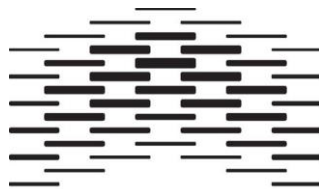


MASTEROPPGAVE
Master i psykisk helsearbeid
Mai 2015

Relasjonens betydning for håp i kommunalt psykisk helsearbeid

Yngve A. Bolle

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Jeg vil takke respondentene for deres deltakelse i studien og kontaktpersonene i de ulike avdelingene for deres innsats i rekruttering av deltakere til studien.

Takk til Tore Bonsaksen for støtte og veiledning prosessen gjennom. Det har vært av uvurderlig betydning for gjennomføringen av denne oppgaven, Veiledningene har alltid ført med seg et vendepunkt og det har gitt meg nytt håp i prosessen.

Takk til alle forelesere ved studiet for inspirasjon og utvikling!

Sammendrag

Formålet med studien var å kartlegge håpsgraden mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kommunalt psykisk helsearbeid, samt å undersøke sammenhengen mellom håpsgrad og forhold ved relasjon til primærkontakt. Herths håpsindeks (HHI) ble benyttet for å måle grad av håp. N-STAR i pasientversjon ble benyttet til å måle kvaliteten i den terapeutiske relasjonen. Av strukturelle relasjonelle forhold ble lengde på nåværende relasjon til primærkontakt, antall primærkontakter siste 12 måneder og hyppighet i treffpunkter til primærkontakt inkludert.

25 mottakere av kommunale psykisk helsetjenester deltok i studien som ble gjennomført som en kvantitativ tverrsnittstudie. Resultatet viser noe lavere grad av håp for denne gruppen enn normalbefolkningen for øvrig. Moderat korrelasjon mellom håp (HHI) og kvaliteten i den terapeutiske relasjonen (STAR) ble funnet, sammen med en moderat negativ korrelasjon mellom håpsgrad og antall primærkontakter siste 12 måneder. Det ble videre funnet en sammenheng mellom håpsgrad og lengden på relasjonen til primærkontakt, positivt korrelert for gruppen med skår på STAR over gjennomsnittet, negativt korrelert for gruppen med skår på STAR under gjennomsnittet.

Nøkkelord: Hope, therapeutic relationship, therapeutic alliance, consumer-provider relationship, community mental health.

Summary

The purpose of this study was to investigate the degree of hope for people with severe mental disorders in community mental health work, and to examine the correlation between the degree of hope and the relationship with the primary caregiver. Herth hope Index (HHI) was used to measure the degree of hope. N-STAR, patient version, was used to measure the quality of the therapeutic relationship. Structural relational factors as length of the current relationship to the primary caregiver, number of primary caregivers for the last 12 months and the frequency of meeting points for primary contact are included.

This quantitative cross-sectional study included 25 receivers of community mental health work. The result shows a somewhat lower degree of hope for this group than normal population. Moderate correlation between hope (HHI) and the quality of the therapeutic relationship (STAR) was found, together with a moderate negative correlation between the degree of hope and the number of primary caregivers for the last 12 months. Furthermore a correlation between the degree of hope and the length of the relationship to the primary caregiver positively correlated for the group with scores above average on STAR, and negatively correlated for the group with scores below average on STAR.

Keywords: Hope, therapeutic relationship, therapeutic alliance, consumer-provider relationship, community mental health.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	7
1.1 Recovery	8
1.2 Håp	10
1.2.1 Håp i et psykologisk perspektiv: Et affektivt eller kognitivt fenomen?	12
1.2.2 Håp i recoveryorientert praksis	14
1.3 Hjelpers rolle i recoveryorientert praksis	16
1.3.1 Relasjonens betydning	18
1.3.2 Kvaliteten i relasjonen – den terapeutiske allianse	19
1.4 Formål og forskningsspørsmål	21
2. Metode	23
2.1 Psykisk helsearbeid i Bærum Kommune	24
2.2 Deltakere	25
2.3 Verktøy og måleinstrument	26
2.3.1 Demografiske forhold	27
2.3.2 Strukturelle relasjonelle forhold	27
2.3.3 Håp	28
2.3.4 Den terapeutiske allianse	29
2.4 Utforming av spørreskjema	31
2.5 Datainnsamling	32
2.6 Analyse	33
2.7 Etske overveielser	34
2.8 Begrensninger i studiets design	36
3. Resultat	37
3.1 Deltakerne og fordeling på variablene	38
3.1.1 Strukturelle relasjonelle forhold	39
3.1.2 Håp	40
3.1.3 Terapeutisk allianse	41
3.2 Samvariasjon med fokus på håp	42
3.2.1 Håp og demografiske forhold	42
3.2.2 Håp og kvaliteten i relasjonen	43
3.2.3 Håp og strukturelle relasjonelle forhold	43
3.2.4 Kvaliteten i relasjonen og strukturelle relasjonelle forhold	44

3.3 Regresjon.....	45
3.4 Sluttstatistikk	45
3.5 Kommentarer og tilbakemelding	46
4. Diskusjon.....	47
4.1 Resultater i lys av teori og tidligere forskning	47
4.1.1 Håp blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kommunalt psykisk helsearbeid	47
4.1.2 Sammenhenger mellom håpsgrad og relasjonen til primærkontakt	48
4.1.3Oppsummering	50
4.2 Implikasjoner for praksis	51
4.3 Styrker og svakheter i studien	52
4.4 Videre forskning	53
5. Litteratur.....	55
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	60
Vedlegg 2: Spørreskjema	62
Vedlegg 3: Søknad forhåndsgodkjenning REK	67
Vedlegg 4: Tilbakemelding NSD	69
Vedlegg 5: Fremleggingsvurdring REK.....	70

1. Introduksjon

Allerede fra 1950-tallet vokste kritikken mot de psykiatriske institusjonene. Det ble hevdet at de som hadde mest behov for institusjonsbasert behandling også var de som var mest skadelidende av institusjonaliseringen (Sørgaard, 2002). Fra 1970-tallet startet nedbyggingen av institusjoner for alvor i de nordiske landene, men først fra 1980-tallet førte dette med seg politiske reformer som akkumulerer i opptrappingsplanen for psykisk helse på 1990-tallet som følge av stortingsmelding nummer 25 gitt ut i 1996-97 (Ekeland, 2011).

Som en følge av desentralisering av det psykiske helsevernet fra institusjonsbaserte til lokalbaserte tilbud, har det vokst fram en ny kunnskap og praksis. Bruker- og pårørendeerfaringer har fått en større rolle i psykisk helsearbeid og en definisjonsmakt på hva som er viktig og meningsfull hjelp. Begreper og teorier som brukermedvirkning, empowerment, resilience, salutogenese, helse og velvære og recovery har fulgt med dette paradigmeskiftet og bidratt til å fremme en ny forståelse av feltet psykisk helsearbeid (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

I lys av denne forståelsen har verdens helseorganisasjon definert psykisk helsearbeid: *Psykisk helsearbeid er et fler vitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelse av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø* (Andresen, 2008, s. 102).

Hovedtyngden i kommunens psykiske helsearbeid omfatter helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kommunalt psykisk helsearbeid har i henhold til veilederen sitt fokus på at mennesket i større grad skal kunne mestre sitt eget liv og oppleve verdighet. I veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) legges det særlig vekt på at tjenestene skal organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Sett i lys av definisjonen av psykisk helsearbeid fremmet av verdens helseorganisasjon sammenfaller våre nasjonale føringer med denne definisjonen.

Arbeidsfeltet i kommunalt psykisk helsearbeid er knