (Slade et al., 2014). Ved å endre holdninger og anerkjenne personer i recovery som likeverdige mennesker med valide stemmer og meninger vil man kunne åpne opp for nye tilnærminger til behandling innenfor psykisk helse og rusproblematikk (Davidson & Roe, 2007). Jeg har valgt å forholde meg til personlig recovery som jeg her beskriver som recovery.

Recovery defineres som en pågående og gjerne livslang prosess hvor man fokuserer på ressurser og styrker, og å finne mening i livet til tross for symptomer på psykisk lidelse og/eller rusproblematikk (Karlsson & Borg, 2017). Recovery er en filosofi og fagtradisjon som bygger på pasient- og brukerorganisasjoners opprør mot det tradisjonelle helsevesenet (Slade, 2014). Recovery sidestiller erfaringskunnskap med fagkunnskap, og bidrar til et større fokus

på ansvarliggjøring, empowerment og ressurser hos den enkelte. Symptomfrihet vektlegges i mindre grad, og det legges større vekt på personlig målsetting og å finne mening her og nå (Kelly & White, 2011). Personer i recovery vil utvikle mestringsstrategier slik at de kan forholde seg til lidelsens uttrykk heller enn å overkomme den, og gjennom bevisstgjøring og aksept for egen situasjon skape seg meningsfulle tilværelser med glede, håp, relasjoner og aktiviteter (Hummelvold, 2012). Helsedirektoratets retningslinjer for personer med rus- og psykiske lidelser vektlegger økt reell brukermedvirkning og tilretteleggelse for den enkelte (Helsedirektoratet, 2012), og nasjonale føringer har i dag fokus på implementeringen av recoveryorienterte tjenester innen arbeidet med rus og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2018; Helsedirektoratet, 2014). Recoveryprosesser skjer med og uten faglig hjelp, men alltid med et fundament i et håp (Schrank, Stanghellini & Slade, 2008). Et håp om mening i hverdagen, et håp om en bedre fremtid. Håpet anerkjennes i faglitteraturen som et av de viktigste aspektene i personlige recoveryprosesser (Karlson & Borg, 2017; Slade, 2015). Gjennom egen praksis innenfor psykisk helse- og rusfeltet har jeg erfart at å flytte fokus fra diagnoser og symptomer til personens positive egenskaper og mestringsmuligheter kan inspirere til håp.

1.1 Studiens formål

Målet med dette prosjektet er å få økt kunnskap om perspektiver på håp blant personer med psykisk helse- og/eller rusutfordringer, hvordan håp påvirker den personlige recoveryprosessen, og hvordan recoveryorientert praksis kan bidra til å fremme håp. Dette er undersøkt gjennom en kvalitativ studie av deltagere på det recoveryorienterte kurset *Fra offer til kriger*.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen for prosjektet er:

Hva betyr håp for personer i recoveryprosesser og hvordan kan recoveryorientert praksis fremme håp?

1.4.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen er knyttet til behovet for økt kunnskap om recoveryorienterte tilbud i forhold til å fremme håp og bidra positivt i recoveryprosessen. Målet for denne studien er å utvikle kunnskap om dette gjennom å belyse viktigheten av fenomenet håp hos personer i recoveryprosesser og undersøke deres perspektiver på recoveryfilosofien i praksis. Hensikten er å beskrive og tolke deres opplevelser av hva som fremmer håp.

1.3 Litteratursøk

Prosjektet startet med en oversikt over eksisterende litteratur på området. Første steg i litteratursøket var å lese anerkjente fagbøker om recovery, deriblant Karlsson og Borgs (2017) *Recovery*, og «bibelen» innenfor recoveryfilosofien; *Personal Recovery and Mental Illness* av Mike Slade (2014). Fagbøker gir et overblikk, og danner et godt utgangspunkt for innføring i et tema (Everett & Furseth, 2016). For å få oversikt over tidligere forskning på området og identifisere eventuelle kunnskapshull startet jeg et systematisk litteratursøk i databaser på nett (Kvale & Brinkmann, 2017). Aktuelle databaser var blant andre: PsycInfo, SweMed+, idunn.no og universitetsbibliotekets søkemotor Oria. Aktuelle søkeord og begreper var blant andre; håp, personlig recovery, recovery prosess, mental helse, recovery orienterte kurs, brukerperspektiv, rus og psykisk helse. Søkene ble utført på norsk, og deretter på engelsk for å inkludere relevante internasjonale artikler. En rekke av søkeordene ble funnet gjennom å se på «keywords» på gode, relevante artikler, samt at jeg benyttet nettbaserte ordbøker for å finne frem til begreper og synonymer på fenomenet (f.eks. mesh.uia.no). I utgangspunktet startet jeg bredt med en «or»-kombinasjon mellom søkeordene for å få med alt som kunne være relevant. Etterhvert spisset jeg det med «and»-kombinasjonssøk for å generere mer spesifikke artikler (f.eks. «hope» and «personal recovery»). Jeg søkte hovedsakelig i vitenskapelige artikler for å få en oversikt over tidligere forskning. Det ble ikke benyttet noe avgrenset tidsspenn siden recovery og håp er forholdsvis tidløse fenomener, og all forskning ville være av relevans. Søkene ble dokumentert underveis for lettere å finne frem til tidligere utførte søk og artikler (Everett & Furseth, 2016).

1.4 Tidligere forskning på området

1.4.1 Håp som fenomen

Håp utpekes ofte som det første vendepunktet av personer i recoveryprosesser, og beskrives som tett forbundet med de andre kjerneelementene tilhørighet, mening, empowerment og identitet (Sælør, Ness, Holgersen & Davidson, 2014). Håp defineres gjerne som noe lyst i kontrast til håpløshetens mørke (Marcel, 2010). Schrank, Stanghellini og Slade (2008) definerer håp som *en fremtidsrettet forventning om å nå mål, relasjoner eller drømmer, hvor oppnåelsen vil gi mening, er subjektiv og personlig, og betraktes som mulig ved personlig engasjement, personlighet og eksterne faktorer*. Herth definerer håp som “*an inner power directed toward enrichment of being*”, og identifiserte syv håpfremmende strategier; meningsfulle relasjoner med andre, overkommelige mål, spirituell tro og praksis, diverse personlighetstrekk, ‘lightheartedness’, evnen til å minnes gode tider, samt bekreftelse (Coulehan, 2011). Håp har også blitt definert som troen på egen evne til å endre sitt liv og kapasitet til å legge konstruktive planer for oppnåelsen av egendefinerte mål (Snyder, Rand & Sigmon, 2005).

Definisjoner av håp inneholder gjerne et tidsaspekt ved at fenomenet ser ut til å påvirke nåtiden, men stort sett er håpet fremtidsrettet. Håp er også nært knyttet til det interpersonlige, det relasjonelle og det spirituelle (Haugan, Moksnes & Espnes, 2013). Håp kan være en mestringsstrategi gjennom vanskelige perioder i livet, og fungerer som en styrkende del av det positive selvet (Slade, 2014). Håp er konsistent identifisert som en hovedkomponent i recoveryprosesser, både som startpunkt og som opprettholdelse (Karlsson & Borg, 2017). Schrank, Stanghellini og Slade (2008) argumenterer for at håp er subjektivt, og har i sin litteraturstudie identifisert 49 ulike definisjoner av fenomenet håp. Håp bør vektlegges tidlig i recoveryprosessen, da håp er blitt identifisert som drivkraft mot drømmer og mål (Bird, Leamy, Tew, Le Boutillier, Williams & Slade, 2014). Håp kan bidra til at personen ser livet sitt i et nytt perspektiv (Hummelvold, 2012) og minsker sjansen for at personen i stor grad identifiserer seg med den psykiske lidelsen (Koehn & Cutcliffe, 2007a). Tidligere forskning poengterer viktigheten av at helsepersonell innen rus og psykisk helse er bærere av håp (Herrestad & Biong, 2011), og at relasjonen mellom personen i recovery og hjelperen er avgjørende for følelsen av håp (Holm, Steindal, Foss & Dihle, 2018).

1.4.2. Recoveryprosessen

Recoveryfilosofien bygger på verdier som likeverd, autonomi og respekt for det unike (Karlsson & Borg, 2017). Tidligere forskning har identifisert fem hovedaspekter ved recoveryprosessen; håp, identitet, tilhørighet, empowerment og mening (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). En litteraturstudie utført av Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton og Le Boutillier (2011) understreker viktigheten av sosiale faktorer i recoveryprosessen, og da særlig kontroll over eget liv, tilhørighet og relasjoner, samt gjenoppbygging av positive identiteter. Identitet i recoveryprosessen knyttes til redefinering av selvet og gjenoppbygging av positive sosiale roller (Leamy et al., 2011). Psykiske lidelser og rusavhengighet kan føre til at personer mister identitetsfølelsen og får negative selvbilder på bakgrunn av stigmatisering (Bird et al., 2014).

Det objektive fokuset innenfor klinisk recovery fører til håpløshet (Deegan, 2005). Studier viser at de som i stor grad identifiserer seg med sin diagnose opprettholder en offerrolle (Koehn & Cutcliffe, 2007a). Psykiatrien må rydde plass for å kunne se hele mennesket og etterstrebe at personen får fortelle sin historie og dele sine erfaringer som utgangspunkt for behandling (Topor, 2011). En studie utført av Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud og Borg (2017a) viser til at tilhørighet bør være en stor del av behandlingen for personer med psykiske lidelser. Meningsfulle aktiviteter og meningsfulle relasjoner beskrives som avgjørende for recoveryprosessen (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbakk, Solberg & Torkelsen, 2013), og gode nettverk utenfor behandlingssammenheng bør prioriteres (Sælør et al., 2015).

Å finne mening i det daglige, ha meningsfulle relasjoner og være deltagere i samfunnet er nødvendig for opplevd bedring (Bird et al., 2014). Eksistensiell mening økes ved å ha meningsfulle relasjoner (Koehn & Cutcliffe, 2007a), og ved å fokusere på her og nå finner man motivasjon til handlinger som fører i riktig retning (Sælør et al., 2014). Empowerment er en viktig komponent i recoveryprosessen (Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud & Borg, 2017b), og tidligere forskning viser at det å miste kontrollen over eget liv relateres til økt trykk i den psykiske lidelsen (Tew et al., 2011). Ved å bygge egenstyrke minsker sjansen for at personen kun identifiserer seg med den psykiske lidelsen, og ansvarliggjøring i prosessen foster håp (Koehn & Cutcliffe, 2007a).

Psykiatrien fokuserer på diagnose og symptomer på sykdom, og kan glemme å se individet i en sosial og livshistorisk sammenheng (Topor, 2011). Håpefull praksis innen rus og psykisk helsearbeid er individuelt tilpasset og kreativ, og relasjonen mellom personen i recovery og hjelperen er av enorm betydning (Herrestad & Biong, 2010). Flere studier tyder på at relasjonen til helsepersonell henger sammen med opplevd bedring (Haugan, Moksnes & Espnes), og helsepersonell kan være viktige bærere av håp i en periode personen selv ikke er i stand til å håpe (Slade, 2014). Forskning viser at relasjonen mellom person og hjelper er helt avgjørende for at personen skal ha håp, og at det er helt essensielt at hjelperen selv har håp og tro på bedring for personen (Koehn & Cutcliffe, 2007b). Tidligere studier støtter at helsepersonell som går litt utenfor sitt mandat og rammeverk og gjør det lille ekstra oppfattes som hjelpsomme hos personer med psykiske lidelser (Topor & Denhov, 2015). Dagens psykiatri styres av rammer, regler og effektivisering som i stor grad hindrer håpefull hjelp (Sælør, Ness, Borg & Biong, 2015). Studier viser at tjenestetilbud som fokuserer på 'recovery in' i stedet for 'recovery from' har positive effekter på personer i recovery (Davidson & Roe, 2007).

1.5 Fra offer til kriger

Informantene i denne studien er tidligere deltagere på kurset *Fra offer til kriger*. Kurset bygger på et kunnskapsgrunnlag og en filosofi som ligger tett opp til recoverymodellen. Organisasjonen *Fra offer til kriger* ble startet av Linda Øye i 2015. Linda har erfaringskompetanse fra ni år som pasient i psykiatrien, og besitter med dette enorm kunnskap om hvordan det oppleves å være innlagt og å befinne seg i kategorien «psykiatrisk pasient». Kurset bygger på elementer av det hun mener fungerte i det psykiske helsevernet, samt aspekter hun selv savnet. Formålet med kurset er at deltagerne skal ut av offerrollen gjennom arbeid mot egendefinerte mål og endring av tankemønstre gjennom å finne frem til sin indre kriger ved blant annet å anerkjenne at fortidens kamper gjør oss sterkere. Kursene ledes av to kursledere hvorav en besitter fagkompetanse og den andre har erfaringskompetanse. De har en varighet på seks måneder, og det er fem deltagere per kurs. Gruppen bevisstgjøres på eget ansvar for bedring og det reflekteres rundt drømmer og mål som ikke er oppnådd, og hvilke bremseklosser som har bidratt til dette. Kurset tilpasses deltagerne og ikke omvendt slik at det individuelle og det unike står i sentrum.

Fra offer til kriger-kursene har en positiv vinkling og setter søkelyset på styrker og gode egenskaper hos hver enkelt deltager. Kurslederne er bevisste på å se hele mennesket, og å møte hver enkelt deltager der han eller hun befinner seg. Deltagerne skriver i loggbøker underveis i prosessen, og kurslederne leser jevnlig gjennom disse for å se etter likheter i gruppen som kan danne tema for neste kurssamling. Flere av deltagerne har sagt at loggbøkene i etterkant av kurset kan fungere som en egenskrevet lærebok, og at de der finner tankemønstre og mestringsstrategier de benytter seg av senere i livet. Målet er at deltagerne i *Fra offer til kriger* skal bli bevisste på at de kontinuerlig må jobbe med prosessen for å skape endring og mening og ha det fint i hverdagen.

Samlingene varer i halvannen til to timer, og det er ingen fasit på hva de skal inneholde. *Fra offer til kriger* tar utgangspunkt i sine deltagere og kursene blir til underveis. Bevisstgjørende arbeidsskjemaer og verktøy benyttes for å belyse ulike aspekter ved det å være menneske. Blant andre *Vellykket-listen* hvor deltagerne skal føre opp det de er gode på og som de mestrer, *Mine bremseklosser* hvor de må reflektere over hva som står i veien for å nå drømmer og mål, *Tankerekker* som beskriver den umiddelbare, negative tanken, samt den rasjonelle og den positive tanken, og *Livsspektrum* som er et kakediagram over aspekter ved livet hvor de setter en score på hvor fornøyde de er med de ulike livsområdene på en skala fra 1 til 10. Livsspektrum-skjemaet gir en indikasjon på 'hvor skoen trykker' og hvor det er greit å starte prosessen.

Det er lagt opp til at deltagerne skal fungere som en heiagjeng for hverandre og bidra i de andre deltagernes recoveryprosesser. Dette fordi alle har behov for å føle seg nyttige, og man har en tro på at alle har noe å lære bort. Antall deltagere begrunnes med at det er mange nok til å danne en god gruppedynamikk, og få nok til at man blir savnet dersom man er borte. Mellom samlingene er det en-til-en oppfølging med kurslederne, gjerne over en matbit, en tur eller en kaffe. Deltagerne oppfordres til å ringe eller sende melding når de har behov for det. Det har ingenting å si om klokken er 12 eller 22. Flere av deltagerne jeg har snakket med har uttrykt en trygghet i å vite at kurslederne er tilgjengelige. Mottoet til *Fra offer til kriger* er «Å våge, tro og drømme!», og Linda Øye sier at hun arbeider med «å normalisere galskap», og hvis noen sier det er fint at hun jobber med «de svake» i samfunnet, svarer Linda «Svake? Jeg jobber med de tøffeste av de tøffe! De har stått i flere kamper enn et gjennomsnittsmenneske».

Jeg fikk anledning til å være deltagende observatør på et *Fra offer til kriger*-kurs fra august til desember 2018. Dette for å få en forståelse av metoden som anvendes, samt for å få innsikt i hvordan kursene gjennomføres og hva deltagerne gjennomgår. Mine opplevelser fra kurset er ikke en direkte del av datainnsamlingen i dette prosjektet, annet enn som metodisk kunnskap. Det vil si at funnene i denne studien ikke er basert på sitater eller utsagn fra kurssammenheng.

2.0 TEORETISK FUNDAMENT

2.1 Recovery

Denne studiens teoretiske forankring er i recovery litteraturen, og referer til det som omhandler 'personlig recovery'. Skillet mellom *recovery from* og *recovery in* beskriver målsettingen for behandling (Slade, 2014). Klinisk recovery (*recovery from*) tilsvarer symptomfrihet og vektlegger at pasient eller bruker etter endt behandling skal få status som "frisk", mens personlig recovery (*recovery in*) ses som en livslang prosess hvor 'målet' først og fremst er å leve meningsfulle liv, med eller uten symptomer, 'her og nå' (Davidson & Roe, 2007; Karlsson & Borg, 2017; Slade, 2014). Verdigrunnlaget i de to ulike grenene av recovery baseres i stor grad på menneskesynet. Innenfor klinisk recovery vil man søke å behandle diagnose og symptomer, uten å nødvendigvis ta hensyn til hele mennesket (Slade et al., 2014). Fagpersonen skal være objektiv, verdinøytral og i kontroll. En profesjonalitet vektlegges og man søker å møte alle brukere og pasienter på samme måte. Målet for behandling er fremfor alt symptomreduksjon og «normalisering» (Karlsson & Borg, 2017). Den personlige recovery tradisjonen forutsetter et humanistisk menneskesyn hvor man ser alle mennesker som unike, frie, autonome og like mye verdt (Slade et al., 2014). Verdigrunnlaget i en personlig recoveryorientert tjeneste er personorientert og man søker å se hele mennesket i kontekst, samt å vektlegge alle aspekter ved den menneskelige natur; det personlige, det relasjonelle, det sosiale og det eksistensielle (Hummelvold, 2012). Under kartlegging vil man søke å fremme empowerment og ansvarliggjøring ved å fokusere på personens ressurser og styrker (Slade, 2015). Utgangspunktet for behandling er personens egne mål og drømmer, og man tar sikte på å øke motivasjon, inspirere til håp om bedring og fremme velvære i

hverdagen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Jeg har valgt å forholde meg til personlig recovery, hvilket jeg omtaler som recovery.

Den kjente teoretikeren William A. Anthony har definert recoveryprosessen som «*en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet for å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg*» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.10). Implementeringen av recovery i norske helse- og sosialtjenester tar ofte utgangspunkt i et konseptuelt rammeverk for recovery (Karlsson & Borg, 2017) introdusert som CHIME-elementene. Disse elementene beskriver recoveryprosessen som en reise gjennom ulike stadier (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams og Slade, 2011). CHIME-elementene er:

1. Connectedness (tilhørighet)
2. Hope (håp)
3. Identity (identitet)
4. Meaning (mening)
5. Empowerment

2.1.1 Tilhørighet

Tilhørighet omhandler relasjoner til andre mennesker, støtte av familie, venner og hjelpere, inkludering i grupper, samt det å være en aktiv del av samfunnet (Leamy et al., 2011). Meningsfulle relasjoner, inkludering og aksept rapporteres som viktige deler av recoveryprosessen (Karlsson & Borg, 2017).

2.1.2 Håp

Håp henger sammen med troen på at recovery er mulig, motivasjon til endring, håp- inspirerende relasjoner, positiv tenkning og å ha drømmer og mål (Leamy et al., 2011). Dette prosjektet tar utgangspunkt i at håp er sterkt forbundet med de andre CHIME-elementene (Sælør et al., 2014). Tidligere forskning viser at håp er rapportert som både et vendepunkt i livet og opprettholdelse av recoveryprosessen (Bird et al., 2014). Håp defineres i utgangspunktet her som noe dypt personlig som gir tro på en bedre hverdag. Håpet kan være varig eller flyktig, men vil i stor grad ha en emosjonell og kognitiv påvirkning på mennesket.

2.1.3 Identitet

En psykisk lidelse eller et rusproblem vil ofte kunne undergrave eller skade personens selvbilde (Bird et al., 2014). CHIME-elementet identitet inkluderer gjenoppbygging av positiv identitet og selvfølelse, selvtillit og aksept, å overvinne stigma, samt kulturell, etnisk, relasjonell og kollektiv identitet (Leamy et al., 2011). Personer i recoveryprosesser gjenoppbygger sin identitet og skaper nye sosiale roller som del av prosessen (Karlsson & Borg, 2017).

2.1.4 Mening

Å finne mening i daglige gjøremål og det som omgir oss er viktige aspekter ved recoveryprosessen (Slade, 2014). CHIME-elementet mening henger sammen med meningen med livet, å kunne tillegge sykdommen/lidelsen mening, spiritualitet, eksistensialisme, livskvalitet i form av velvære, jobb, aktivitet og utdanning, samt meningsfulle mål (Leamy et al., 2011).

2.1.5 Empowerment

CHIME-elementet empowerment inneholder ansvarliggjøring og kontroll over eget liv, utvikling av mestringsstrategier og selvhjelpsmetoder, fysisk aktivitet og velvære, positiv risktagning, å ha valgmuligheter og kunnskap om egen diagnose og om ulike behandlingsalternativer, samt å gjenvinne selvstendighet og autonomi (Leamy et al., 2011).

2.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Denne studien tar utgangspunkt i håp som fenomen. Et fenomen kan defineres som «noe som viser seg ved seg selv for et subjekt» (Heidegger, 1999). Jeg ønsker å studere ulike aspekter og komponenter av fenomenet håp fra et førstepersonsperspektiv, og undersøke deltagerens opplevelser av hvordan håp påvirker deres personlige recoveryprosesser og hvordan de mener at en recoveryorientert praksis som *Fra offer til kriger* kan fremme håp og bidra i recoveryprosessen. Fenomenologien anerkjenner personens livsverden og bevissthet (Merleau-Ponty, 1999), og fokuserer på presise beskrivelser av fenomenet gjennom å søke essensielle betydninger av disse beskrivelsene (Kvale & Brinkmann, 2017).

Innenfor hermeneutisk filosofi tar man vare på fenomenene ved å vektlegge det som deltagerne gir betydning, og deltagerne anerkjennes som selvfortolkende mennesker med erfaringer, tradisjoner og historiske liv (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg ønsker å studere deltageres oppfatning av hvilken betydning håp har hatt for dem i deres recoveryprosess. Det humanistiske menneskesynet er forankret i den fenomenologiske hermeneutiske metode ved at mennesket betraktes som autonomt og i stand til å fortolke og reflektere rundt seg selv og sin livsverden (Lindseth & Norberg, 2004).

2.2.1 Fenomenologi

Fenomenologi er studiet av fenomener fra et førstepersonsperspektiv (Kvale & Brinkmann, 2017). Martin Heidegger, en av fenomenologiens grunnleggere, hevder at «*Everything we talk about, everything we have in view, everything towards which we comport ourselves in any way, is being; what we are is being, and so is how we are*» (Heidegger, 1999, s.276). Med påvirkning av Husserls fenomenologi og Kierkegaards eksistensialisme mente Heidegger at vi er vår historie, og at vi ser og forstår alt ut fra våre egne perspektiver. Siden all forståelse har sitt opphav i forforståelsen er man nødt til å forstå sosiale fenomener ut fra informantenes egne perspektiver og beskrive opplevelsene så tett opp til deres oppfatninger som mulig (Heidegger, 1999; Kvale & Brinkmann, 2017). Økt bevissthet om egen forforståelse skaper grunnlag for tilegnelse av ny troverdig forståelse (Heidegger, 1999). Jeg har derfor tatt utgangspunkt i egen forståelse og erfaring med emnet, vært disse bevisst, og forsøkt å reflektere rundt forforståelsen under arbeidet med denne studien.

2.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken defineres som fortolkningslære (Kvale & Brinkmann, 2017), og er i følge Gadamer (1999) et møte med eksistensen gjennom språket. I søken etter kunnskap og tolkning av et fenomen må vi så langt det lar seg gjøre la fenomenet selv framtre på egne premisser. Ricoeur (1976) tar utgangspunkt i at hermeneutikk er teori om all forståelse og at ved studier av «væren-i-verden» må det språklige vektlegges og man må ta hensyn til det kontekstuelle, altså omverden, samt historiske og kulturelle aspekter. Den hermeneutiske sirkel er en måte å jobbe på innenfor kvalitativ forskning som beskriver den konstante bevegelsen mellom helhet og deler, og mellom egen forforståelse og fortolkning (Lindseth & Norberg, 2004; Ricoeur, 1976).

3.0 METODE

3.1 Forskningsdesign

Jeg søker å komme i dybden på fenomenet håp og forstå det i lys av deltageres livsverden, der formålet er å undersøke hvordan de tolker og definerer håp, hva som inspirerer til håp, og hvordan de mener håp bidrar til deres personlige recoveryprosess. På bakgrunn av dette vil studien ha et eksplorativt kvalitativt forskningsdesign, forankret i et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapssyn. Siden deltageres fortellinger og beskrivelser står i fokus vil studien ha en narrativ og meningsbærende karakter. Under datainnsamlingen ga deltagerne spontant sine perspektiver på hvordan recoveryorienterte tilbud påvirker håpet i forhold til den kliniske recovery modellen forankret i det tradisjonelle helsevesenet.

3.2 Utvalg

Utvalget i denne studien besto av åtte personer med psykiske helseutfordringer eller rusproblematikk som har vært deltagere på kurset *Fra offer til kriger*. Deltagerne i denne studien har ulike bakgrunn, men samtlige har erfaringer fra helsevesenet. Noen har tidligere rusproblematikk, mens andre har vært innlagt i psykiatrien eller mottatt poliklinisk behandling. På forhånd ønsket jeg en viss balanse i kjønnsfordelingen for å kunne si noe om begge kjønn, og har derfor benyttet en strategisk utvalgsmetode (Forskningsetiske komiteer, 2010). Det endelige utvalget besto av seks kvinner og to menn, i alderen 24 til 42 år. Jeg transkriberte og påbegynte analysen fortløpende, og så at et metningspunkt var nådd etter åtte deltagere (Kvale & Brinkmann, 2017). Informantene ble rekruttert under min deltagende observasjon på et av kursene, samt via Linda Øye som besitter oversikt over samtlige deltagere. Aktuelle deltagere ble kontaktet via tekstmelding og fikk tilsendt informasjon om prosjektet dersom det var ønskelig. Eksklusjonskriteriene i denne inkluderer geografisk plassering, basert på tid og ressursmangler.

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen i denne studien baserte seg på individuelle intervjuer. Det var på forhånd utformet en semistrukturert intervjuguide (se Vedlegg 2) for å styrke reliabiliteten i undersøkelsen ved å sikre at alle respondentene ble stilt spørsmål innenfor det samme, samt mulighet for å gi innblikk i sine perspektiver på de ulike temaene (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg valgte forholdsvis åpne spørsmål for å ha et bredt perspektiv, og at jeg var åpen for å finne andre ting enn jeg på forhånd kanskje hadde forventet. Intervjuguiden inneholdt spørsmål som omhandler og søker å kartlegge; bakgrunnsinformasjon (kjønn, alder, bakgrunn for påmelding av kurs), nåværende situasjon, eventuell utdanning og/eller arbeidssituasjon, motivasjon, engasjement, ønsker og drømmer for fremtiden, samt personens perspektiver på fenomenet håp og hva som fremmer håp for dem personlig. Intervjuene ble utført ansikt-til-ansikt for å bygge relasjon og gjensidig tillit, og på denne måten skape en intervjuetting hvor deltageren følte seg komfortabel nok til å dele informasjon, slik at mest mulig kunnskap ble innhentet. Intervjuene hadde en varighet på 14 til 60 minutter, avhengig av samtalens forløp og den enkelte deltagerens motivasjon for å fortsette samtalen. Noen av deltagerne var kortfattede, men likevel presise i sine svar. Jeg følte at samtlige intervjuer ga gode innblikk i deltagerens perspektiver og livsverden, uavhengig av intervjuets varighet. For å unngå misforståelser søkte jeg å gi deltagerne god tid på å svare, samt mulighet for å oppklare eventuelle tvetydigheter i sine uttalelser. Ved å stille oppfølgingsspørsmål eller gjenta hans eller hennes uttalelse søkte jeg å gi rom for at de fikk presisert egen tolkning og hadde uttrykt det de ønsket, og kunne komme med eventuelle tilføyelser (Lindseth & Norberg, 2004).

Sted for intervju ble avtalt i samarbeid med deltageren, og han eller hun valgte et sted hvor vedkommende følte seg komfortabel. Dette for å ta hensyn til konteksteffekten (Kvale & Brinkmann, 2017), samt prinsippet om å gjøre minst mulig skade på intervjuobjektet (NESH, 2016). Det ble gitt informert samtykke for lydopptak på samtlige intervjuer. Informantene var informert om dette på forhånd og fikk mulighet til å ta stilling til dette før oppstart av intervjuet. Lydopptak er nærmere den originale samtalen enn skrevne notater, og dette ga mulighet for å høre samtalen gjentatte ganger i etterkant for å sikre at jeg hadde forstått innholdet (Lindseth & Nordgren, 2004). Før lydopptaket ble igangsatt fortalte jeg gjerne informantene litt om meg selv, slik at vi ble litt kjent, og de følte seg så komfortable som mulig under samtalen. Lydfilene fra intervjuene ble overført til en minnepinne og umiddelbart slettet fra lydbåndopptakeren. Under intervjuene var jeg bevisst på rekkefølgen av

spørsmålene, slik at samtalen ikke ble avsluttet med et negativt ladet spørsmål. Dette for å ta hensyn til informantenes følelser rundt prosjektet og at intervjusituasjonen skulle være av positiv karakter (NESH, 2016). Etter endt intervju ble det skrevet refleksjonsnotater med spontane inntrykk av intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017) i form av en annotering som begynnelsen på analyseprosessen (Lindseth & Norberg, 2004).

3.4 Analyse

Etter utført intervju ble det skrevet et kort sammendrag som omfattet hvem som ble intervjuet, hvor og når det skjedde, hovedtemaer i samtalen, eventuelle direkte svar på spørsmål fra intervjuguiden, spesielt interessante ting som ble sagt, og om intervjuet førte til nye tanker rundt problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2017), i tillegg til refleksjonsnotatet som beskrev umiddelbare inntrykk og følelser. Dette for å sørge for at ferske inntrykk og opplevelser av intervjusituasjonen ikke gikk tapt, samt at den nonverbale kommunikasjonen ble dokumentert (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjuene ble transkribert manuelt etter lydopptakene og hørt gjentatte ganger for validering. Den kvalitative analysen benyttet er inspirert av fenomenologisk hermeneutisk metode etter artikkelen til Lindseth og Norberg (2004). Jeg valgte denne analysemetoden fordi den anerkjenner deltageres individuelle perspektiver og forståelse av egen recoveryprosess i henhold til fenomenologien, samt åpner opp for tolkning og dypere forståelse av fenomenet håp gjennom hermeneutikken (Lindseth & Norberg, 2004).

Analysemetoden har tre klare analysefaser: kontekstualisering, dekontekstualisering og rekontekstualisering (Lindseth & Norberg, 2004). Den første analysefasen innledes med en «naiv lesing» av hvert intervju som oppsummeres i noen setninger. Den naive lesingen skal være et umiddelbart og spontant inntrykk av teksten, og leseren lar seg bevege og påvirke direkte av ordene som står uten å introdusere for mye tolkning. Teksten ble så inndelt i meningsbærende enheter, kondensert og delt i subtemaer og temaer som utgjør den andre analysefasen i metoden. Disse ble sammenlignet med den naive forståelsen for validering. I den tredje og avsluttende analysefasen ble teksten igjen lest gjennom som en helhet, og igangsatte refleksjonen rundt temaene i forhold til det teoretiske fundamentet (Lindseth & Norberg, 2004).

3.4.1 Første analysefase: Kontekstualisering

Den første analysefasen er en preliminær fortolkning av det transkriberte datamaterialet fra intervjuene. I henhold til fenomenologisk hermeneutisk metode søkte jeg å gi et spontant førsteinntrykk av intervjuene hver for seg. Denne fasen kalles «naiv lesing» og jeg strebet etter å være åpen og bli beveget av teksten, for så å summere det opp i en kort beskrivelse av helhetsinntrykket. Det ble benyttet et fenomenologisk, hverdagslig språk, og oppsummeringen utgjorde utgangspunkt for videre tolkning (Lindseth & Norberg, 2004). I følge Lindseth og Norberg (2004) skal man lese med åpent sinn, uten å tolke for mye, og forsøke å gi et umiddelbart overblikk over hvert enkelt intervju. Jeg etterstrebet å lese tekstene med fordomsfrihet og å la tekstene snakke for seg selv uten å legge på mine tolkninger og forhåndskunnskap.

Eksempel på naiv lesing:

Hun forteller om ulike typer behandling som ikke har fungert, liten tro på at kurset skulle gjøre en forskjell. Har hatt håp for barna sine i håpløse tider, fordi de fortjener en mamma. Endring i fokus har startet en prosess. Målet er ikke lenger å bli frisk, men å klare å leve med og akseptere «det nye jeget». Akseptere at ting er som de er, fokus på her og nå, og at det ikke gjør noe om man går 15 skritt tilbake så lenge man kommer litt flere steg fram neste gang. Hun vet at hun kommer tilbake, en trygghet i det. Man må være sta for å beholde håpet i vanskelige tider, og jobbe aktivt for å finne det igjen i håpløshet.

Et annet eksempel:

Det viktigste er at noen ser deg og dine positive egenskaper. Kurset åpnet øynene ved å bekrefte at hennes drømmer var valide selv om de ikke var «store». Hun drømte om mann, hus og barn, og har oppnådd det. Viktig med påminnelser om riktige tanker for å bevege seg fremover. Prosessen startet på kurset, men arbeidet skjer i hverdagen etterpå. Det er greit å ikke klare alt hele tiden, noen ganger må man stoppe opp og ta hensyn til sine begrensninger i en periode. Dessverre er det litt tilfeldig hvem du møter, du må møte de rette personene som ser deg underveis.

3.4.2 Andre analysefase: Dekontekstualisering

Den andre analysefasen kalles «dekontekstualisering» etter Lindseth og Norbergs metode, og handler om å bryte helheten ned i mindre deler og lete etter sammenhenger mellom delene. Det ble gjort en tematisk strukturanalyse siden studien omhandler klare temaer samt fenomenet håp. En tematisk strukturanalyse innebærer at man plukker ut såkalte 'meningsbærende enheter' som er direkte sitater fra det transkriberte datamaterialet, lager en kondensering av disse hvor man korter ned, for så å kategorisere disse i «subtemaer» og «temaer». I følge Lindseth og Norberg (2004) kan man arbeide horisontalt eller vertikalt i den andre analysefasen. Jeg valgte å starte med en vertikal analyse for å finne meningsbærende enheter i hvert enkelt intervju, for så å jobbe horisontalt for å få en oversikt over meningsbærende enheter i hele datamaterialet.

De meningsbærende enhetene er utsagn som innholdsmessig hører sammen og varierer mellom en halv setning og opp til flere setninger. Hver meningsbærende enhet beskriver én mening og skal passe inn i et gjensidig utelukkende tema. Etter å ha identifisert de meningsbærende enhetene i datamaterialet ble de kondensert. Kondenseringen innebærer at enhetene kortes ned, men holdes tett opp til det originale utsagnet (Lindseth & Norberg, 2004). Under arbeidet med kondenseringen var jeg oppmerksom på språket og de spesifikke ordene informantene brukte. Den kondenserte meningen skal korte utsagnet ned uten å endre eller introdusere egne fortolkninger (Lindseth & Norberg, 2004). Den meningsbærende enheten ble lest gjentatte ganger for å finne passende subtema, og etterhvert tema. Jeg valgte å sette det opp i en tabell for å gjøre prosessen mer oversiktlig (se Tabell 1 i artikkel). Temaene og subtemaene skal navngis med flere ord eller en setning etter Lindseth og Norbergs metode. Jeg prøvde meg frem i forhold til å navngi temaene, og etter fenomenologisk hermeneutiske prinsipper valgte jeg navn i infinitiv (f.eks. «Å føle tilhørighet»).

Under arbeidet med den andre analysefasen og temaene leste jeg gjennom datamaterialet gjentatte ganger for å forsikre meg om at jeg holdt meg tett på originalteksten og at jeg ikke utelot viktige meningsbærende enheter. Den naive lesingen ble også lest flere ganger under arbeidet med dekontekstualisering.. Analysen endte i forholdsvis mange subtemaer, og jeg så etter likheter og forskjeller for å finne passende temaer. I og med at temaene for denne studien er menneskelige aspekter, var det vanskelig å arbeide ut fra «gjensidig utelukkende» temaer, da temaene naturlig glir litt over i hverandre. I utgangspunktet hadde jeg identifisert fem temaer og de har endret noe innhold underveis, men etter mange gjennomlesninger av datamaterialet og sammenligning med den naive lesingen endte jeg opp med fire temaer:

«Å bli sett som en person, ikke som en bruker», «å føle tilhørighet» «å få den hjelpen man trenger når man trenger den», og «å leve her og nå».

3.4.3 Tredje analysefase: Rekontekstualisering

Da den tematiske strukturanalysen var fullført og teksten var oppstykket og kategorisert etter temaer og subtemaer begynte den tredje og avsluttende analysefasen som heter «rekontekstualisering» etter Lindseth og Norbergs metode (2004). Fasen innebærer å samle delene sammen igjen for å oppnå en overordnet helhet som består av delene fra analysefase to sammen med egne fortolkninger sett i lys av teoretisk rammeverk, samt tidligere forskning. Jeg gikk noen runder med de temaene jeg hadde funnet og målte dem opp mot CHIME-elementene i recoverymodellen (Leamy et al., 2011). Fortolkningen skjedde gjennom å lete etter likheter og tendenser i materialet, samt ulikheter. Datamaterialet ble så lest gjennom som en helhet, sammenlignet med den naive lesingen og med de identifiserte temaene (Lindseth & Norberg, 2004). Avslutningsvis ble temaene og subtemaene reflektert over i forhold til studiens problemstilling og det teoretiske rammeverket.

Målet med studien var ikke å gi en faktuell definisjon av begrepet håp, men å tegne et bilde av hva håp er, hva håp betyr for deltagerne i deres recovery og hvordan recoveryorientert praksis kan fremme håp. Dette ved å kartlegge likheter og forskjeller i måten de beskriver sine opplevelser på og kritisk se det opp mot det teoretiske fundamentet. Fenomenologisk hermeneutisk metode bidro til dette ved at fokuset hele tiden var på deltagerens beskrivelser og deres tolkninger av livsverdenen. Man forventer ikke å finne én fundamental sannhet, men å identifisere aspekter ved et fenomen og ulike betydninger fenomenet har for mennesker (Lindseth & Norberg, 2004).

3.5 Ethiske refleksjoner

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven ble det tatt hensyn til foreliggende etiske retningslinjer (NESH, 2016) gjennom alle faser av prosjektet; i forberedelsen, under intervjuene, ved oppbevaring og behandling av datamaterialet, under analysen og ved rapportskriving og publisering. Hovedpunktene i retningslinjene omhandler respekt for

deltagernes autonomi og selvbestemmelse, hensyn til menneskeverdet og personvern, plikt til å innhente informert samtykke, forskers plikt til å opptre i henhold til regler om konfidensialitet og taushetsplikt, og å unngå skade og belastning på deltagerne. Deltagerne i denne studien mottok et informasjonsskriv med informasjon om prosjektet (se Vedlegg 1), hvor det ettertrykkelig sto at deltagelse er frivillig og at de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg uten noen form for forklaring (Forskningsetiske komiteer, 2010). Informantene fikk beskjed om at all data som omhandler dem ville bli slettet dersom de skulle ønske å trekke seg fra prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2017). For å sikre deltagernes selvbestemmelsesrett ble dette repetert muntlig i forkant av intervjuet. Jeg understreket også taushetsplikten, samt informerte om sikker oppbevaring av datamaterialet og anonymisering ved publikasjon. *Fra offer til kriger* er en relativt liten organisasjon, og jeg har hatt betenkeligheter med å publisere organisasjonens navn i fare for at deltagerne i denne studien skal kunne være gjenkjennbare. Jeg har likevel valgt å gjengi navnet på bakgrunn at temaene i denne studien stort sett er lystbetonte og fordi ingen sensitiv informasjon knyttes direkte opp mot sitater i publiseringen.

Prosjektet mottok tilrådning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) Personvernombudet for forskning jf. §7-27 fra og med 31.05.2018. Referansenummer 60425/3/MSS (se Vedlegg 3).

3.5.1 Oppbevaring av datamaterialet

Under arbeidet med dette prosjektet trådte EUs personvernforordning i kraft og gjelder nå som norsk lov. Dette innebærer blant annet at informantene innehar flere og tydeligere rettigheter (Personopplysningsloven, 2018). I tråd med personopplysningsloven (2018) har datamaterialet blitt oppbevart på en kryptert enhet. Direkte identifiserbare opplysninger som fullt navn eller fødselsdato ble aldri innhentet og har således ikke blitt oppbevart. Indirekte identifiserbare opplysninger som alder, kjønn, lydfiler med stemme og eventuelle diagnoser ble oppbevart på en kryptert minnepinne. Det anvendte krypteringsverktøy 'VeraCrypt' ble nedlastet via internett etter retningslinjer angitt av behandlingsansvarlig institusjon, det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger. Kryptert minnepinne og samtykkeskjemaer ble oppbevart i et låsbart skap. Notater og lydfiler ble anonymisert under arbeidet og slettes ved prosjektets slutt (Datatilsynet, 2015). Det er kun student og veileder som har hatt tilgang til datamaterialet under prosjektets pågående periode.

3.5.2 Minimal skade på informantene

Forskningsetiske retningslinjer understreker betydningen av minimal skade eller forulemping av informanter i et forskningsprosjekt (NESH, 2016). For at informantene skulle ha en god opplevelse av intervjusituasjonen og deltagelse i prosjektet var jeg bevisst på å avslutte intervjuene på en positiv måte. Spørsmålene fra intervjuguiden ble ikke stilt kronologisk, men i en rekkefølge som fløt naturlig ut fra samtalens form. Dersom jeg manglet svar på spørsmålet om håpløshet var jeg bevisst på å ikke ende samtalen på dette spørsmålet, men heller avslutte med å stille spørsmål om håp for fremtiden. Etter at lydbåndopptakeren var avslått hadde jeg en hyggelig prat med deltageren, og på denne måten forsøkte å sikre at de i etterkant ville igjen med en god følelse.

3.5.3 Egen forforståelse

Under mitt arbeid med denne oppgaven ble jeg ansatt i organisasjonen *Fra offer til kriger* som kursleder på et av kursene. Dette skjedde i etterkant av datainnsamlingen. Jeg har forsøkt å forholde meg så nøytral som mulig under mine beskrivelser av *Fra offer til kriger* sine metoder, men er like fullt bevisst på egen forforståelse sett i lys av at jeg nå er en del av denne organisasjonen. På bakgrunn av min arbeidserfaring innenfor psykiatrien og rus har jeg en forforståelse i forhold til problemstillingen i denne studien. Jeg har alltid vært opptatt av å se hele mennesket og være ydmyk i forhold til at jeg for lov til å ta del i livene deres. Da jeg først ble introdusert for recoveryfilosofien ble jeg veldig engasjert, og visste med en gang at det var det jeg ønsket å basere masteroppgaven på. Jeg har kjempet noen kamper på diverse arbeidsplasser, og følte at jeg endelig fant en teori som legitimerte mitt syn på miljøterapi.

3.6 Troverdighet og relevans

I følge Hammersley (2007) bør kvalitativ forskning være relevant i forhold til å undersøke meningsfulle spørsmål for den aktuelle populasjonen, bidra til den eksisterende kunnskapsbasen og være generaliserbar til andre settinger. Implementeringen av recoveryorienterte tjenester står i sentrum innenfor dagens tilbud til personer med rusproblematikk og/eller psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2018), og personer i recoveryprosesser har relevante innvendinger til dagens praksis på området (Herrestad &

Biong, 2011). Dette understreker studiens relevans, og bidrar til den eksisterende kunnskapsbasen ved å undersøke personer i recovery sine egne perspektiver på recoveryorientert praksis. Datamaterialet innhentet omhandler deltagerne subjektive opplevelser av et recoveryorientert kurs og deres personlige tanker i forhold til håp i recoveryprosessen. Bredden i bakgrunn, historikk, alder og kjønn øker sjansen for at overførbarhet til den øvrige populasjonen er mulig, og funnene vil således også kunne være generaliserbare i forhold til andre settinger.

Troverdigheten i dette prosjektet ble styrket ved å ta utgangspunkt i en intervjuguide, for på den måten å sørge for at alle informantene ble stilt de samme spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2017). I følge litteraturen sikres validiteten innenfor kvalitativ forskning ved at forskeren jobber under etiske normer og verdier som fremmer kredibilitet, pålitelighet og transparens (Graneheim & Lundman, 2003), noe som har blitt tatt hensyn til i dette prosjektet.

4.0 TILLEGGSFUNN

I tillegg til funn presentert i artikkelen som representerer hva deltagerne poengterte som viktig i forhold til håp i recoveryprosessen, har deltagerne i denne studien beskrevet håp og håpløshet som fenomener.

4.1 Håpløshet er å føle at man ikke kommer noen vei

Deltagerne beskrev håpløshet som mørke i motsetning til det lyse som representerer håp. Flere av dem sammenlignet håpløshet med et fravær av mot og drivkraft, og at man i håpløse tider ikke ser noen utvei. Deltagerne hadde ulike definisjoner av fenomenet håpløshet:

«Det er når du forer de negative tankene. At du fortsetter å bygge på dem.. at det er ingenting som driver deg, at du ikke har motivasjon til noe og tenker «dette greier jeg ikke» - du har allerede bestemt deg»

«Det er jo ingenting.. på en måte. Vondt og mørkt og skummelt og vanskelig.. du vil bare gjemme deg vekk fra verden»

«Når det har vært som verst da er det ikke noe håp. Og det er vel det som er litt av utfordringen med å begynne å ta tak i ting. At det er såpass mørkt at jeg ikke ser noen vei ut av det, og jeg kan ikke se at noe skal forandre seg så mye at ting skal bli bra igjen»

«Å føle at du ikke kommer noen vei.. da blir det håpløst for meg. Å føle at man står fast, og masse tanker og følelser og kaos.. Oppgitthet»

4.2 Håp er kanskje det hver enkelt finner seg for å la det gå an

Datamaterialet viste at deltagerne har ganske ulike definisjoner av fenomenet håp. En av deltagerne beskriver det slik:

«Håp ville jeg definert som.. jeg synes det er forskjellig fra person til person, jeg mener det ikke er en konkret ting.. men et håp tror jeg kanskje det er hver enkelt som finner seg for å la det gå an»

Flere deltagere uttrykte at håp forbindes med mål eller noe du ønsker å oppnå. En av dem definerte håp slik:

«Jeg føler håp står sammen med mål. I hvert fall i mitt hode har det gjort det.. for at når du blir spurt om håp, så tenker du jo på et mål, du har et håp om å nå det målet.. det er noe du sikter til, tenker jeg, og da henger jo håp sammen med målet. Jeg tenker håp er en følelsesrettet fenomen. Følelse og tanke som henger sammen kanskje»

En annen deltager sa:

«For at du skal ha en drøm, ha et mål, så må du jo ha et håp for at det skal gå bra på en måte»

En fellesfaktor blant deltagerne beskrivelser av fenomenet var at håp knyttes til mening med livet, at håp er fremtidsrettet og fungerer som motivasjon her og nå, og at håp henger sammen med en følelse. Jeg tror deltagerne oppfattet spørsmålene om håp noe forskjellig, og at dette

muligens kan forklare noen av ulikhetene i de gitte svarene. Noen søkte å definere fenomenet håp, mens andre svarte på hva som var forbundet med håp for dem personlig.

En av deltagerne beskriver håp som:

«Håp for meg er å kunne være en bedre versjon av meg selv.. Håp for meg er det å kunne glede andre mennesker.. Håp er jo mye. Noen håper at de skal få en telefon, mens andre håper at de slipper ut av fengsel.. altså, det er jo en milliard forskjellige håp der ute. Vanskelig å sette ord på det, men håp er så mangt!»

Det gikk igjen at håp henger sammen med en måte å tenke på, en slags positiv vinkling på livet her og nå. En av deltagerne forklarte:

«Håp er det å aldri gi opp og alltid se nye muligheter. Og sette pris på det du har i stedet for å tenke på det du ikke har. Det å alltid kunne se en løsning og ikke et problem. Det er håp»

5.0 OPPSUMMERING

Tilleggsfunnene presentert ovenfor understreker at håp og håpløshet som fenomener oppleves noe forskjellig og poengterer viktigheten av å tilrettelegge helse- og sosialtjenester med vekt på de individuelle perspektivene til personer i recovery, ta hensyn til deres meninger, og bidra til at de får jobbe ut fra egendefinerte mål som fremmer håp for dem personlig. Det finnes mye teori og tidligere forskning på recovery som teoretisk rammeverk, men det er behov for videre forskning på recoveryorienterte tjenester i praksis for å øke kunnskapsgrunnlaget om hvordan recoveryfilosofien bidrar til at personer med psykiske helseutfordringer eller rusproblematikk skaper seg bedre hverdager.

LITTERATURLISTE

- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644–653, doi: <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017a). Service Users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 505-513, doi: 10.1111/scs.12364
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017b). Continuity of care as experienced by mental health service users – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(7), 63, doi: 10.1186/s12913-017-2719-9
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Coulehan, J. (2011). Deep Hope. A song without words. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(3), 143–160. doi: <https://doi.org/10.1007/s11017-011-9172-2>.
- Datatilsynet (2015). *Anonymisering av personopplysninger*. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>
- Davidson, L & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. Hentet fra <http://www.hoctoronto.com/docs/recovery.pdf>
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 29-35, doi: 10.1018/14034950510033345
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2016). *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H. G. (1999). The universality of the hermeneutical problem. I E. C. Polifroni & M. L. Welch (red.), *Perspectives on philosophy in science in nursing: An historical and contemporary anthology* (s.339-346). Philadelphia: Lippincott.

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112, doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Forskningsetiske komiteer (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen helse og medisin*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Hammersley, M. (2007). The issue of quality in qualitative research. *International Journal of Research and Method in Education* (30)587-305, doi: 10.1080/17437270701614782
- Haugan, G., Moksnes, U. K. & Espnes, G. A. (2013). Nurse-Patient Interaction A Resource for Hope in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), 152–163, doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010113491460>.
- Heidegger, M. (1999). Exposition of the question of the meaning of being. I E. C. Polifroni & M. L. Welch (red.), *Perspectives on philosophy in science in nursing: An historical and contemporary anthology* (s.273-302). Philadelphia: Lippincott.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>
- Herrestad, H. & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5 (1), doi: 10.3402/qhw.v5i1.4651
- Herrestad, H., & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 109– 119.

- Holm, C. C., Steindal, S. A., Foss, B. & Dihle, A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 16-26, doi: 10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03
- Hummelvold, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Tradisjoner, fornyelser og praksiser: Recovery*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kelly, J. F. & White, W. L. (Red). (2011).: *Addiction recovery management: theory, research and practice*. New York: Humana Press.
- Koehn, C. V. & Cutcliffe, J. R. (2007a). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134–140, doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01054.x
- Koehn, C. V. & Cutcliffe, J. R. (2007b). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134–140, doi: 101111/j.1365-2850.2007.01055.x
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leamy, M., Bird, V., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452, doi:10.1192/bip.bp.110.083733
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2), 143-153, doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Merleau-Ponty, M. (1999). Phenomenology of perception. I E. C. Polifroni & M. L. Welch (red.), *Perspectives on philosophy in science in nursing: An historical and contemporary anthology* (s.328-338). Philadelphia: Lippincott.
- Marcel, G. (2010). *Homo Viator: Introduction to the Metaphysic of Hope*. South Bend Indiana: St. Augustine`s Press.
- NESH (2016). Forskningsetiske retningslinjer innenfor samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf

- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, I. H. (2013). Å delta med det du kan: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 10(3).
- Personopplysningsloven (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-12-20-116). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Texas: Texas Christian University Press.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6(118), 421–433, doi: 10.1111/j.1600.0447.2008.01271.x
- Slade, M. (2014). *A guide for mental health professionals: Personal recovery and mental illness* (6.opplag). Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery - En veiledning for psykisk helsepersonell*, 2.utgave, norsk utgave oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2005). Hope theory: a member of the positive psychology family. In Snyder C. R. & Lopez, S. J. (red). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 257-276.
- Sælør, K. T., Ness, O., Holgersen, H. & Davidson, L. (2014). Hope and recovery: a scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 63-72. doi: 10.1108/ADD-10-2013-0024
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M., & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(8), 141–152, doi: 10.1108/ADD-05-2015-00100
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2011). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 1(18), doi: 10-1093/bjsw/bcr076

- Topor, A. (2011). Kan psykiatrin bli återhämtningsriktad? Psykiatrins praktik och kunskap kontra brukarpraktik och kunskap. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 8(4), 303-313.
- Topor, A. & Denhov, A. (2014). Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis*, 7:3, 228-236, doi:10.1080/17522439.2014.956784

“Å BLI SETT SOM EN PERSON, IKKE SOM EN BRUKER”:
BETYDNINGEN AV HÅP I RECOVERYPROSESSER
-En kvalitativ studie av recoveryorientert praksis

Artikkelmanuskript, vitenskapelig artikkel

Antall ord: 5020

Antall tabeller og figurer: 3

NSD ref.nr: 60425/3/MSS

Mona Gundelach Mikkelsen

1985

Bachelorgrad psykologi, mastergrad i rus og psykisk helsearbeid

Grønlandsleiret 19A, 0190 Oslo

mona.gundelach@gmail.com

Else Tunland

Uavhengig forsker, mastergrad i sosialfag

Solakrossen 13, 4050 Sola

elsetun@hotmail.com

Artikkelmanuskriptet er tiltenkt eventuell publisering i Tidsskrift for psykisk helsearbeid.
Denne forfatterveiledningen er brukt:

<https://www.idunn.no/tph#/authors>

Av estetiske og strukturmessige hensyn er det i masteroppgaven blitt benyttet innrykk i overskrifter, samt kortere linjeavstand på sitater. Dette vil bli endret før innsendelse til det aktuelle tidsskrift.

SAMMENDRAG

Håp betraktes som en viktig komponent i den personlige recoveryprosessen hos personer med rusproblematikk og psykiske helseutfordringer. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan personer i recoveryprosesser opplever håp, og hvordan recoveryorientert praksis kan fremme håp. Studien hadde et kvalitativt design og en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Datainnsamlingen er basert på individuelle intervjuer av tidligere deltagere på det recoveryorienterte kurset *Fra offer til kriger*. Analysen resulterte i fire temaer: «å bli sett som en person, ikke som en bruker», «å føle tilhørighet», «å få den hjelpen man trenger når man trenger den», og «å leve her og nå». Vi diskuterer hvorvidt tilbud bygget på recoveryfilosofien bidrar til å fremme håp.

Nøkkelord: Håp, recovery, psykisk helse, rus, brukerperspektiv

ABSTRACT

Hope is considered an important component of the personal recovery process for people with drug addictions and/ or mental health challenges. This study intends to contribute to the knowledge of how people in recovery experience hope and how recoveryoriented practice inspires hope. The study had a qualitative design and a phenomenological hermeneutical approach. The data collection was based on individual interviews of former participants from the recoveryoriented course *Fra offer til kriger*. The analysis resulted in four main themes: “to be seen as a person, not as a client”, “to feel connectedness”, “to get the help you need when needed”, and “living in the presence”. We discuss how recoveryoriented practices contribute to feelings of hope.

Keywords: Hope, recovery, mental health, addiction, client perspective

BAKGRUNN

Håp om bedring kan være det første vendepunktet mot en mer meningsfull hverdag for personer med rusproblematikk og psykiske helseutfordringer (Schrank, Stanghellini & Slade, 2008). Tidligere studier tar ofte utgangspunkt i hvordan tjenesteytere innen rus og psykisk helse kan inspirere til håp (Sælør, Ness, Borg & Biong, 2015). Det ser ut til å være behov for mer kunnskap om håpets betydning i tilbud hvor personene selv ansvarliggjøres for egen recovery og hvor deres egne mål og drømmer står i fokus. Hva håp er, hva som kan inspirere til håp, og hvordan håp oppleves og beskrives av personer i recoveryprosesser er et område hvor det er behov for mer forskning (Sælør, Ness, Holgersen & Davidson, 2014).

I denne artikkelen ser vi nærmere på håpets betydning for deltagere på det recoveryorienterte kurset *Fra offer til kriger*.

Begrepet recovery har to veldig ulike betydninger. Det skilles mellom 'klinisk recovery' (*recovery from*) som vektlegger symptomreduksjon, fagekspertise og lik behandling for alle, samt etterstreber at pasient eller bruker skal få status som 'frisk' etter endt behandling, og 'personlig recovery' (*recovery in*) hvor recovery betraktes som en livslang prosess hvor målet fremfor alt er å leve meningsfulle liv, med eller uten symptomer, 'her og nå' (Karlsson & Borg, 2017). Økt kunnskap om viktigheten av selvbestemmelse, erfaringskunnskap og mestring fører til at stadig flere helse- og sosialtjenester søker å implementere en personlig recoveryideologi i arbeidet med rus og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2012). Denne ideologien ser hele mennesket, vektlegger ressurs fremfor diagnose, og person fremfor kategori. En recoveryprosess er individuell, unik, og må ses i sammenheng med personens sosiale kontekst og livshistorie (Topor, 2011). Behandlingsmålet er ikke nødvendigvis å bli symptomfri, men å finne glede, utvikle mestringsstrategier og leve meningsfulle liv til tross for rusproblematikk eller psykiske helseutfordringer (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Fra offer til kriger ble startet av Linda Øye som selv har ni års erfaring som «psykiatrisk pasient». Felles for kursdeltagerne er at de på en eller annen måte opplever seg fastlåste i sine liv, og trenger nye verktøy og mestringsstrategier for å få en bedre hverdag. Kursene har en varighet på seks måneder, består av fem deltagere og er ledet av to kursledere, en med fagbakgrunn og en med erfaringskompetanse. Formålet med kurset er at deltagerne skal ut av offerrollen ved å anerkjenne sin indre kriger. Kurslederne er bevisste på å se hele mennesket og ser forbi bremseklosser og diagnoser. Det er åtte samlinger pluss en-til-en oppfølging med

kurslederne, og terskelen er lav for å ta en telefon eller sende melding ved behov. Kursene har ingen mal eller fasit, men blir til underveis, basert på deltagerens egendefinerte behov, mål og drømmer. «Vi jobber ikke med de svake i samfunnet. Vi jobber med de tøffeste av de tøffe! De har stått i flere kamper enn et gjennomsnittsmenneske» (Linda Øye).

Artikkelen søker svar på følgende problemstilling:

Hva betyr håp i personlige recoveryprosesser og hvordan kan recoveryorientert praksis fremme håp?

METODE

Studiens design

Studien har et kvalitativt, eksplorativt design og en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring.

Utvalg

Utvalget besto av åtte personer med psykiske helseutfordringer eller rusproblematikk som tidligere har vært deltagere i *Fra offer til kriger*. Det ble benyttet en strategisk utvalgsmetode for å sikre en viss balanse i kjønnsfordelingen. Det endelige utvalget besto av seks kvinner og to menn, i alderen 24 til 42 år. Informantene ble rekruttert gjennom førsteforfatters deltagende observasjon på et av kursene, samt via organisasjonen. Deltagerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien, og ga informert samtykke i forkant av intervjuene. I tråd med Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble de informert om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi forklaring. Deltagerne hadde ulik bakgrunn og varierende historikk innenfor behandlingsapparatet. Samtlige definerte seg som i en pågående personlig recoveryprosess.

Datainnsamling

Det ble utført individuelle intervjuer med deltagerne ut i fra en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden inneholdt ti åpne spørsmål om bakgrunn, opplevelser av kurset, og om temaet håp. Deltagerne valgte selv møtested, og alle samtykket til bruk av lydopptak under intervjuene. Intervjuene hadde en varighet på 14 til 60 minutter. Opptakene ble transkribert manuelt. Data ble oppbevart og behandlet i tråd med gjeldende retningslinjer fra NSD og personopplysningsloven.

Dataanalyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Lindseth og Norbergs (2004) fenomenologisk hermeneutiske metode som baserer seg på Paul Ricoeurs teori om tolkning og forståelse av tekst. Analysemetoden har tre klare analysefaser: kontekstualisering, dekontekstualisering og rekontekstualisering (Lindseth & Norberg, 2004). Analysen ble innledet med en vertikal «naiv lesing» som resulterte i spontane oppsummeringer av de umiddelbare inntrykk av hvert intervju formulert i noen få setninger. I den andre analysefasen ble teksten inndelt i meningsbærende enheter, kondensert, og delt i subtemaer og temaer (se Tabell 1). Temaene ble sammenlignet med den naive forståelsen for validering. I den tredje og avsluttende analysefasen ble teksten igjen lest som en helhet, og innledet refleksjon rundt temaene i forhold til det teoretiske rammeverket (Lindseth & Norberg, 2004).

Sett inn Tabell 1

Forskningsetikk

Prosjektet mottok tilråding fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) Personvernombudet for forskning jf. §7-27 fra og med 31.05.2018. Referansenummer 60425/3/MSS. Personopplysningsloven (2018) trådte i kraft i løpet av prosjektperioden, og det nye reglementet har blitt implementert i arbeidet med denne studien for å ivareta deltageres rettigheter.

FUNN

Det var fire temaer som gikk igjen når deltagerne skulle beskrive hva som inspirerte dem til håp og hvilken betydning håp hadde for dem personlig i recoveryprosessen; «Å bli sett som en person, ikke som en bruker», «Å føle tilhørighet», «Å få den hjelpen man trenger når man trenger den», og «Å leve her og nå». Motstykket til disse temaene ble forbundet med håpløshet.

Å bli sett som en person, ikke som en bruker

Dette temaet omhandler de meningsbærende enheter og subtemaer som dreier seg om identitet, positivt fokus, ressurser og drømmer. Flere av deltagerne vektla det å bli møtt som en person, og ikke bare som en pasient eller bruker som avgjørende for følelsen av håp. Deltagerne hadde erfaringer fra helsevesenet og sammenlignet disse spontant med sine opplevelser i *Fra offer til kriger*.

«Nei, det var jo spesielt i forhold til hva annet jeg hadde erfaring med i fra hjelpeapparatet... du ble møtt liksom ikke som en bruker, men som en person!»

«.. du fikk være deg og du ble sett som deg selv, og ikke som en diagnose. Du ble ikke dømt»

Å bli kategorisert som «bruker» eller «psykiatrisk pasient» kan sette begrensninger og føre til håpløshet.

«Når du tar vekk den sykdom delen, så skjer det jo noe med mennesker, og det er klart at hvis du alltid får høre at 'du kan ikke sånn og du kan ikke gjøre sånn, altså 'du er liksom en svingdørspasient' - det er bare begrensninger! Så det er jo på en måte ikke rart at du ikke kommer noen vei»

Flere av deltagerne fokuset på drømmer og ønsker i *Fra offer til kriger* som noe positivt i motsetning til tidligere erfaringer fra andre hjelpetilbud. En deltager beskrev forskjellen slik:

«Fokuset ble flyttet fra det vonde til det som var bra, og hva du kunne i stedet for hva du ikke kunne. I stedet for å fokusere på begrensninger, som egentlig alle har, så ble det fokusert på å finne det som er dine ressurser»

Å føle tilhørighet

Dette temaet omhandler de meningsbærende enheter som dreier seg om meningsfulle relasjoner, å bety noe for andre, å føle seg nyttig, samt å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter. Deltagerne erfarte at håp knyttes til det å ha mennesker rundt seg, å kunne bidra og å være en del av et fellesskap.

«Håp er vel det du .. hvis du er langt nede og trenger noe som får deg opp.. så er det vel kanskje først og fremst de rundt deg. At du har folk rundt deg som bryr seg. Og venner, altså mennesker som kan backe deg opp.. det er viktigst.. at du ikke er alene»

Meningsfulle relasjoner fremheves av deltagerne som essensielt for å ha håp i perioder med mye motgang og håpløshet. I en sånn mørk periode beskriver en av deltagerne støtten i å ha en venn: «Ja, det trenger ikke være så himla mye.. Bare å ha en som ringer og er der, og.. høre at du er god nok..».

Deltagerne beskrev det å drive med meningsfulle aktiviteter som avgjørende for å ha håp. Flere av dem beskrev A4-livet som drømmen, og samtlige fortalte at arbeid hadde stått øverst på ønskelisten da de gikk på kurs. Når de ble spurt om hva de håpet for fremtiden svarte en av deltagerne: «.. Det er vel egentlig så enkelt som en jobb jeg trives i og har lyst til å gå til, sånn at det gir mening å stå opp om morgningen»

Utenforskap innebærer følelser av ensomhet og av å ikke bli forstått. Dette forsterkes av stigmatiseringen og det tabubelagte synet på psykiske lidelser og rusproblemer i samfunnet. Deltagerne beskrev viktigheten av å føle seg akseptert, og samtlige argumenterte for at utenforskap fostrer håpløshet. Fellesskap og samhold fører til håp, og flere av deltagerne beskrev hvordan de i møte med andre som har lignende erfaringer kjente på et håp om at det var mulig å leve med utfordringene.

«Gjennom kurset har jeg på en måte forstått at jeg ikke er gal.. Når du hører de andre deltagerne, så er det sånn at 'åja, jeg tenker omtrent det samme' og at du ikke er den eneste som tenker sånn. Det er på en måte med på å ufarliggjøre det»

«Håp er det å se endringer. Det å kunne åpne meg og snakke med andre og se at hverdagen er ganske lik for andre på en eller annen måte. Folk er ikke så forskjellige som vi vil ha det til!»

Å få den hjelpen man trenger når man trenger den

Deltagerne vektla fleksibilitet, tilgjengelighet, empowerment og erfaringskompetanse som viktige bidragsyttere til deres håp om recovery. Mange av dem har erfaringer med behandling i den offentlige helsesektoren, og uttrykte at det har vært for mange regler og rammer og at hjelpen har vært for lite fleksibel og tilgjengelig. *Fra offer til kriger* tilførte en trygghet ved at deltagerne ble oppfordret til å ta kontakt selv om klokken hadde passert fire på en ukedag. En av dem fortalte: «Vi ble fulgt opp veldig personlig da, type du kunne bare ta en telefon. Det var liksom litt nært, det var ikke en sånn stor barriere mellom oss og kurset».

Flere deltagere argumenterte for at relasjonen til hjelperen er spesielt viktig for følelsen av håp: «...du merker så sykt forskjell på om personen som skal hjelpe deg ser deg.. eller ikke. Det er alfa omega på en måte»

Deltagerne vektla også erfaringskompetanse når de ble spurt om hva som inspirerer til håp:

«Du føler at du snakker med folk som forstår hva du sier. Før har jeg følt at det er mye interesse og sånne ting, men du har følt at du snakker om ting som ingen skjønner noe av»

«Når hun (Linda) snakket om det, så visste jeg at hun ikke bare hadde lest det fra en bok.. det har noe med at den personen har vært oppi det og kommet seg ut av det .. og når hun da åpner seg opp, så stoler du sånn på det, og tror sånn på det.. og når du da i tillegg ser hvor langt hun har kommet i forhold til der hun var, så tenker du litt at ..det kan jeg og!»

Å leve her og nå

Mestringsstrategier og delmål som ga hverdagen mening var noe deltagerne erfarte bidro til håp i recoveryprosessen. Flere av deltagerne uttrykte frustrasjon over å befinne seg i en ny og begrenset livssituasjon, og fortalte at det hadde tatt tid å akseptere og forsones seg med det. Bearbeiding av vonde minner og traumer kan være viktig for å komme seg videre. Denne studien tyder likevel på at fortidsfokuset kan føre til håpløshet, og at det finnes mye håp i å ha det bra i nuet. En deltager beskrev sine opplevelser med psykiatrien i forhold til *Fra offer til kriger*:

«Før har det vært veldig fokus på hva som er galt, diagnosene mine. Det har vært mye fokus på hva som har skjedd, jeg har fortalt denne tingen om broren min, ulykken, utallige ganger. Og det har bare gjort vondt verre.. for det bringer opp ting som på en måte har falt litt vekk underveis i årene som har gått, som og kan få lov til å bare falle vekk.. Det er ikke viktige ting, men de kommer opp hele veien fordi du må ligge og dra det ut og fortelle om det.. I *Fra offer til kriger* var ikke det i fokus i det hele tatt. Selvfølgelig så er det jo en del av det som kom fram fordi det er en del av meg, en del av min hverdag, men jeg fikk en forståelse av at det viktigste her og nå er at jeg lærer å leve *nå*, med det jeg har. Og det har jeg aldri fått før, for det handla alltid om at jeg skulle bli kvitt det og det, skulle bli bedre på det og det, og sånne ting.. Og det gjorde det jo aldri, så det var jo et voldsomt nederlag hver gang. Så, det er den største forskjellen. At det ikke handlet om å bli frisk»

En annen deltager opplevde også fortidsfokuset som noe negativt:

«Sånn hvis jeg skal sammenligne med psykiatrien.. og hva de sier når du snakker med dem.. og de fokuserer sånn på fortiden din. 'Hva du har opplevd og hvorfor det skjedde det som skjedde', og liksom den der detektiv-greiene.. Og Linda var mer på 'ja, hva er det du vil oppnå da og hva er det du vil med livet ditt' ..»

I *Fra offer til kriger* jobber man mot egendefinerte mål, og kurslederne poengterer viktigheten av små seiere i hverdagen for å kjenne mestring. Deltagerne opplevde hvor essensielle de små delmålene er for den pågående recoveryprosessen og for opprettholdelse av håpet:

«I begynnelsen er det viktig å bare få noen smådrømmer. Store drømmer kan komme etterhvert. Drømmer om å stå på scenen og spille for en million mennesker eller noe sånt... Man kan gjerne tenke stort med en gang, men da går du raskt på trynet sant»

«...det å på en måte ha små delmål også tror jeg er viktig... Da kan man så fort se at man faktisk kommer en vei»

Flere av deltagerne vektla det å akseptere situasjonen som den er og ta hensyn til utfordringene sine som viktig for å bevare håpet:

«Fra offer til kriger-kurset var for å få hjelp til å fungere.. med det nye meg på en måte. Jeg har hele tiden prøvd å bli frisk, i stedet for å prøve å leve sånn som jeg er nå».

«Jeg har ikke blitt frisk, men jeg føler at jeg er innforstått med at ting er som de er. Og jeg merker at jeg håndterer det som skjer med meg og rundt meg på en bedre måte. Før så følte jeg gjerne at jeg tok et skritt frem og femten tilbake, mens nå føler jeg at.. det gjør ikke noe at jeg tar de femten tilbake fordi jeg vet at jeg kommer dit jeg var igjen og så enda litt frem»

DISKUSJON

CHIME-elementene fremheves i recoveryteorien som viktige aspekter ved recoveryprosessen; tilhørighet, håp, identitet, mening og empowerment (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). Disse elementene samsvarer med funnene i denne studien, men vi vil argumentere for at håp fungerer som et underliggende aspekt ved de øvrige elementene.

Sett inn Figur 1

«Å bli sett som en person, ikke som en bruker» handler om selvbilde og selvfølelse, samt kulturelle, relasjonelle og kollektive aspekter ved *identiteten* (Leamy et al., 2011). Deltagerne i denne studien gir flere eksempler på hvordan håp er essensielt i forhold til rekonstruksjon av en positiv identitet. Tidligere studier bekrefter disse funnene (Koehn & Cutcliffe, 2007) og recoverylitteraturen viser til at håp kan fungere som en indre drivkraft mot drømmer og mål (Bird et al., 2014).

Deltagerne i denne studien fremhever også viktigheten av *tilhørighet*, noe som omfatter meningsfulle relasjoner til andre mennesker samt det å være en del av et fellesskap (Leamy et al., 2011). Deltagerne mente at håp fremmer deres vilje til å søke andre mennesker og til aktiv deltagelse i samfunnet.

Empowerment henger sammen med ansvarliggjøring og kontroll over eget liv (Leamy et al., 2011). Deltagere i denne studien argumenterte for at recoveryorientert praksis foster håp og fører til empowerment, samt at fleksibilitet, tilgjengelighet og anerkjennelse bidrar til at man får den hjelpen man trenger når man trenger den.

Delmål og tilegnelsen av mestringsstrategier ble forbundet med mening i hverdagen og håp i recoveryprosessen. «Å leve her og nå» opplevdes som mer meningsfullt enn å fokusere på fortiden. Tidligere studier viser at håp oppleves som en egenstyrke som gjør at du klarer å *leve her og nå* (Schrank et al., 2008).

Identitet versus diagnose

Flere av deltagerne i denne studien vektla det å bli møtt som en person og ikke som en bruker eller pasient som grunnleggende for følelsen av håp. Dette stemmer overens med tidligere forskning som viser at det å bli møtt som et likeverdig menneske fostrer håp (Holm, Steindal, Foss & Dihle, 2018), og at det negative fokuset som ofte møter mennesker i helsevesenet er med på å fostre håpløshet (Deegan, 2005). Flere av deltagerne følte seg begrenset på grunn av sine psykiske helseutfordringer og mente at dette ofte var påført av helsevesenet. Man kan spørre seg om hvilket menneskesyn som råder i dagens helsetjenester dersom personer føler seg redusert til en diagnose eller en problematikk.

Fra tidligere studier vet vi at psykiske lidelser og rusproblematikk kan føre til at personer mister identitetsfølelsen og undergraver sin egenverdi basert på stigmatisering og lidelsens trykk (Bird et al., 2014). Annen forskning viser også at det å identifisere seg med en diagnose opprettholder en offerrolle (Koehn & Cutcliffe, 2007). I psykiatrien fokuseres det i stor grad på kategorisering av mennesker og diagnose, og helsepersonell kan glemme å se individet i en sosial og livshistorisk sammenheng (Topor, 2011). Psykiske lidelser og rusproblematikk er fremdeles knyttet til tabu og skambelagte følelser. Det er et tankekors at mennesker med psykiske lidelser, som i utgangspunktet ofte sliter med en uklar identitet, opplever at klinisk behandling gjør dem enda mer usynlige og stigmatiserte.

I *Fra offer til kriger* er det lite snakk om diagnoser, det er kun fokus på hva du drømmer om og hvordan du skal komme deg dit. Det er stor forskjell på en behandler som leter etter feil og en kursleder som starter med å si «Hva drømmer du om?». Deltagerne beskrev at de opplevde økt motivasjon og følelse av håp ved at fokuset lå på alt som kan oppnås bare man har den rette verktøykassen. Ved gjenoppbygging av positive selvbilder kan man tilegne seg mestringsstrategier som minsker lidelsens trykk i hverdagen (Deegan, 2005).

I *Fra offer til kriger* jobber man seg ut av offerrollen ved å finne frem til sin indre kriger. Deltagerne blir bevisstgjorte på egne styrker, lærer mestringsstrategier og målet er å finne sin identitet som noe annet enn 'en pasient'. En deltager som tidligere hadde følt seg som 'skyggen' mente han fikk 'et ansikt' i løpet av kursperioden siden han ikke lenger opplevde å bli møtt kun som en bruker.

Deltagerne opplevde mestring og håp ved at fokuset lå på det positive og ikke kun på begrensninger. Det er ikke slik at man skal bagatellisere rusavhengighet eller psykisk helseproblematikk, men det kan virke som om fokuset har blitt for negativt. I stedet for å objektivisere og forsøke å få alle til å passe inn i kategorier bør vi søke å se mennesket bak diagnosen. Recoveryorienterte praksiser kan dermed bidra til at personer i recovery finner sin identitet og sin plass i samfunnet ved at de inspireres til håp og bevisstgjøres på sine ressursområder. I motsetning til tjenestetilbud med fokus på klinisk recovery som fører til håpløshet ved at personer identifiserer seg med diagnosen og føler at de ikke mestrer hverdagen.

Tilhørighet versus utenforskap

Fra offer til kriger legger til rette for og oppmuntrer deltagerne til å bli kjent og fungere som en støtte for hverandre, men også å involvere eksisterende 'heiagjeng'; familie, venner eller andre støttespillere. Som vi har sett betyr det mye for kursdeltagerne at de «hadde folk rundt seg». Tidligere studier har også vist at det å føle seg nyttig og å kunne hjelpe andre er av betydning for recoveryprosessen (Deegan, 2005) og at sosial kontekst og omgivelser er vel så viktige som behandlingen av symptomer (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Kanskje har vi undervurdert den betydningen folk kan ha av hverandres erfaringer. På psykiatriske avdelinger på sykehus er det fortsatt vanlig at pasienter i henhold til 'husregler' ikke skal snakke med hverandre om sykdom, mens kursdeltagerne i *Fra offer til kriger* står fritt til å snakke åpent om sine utfordringer dersom de ønsker det. Fellesskapet fører til at deltagerne kan sammenligne seg med andre, noe som fikk enkelte til å føle seg mer 'normale'. Eller som en deltager uttrykte det: «Gjennom kurset har jeg på en måte forstått at jeg ikke er gal». Den kliniske settingen i psykiatrien isolerer mennesker og tar lite hensyn til sosial kontekst (Topor, 2011). Personen sperres inne, får behandling i form av medikamenter og sporadiske samtaler, og det er begrenset tilgang på aktiviteter som kan skape mening i hverdagen. Ut ifra egen arbeidserfaring i psykiatrien er erfaringen at pårørende også i mindre grad involveres, og spørsmålet blir hvordan personer i recovery kan skape bedring i en isolert sosial kontekst uten mening og 'hverdag'.

Stigmatisering og dømmende holdninger er noe personer med psykiske lidelser eller rusutfordringer må overkomme (Leamy et al., 2011), men spørsmålet er om klinisk behandling av mennesker med psykiske lidelser bidrar til utenforskap. Denne studien viser at kursdeltagere i *Fra offer til kriger* har fått tilhørighet gjennom å fungere som del av en heiagjeng for hverandre. Dette korresponderer med andre studier der man har funnet at meningsfulle relasjoner fosterer håp, minsker stigmatisering og øker følelsen av å finne mening i tilværelsen (Koehn & Cutcliffe, 2007). Meningsfulle aktiviteter og å kunne bidra til fellesskapet ble vektlagt som viktig for deltagerne i denne studien. Tidligere studier støtter disse funnene og poengterer at personer i recovery må ha tilhørighet for å finne håp (Davidson & Roe, 2007). Recoveryorienterte tilbud tilrettelegger for tilhørighet og dannelse av gode relasjoner.

Empowerment versus maktesløshet

I *Fra offer til kriger* ansvarliggjøres deltagerne for egen bedring og de anerkjennes som eksperter i egne liv. Tidligere forskning støtter at ansvarliggjøring i egen recoveryprosess fosterer håp og minsker sjansen for at personen identifiserer seg kun med den psykiske lidelsen (Koehn & Cutcliffe, 2007). *Fra offer til kriger* fokuserer på deltagerens mål og behov, og hjelpen baseres på disse. Dermed bygger deltagerne empowerment og går fra å være «offer» til å ta større ansvar i egen recoveryprosess. Tidligere forskning støtter at personer som rapporterer om høy grad av kontroll i eget liv føler mer håp (Holm et al., 2018), og at empowerment skaper muligheter for redefinisjon av en positiv identitet og styrke til å ta nye sosiale roller (Bird et al., 2014). Økt tilgjengelighet og fleksibilitet i tjenestene gir personer i recovery den hjelpen de trenger når de selv mener de trenger den, og anerkjenner samtidig deres eksperterolle i eget liv, samt styrker empowerment ved å validere deres uttrykte behov for bistand.

Forskning viser at relasjonen mellom personen i recovery og hjelper er helt avgjørende for at personen skal ha håp, og at det er helt essensielt at hjelperen selv har håp og tro på bedring for personen (Koehn & Cutcliffe, 2007). Kanskje har viktigheten av *profesjonalitet* skapt en barriere og et skjevt maktforhold mellom helsepersonell og dem vi skal hjelpe. Dersom det fokuseres på å ikke 'bli venn' eller 'være for personlig' kan man stille spørsmål ved om dette

indikerer et menneskesyn som samsvarer med humanistiske prinsipper. Recoveryorientert praksis legger en likeverdig relasjon til grunn. Deltagerne i denne studien vektla at personer som skulle hjelpe betraktet dem som likeverdige mennesker og anerkjente deres ansvar i prosessen.

Erfaringskompetanse står sterkt innen recoveryorientert praksis (Slade, 2014), og denne studien bekrefter at erfaringskonsulenter kan inspirere til håp. Flere av deltagerne fortalte om sitt møte med Linda Øye, og det at de fikk troen på egen bedring når de så hvor langt hun hadde kommet i recoveryprosessen. Det demonstrerte at personer med langvarig innleggelse og 'kronisk' diagnose faktisk kan leve meningsfulle liv, og deltagerne så muligheter for å ta livet og håpet tilbake på tross av diagnoser. Man kan kanskje argumentere for at man ikke skal gi folk urealistiske forventninger om å bli 'friske', men det er langt verre å ta fra folk håpet. Funnene i denne studien indikerer at man gir opp og tilpasser seg diagnosen dersom man ikke har håp om bedring. Tidligere forskning støtter funnene om at den tradisjonelle psykiatrien hindrer håpefull hjelp med sin byråkrati, rigide rammer, system og strukturerte regler (Sælør et al., 2015), og at kontroll over eget liv og ansvarliggjøring i egen recoveryprosess fremmer håp og minsker sjansen for at personen identifiserer seg kun med den psykiske lidelsen (Davidson & Roe, 2007).

Mening versus fastlåsthet

«Å leve her og nå» dreier seg om å finne mening i tilværelsen. Mange retninger innen behandling av psykiske lidelser fokuserer på bearbeiding av vonde minner og traumer, noe som kan være viktig for å komme seg videre i livet. Denne studien tyder likevel på at fortidsfokuset kan føre til håpløshet. Flere beskrev sine opplevelser med helsevesenet som veldig fokusert på problematikk, symptomer og hva som 'må fikses', noe som ga en følelse av fastlåsthet og gjorde hverdagen vanskelig å mestre.

Det finnes mye håp i å rette fokuset fremover og å ta små grep som muliggjør at man har det bra her og nå, slik man arbeider i *Fra offer til kriger*. Å våge, tro og drømme om framtiden gir mennesker håp og mening. Dette støttes også av tidligere studier som har vist at håpet

oppretholdes i hverdagen av troen på bedring (Tew et al., 2011), samt at håp styrkes av å finne mening i nuet (Koehn & Cutcliffe, 2007). Ut i fra dette kan vi stille spørsmål om vekten på klinisk recovery kan bidra til håpløshet for folk med psykiske lidelser og rusproblematikk. Kanskje har vi lagt for stor vekt på søken etter årsaker i fortiden når vi heller bør fokusere på løsninger her og nå.

Sett inn tabell 2

KONKLUSJON

Hva som bidrar til håp hos den enkelte er unikt og individuelt, men en felles faktor er at håp fungerer som motivasjon og drivkraft i recoveryprosesser mot drømmer og egendefinerte mål. Når deltagerne i denne studien skulle beskrive sine opplevelser av håp vektla de: å bli sett som en person, ikke som en bruker, å føle tilhørighet, å få den hjelpen man trenger når man trenger den, og å leve her og nå. *Fra offer til kriger*-kurset bidro til å gi deltagerne håp i motsetning til det flere hadde erfart i andre hjelpetilbud, der de følte seg redusert til en diagnose. Dette reiser spørsmål om hvilket menneskesyn som legges til grunn for hjelpen vi gir innen rus og psykisk helsearbeid. Dette er et området som kan debatteres og studeres nærmere. Denne studien støtter betraktninger om at recoveryorientert praksis fremmer håp hos personer med rusproblematikk og psykiske helseutfordringer. Implementeringen av recoveryorientert ideologi og praksis i eksisterende tilbud i kommuner og spesialisthelsetjenesten kan bidra til at personer i recovery finner håp.

LITTERATURLISTE

- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644–653, doi: <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Davidson, L & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. Hentet fra <http://www.hocotoronto.com/docs/recovery.pdf>
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 29-35, doi: 10.1018/14034950510033345
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>
- Holm, C. C., Steindal, S. A., Foss, B. & Dihle, A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 16-26, doi: 10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Tradisjoner, fornyelser og praksiser: Recovery*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Koehn, C. V., & Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134–140, doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01054.x
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452, doi:10.1192/bip.bp.110.083733

- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2), 143-153, doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6(118), 421–433, doi: 10.1111/j.1600.0447.2008.01271.x
- Slade, M. (2014). *A guide for mental health professionals: Personal recovery and mental illness* (6.opplag). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sælør, K. T., Ness, O., Holgersen, H. & Davidson, L. (2014). Hope and recovery: a scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 63-72. doi: 10.1108/ADD-10-2013-0024
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M., & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(8), 141–152, doi: 10.1108/ADD-05-2015-00100
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2011). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 1(18), doi: 10-1093/bjsw/bcr076
- Topor, A. (2011). Kan psykiatrin bli återhämtningsriktad? Psykiatrins praktik och kunskap kontra brukarpraktik och kunskap. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 8(4), 303-313.

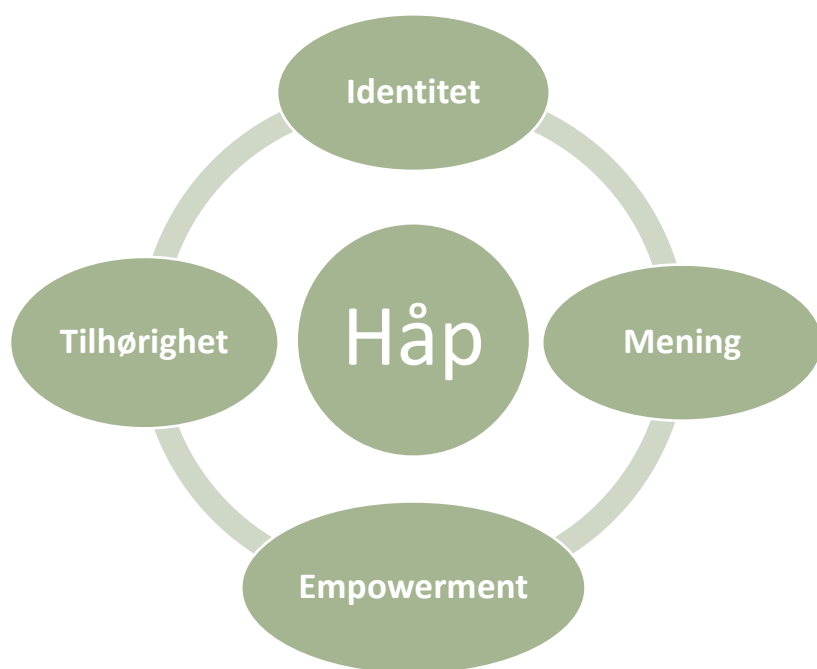
Tabell 1. *Analyseprosessen vist ved eksempel*

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subtema	Tema
«Fokuset var på en måte hele veien forbedring og opplevelsen ble på en måte det at fokuset ble flyttet fra det vonde til det som var bra da. Og hva du kunne i stedet for hva du ikke kunne. Og istedenfor å fokusere på begrensninger, som egentlig alle har, men det er ikke alle som viser dem, så har alle dem. Så det gjelder jo alltid å finne det som er dine ressurser»	Fokuset var forbedring og fokuset ble flyttet fra det vonde til det som var bra, hva du kunne i stedet for hva du ikke kunne, og på ressurser i stedet for på begrensninger.	Fokus på ressurser	Å bli sett som en person, ikke som en bruker
«Jeg følte vel egentlig at jeg kunne begynne på ny igjen og jeg fikk et annerledes syn på livet da, der jeg ikke følte at jeg fikk.. at jeg trengte å være den skyggen som jeg kaller det da. Nei, altså det var litt mer fritt da sånn sett at du ble ikke satt med en sånn diagnose.. du fikk være deg og du ble sett som deg selv og ikke som en diagnose.. , Du ble ikke dømt»	Jeg følte at jeg fikk et nytt syn på livet og at jeg kunne begynne på nytt. Jeg trengte ikke å være skyggen lenger, men fikk et ansikt. Du ble sett som deg selv og ikke som en diagnose. Du ble ikke dømt.	Identitet	
«Det var jo spesielt i forhold til hva annet jeg hadde erfaring med i fra hjelpeapparatet.. veldig annerledes. Så.. det jeg liksom litt .. sjokka av at det liksom på en måte at det var ikke sånn jeg trodde på en måte.. det var liksom sånn .. du ble møtt liksom ikke som en bruker, men som en person!»	Kurset var veldig annerledes enn det jeg hadde erfart i hjelpeapparatet. Jeg ble sjokkert over å bli møtt som en person og ikke som en bruker.	Å bli møtt som en person	

Tabell 2. *Recovery fører til håp, klinisk recovery fører til håpløshet.*

Personlig recovery	Klinisk Recovery
Å bli sett som en person	Å bli sett som en bruker / pasient
Subjekt	Objekt
Identitet	Diagnose
Tilhørighet	Utenforskap
Sosial kontekst og livsverden	Isolert uten kontekst
Likeverdig relasjon	Profesjonalitet
Ekspert i eget liv	Faglig ekspertise
Empowerment	Maktesløshet
Ansvarliggjøring	Sykeliggjøring
Leve her og nå	Fortidsfokus
Egendefinerte mål og drømmer	Begrensninger

Figur 1. *Recovery som prosess med utgangspunkt i håp*



Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*Prosjekt til masteroppgave i Rus og Psykisk helsearbeid
ved Universitetet i Stavanger*

”Håp i personlig recoveryprosesser”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke en recoveryorientert kurspraksis (*Fra Offer til Kriger*) med fokus på fenomenet håp i personlige recovery prosesser. Prosjektet er en mastergradsstudie ved det helsevitenskapelige fakultet på universitetet i Stavanger. Du blir spurt om å delta på bakgrunn av din deltagelse på kurset.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil foregå ved individuelle intervjuer. Spørsmålene vil omhandle ditt syn på kurset, forventninger til egen recoveryprosess og dine tanker om håp. Studenten vil gjøre notater under intervju. Du vil også bli spurt om det er greit at studenten benytter seg av lydopptak under intervju. Lydopptak vil kun bli gjort dersom du gir ditt samtykke.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som har tilgang til personopplysninger og lydfiler fra opptak. Opplysningene benyttes utelukkende til det angitte forskningsformålet. Du har retten til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, å få de utlevert, rett til begrensning av behandlingen, og rett til dataportabilitet, som innebærer at du kan be om å få opplysningene overført til en annen part/tjenestetilbyder. Du har også rett til å klage til tilsynsmyndigheten (Datatilsynet). Dersom du ønsker å delta, på et senere tidspunkt velger å trekke deg, eller dersom du har spørsmål vedrørende prosjektet eller dine rettigheter, kontakt daglig ansvarlig for studien Unn Hammervold (90936740). Du kan også kontakte Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.juni 2019.

Lydfiler og notater med sensitive opplysninger vil bli slettet etter innlevering av masteroppgave.

Ved publisasjon vil datamaterialet anonymiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg slettes.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med student Mona Gundelach Mikkelsen (47323281) eller veileder Else Tunglund (92262528).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Bakgrunn

- Kan du fortelle litt om deg selv?

Fra Offer til Krieger

- Hvordan fikk du kjennskap til kurset?
- Motivasjon for deltagelse? (fortell om hva som gjorde at du søkte)
- Forventninger til kurset? (mål, drømmer)
- Opplevelser med kurset?

Håp

- Hva betyr håp i denne prosessen?
- Hva får/fikk deg til å føle håp?
- Hva kan folk rundt deg gjøre for å inspirere til håp?
- Hva er håp for deg? (definisjon, aspekter/komponenter)
- Hva er håpløshet for deg?
- Hva er dine håp for fremtiden?



Unn Hammervold

4036 Stavanger

Vår dato: 31.05.2018 Vår ref: 60425 / 3 / MSS Deres dato: Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 19.04.2018 for prosjektet:

60425 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Vurdering

Håp i personlig recovery

Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder Unn Hammervold

Mona Gundelach Mikkelsen

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med: •opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon

- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / marie.schildmann@nsd.no Vedlegg:
Prosjektvurdering
Kopi: Mona Gundelach Mikkelsen, mona.vgm1@gmail.com

Marie Strand Schildmann

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 60425

Formålet med studien er å belyse ulike definisjoner av fenomenet håp og å utforske om håp påvirker mennesker med psykiske utfordringer og/ eller rusproblematikk til økt motivasjon og mestring i en personlig recovery- prosess.

Forskningsspørsmål:

- Fremmer håp en personlig recovery prosess?
- Kan bevisstgjøring av håpets betydning hos den enkelte påvirke en bedringsprosess? - Finnes det mange ulike definisjoner av håp og hva som inspirerer håp?
- Kan håp bidra til å fremme livskvalitet hos en som sliter med psykiske utfordringer?

Utvalget består av personer/deltakere på et kurs innen recovery-orientert praksis.

Du/dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Per i dag gjelder personopplysningsloven, men i løpet av høsten/sommeren 2018 vil EUs personvernforordning gjelde som norsk lov. Dette innebærer blant annet at de registrerte får flere og tydeligere rettigheter, og at dette må fremgå av informasjonen de mottar. Vi vil derfor anbefale at du legger til følgende i informasjonsskrivet (i avsnittet hvor de informeres om at det er frivillig å delta etc.):

"Opplysningene benyttes utelukkende til det angitte forskningsformålet. Du har retten til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, å få de utlevert, rett til begrensning av behandlingen, og rett til dataportabilitet, som innebærer at du kan be om å få opplysningene overført til en annen part/ tjenestetilbyder. Du har også rett til å klage til tilsynsmyndigheten (Datatilsynet). Dersom du ønsker å

delta, på et senere tidspunkt velger å trekke deg, eller dersom du har spørsmål vedrørende prosjektet eller dine rettigheter, kontakt daglig ansvarlig for studien (navn og kontaktopplysninger). Du kan også kontakte Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS".

Vi ber du/dere om å sende det reviderte informasjonsskrivet til personvernombudet@nsd.no. Husk å oppgi prosjektnummer. Prosjektet kan deretter starte.

I meldeskjema er det krysset av for at det skal innhentes personopplysninger via blogg/sosiale medier/internett. Vi kan ikke se at dette er omtalt i informasjonsskrivet som er utarbeidet og vi har heller ikke mottatt annen informasjon om denne delen av prosjektopplegget. Vår vurdering av prosjektet omfatter derfor bare personlig intervju, deltakende observasjon (i forbindelse med kurset) og gruppeintervju. Dersom det skal innhentes personopplysninger fra blogg, sosiale medier eller lignende må personvernombudet få en beskrivelse av denne delen av prosjektet/behandlingen av personopplysninger, og dere vil få vår vurdering. Dette kan i så tilfelle sendes som en "endringsmelding" på prosjektet.

Det er i meldeskjema ikke krysset av for at det skal behandles sensitive opplysninger i forbindelse med prosjektet. Det er imidlertid personvernombudets oppfatning at det vil behandles sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2, punkt 8 c).

Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med Universitetet i Stavanger sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc/mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

Prosjektsslutt er oppgitt til 01.06.2019. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at du/dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektsslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn - slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Vedlegg 4

FORFATTERVEILEDNING – TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID

KRAV TIL MANUSKRIFT

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som **ikke** er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist.

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil 5000 ord. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag ikke inngår. Gode eksempler/Essay/Fortellinger skal inneholde inntil 3000 ord. Kritisk blikk//Bokanmeldelser skal inneholde inntil 1500 ord.

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5. Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelenes tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger
- Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer.

Krav til fag- og vitenskapelige artikler

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil 5000 ord. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag ikke inngår.

Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.
- Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.

Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

TABELLER OG ILLUSTRASJONER

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter. Tidsskriftet ønsker **ikke** bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

LITTERATURHENVISNINGER I TEKSTEN

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – **det skal være komma mellom forfatter og årstall**). Hvis det er seks eller flere forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et al.»). Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på **følgende måte**: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

REFERANSELISTE

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

PUBLISERINGSETIKK

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#).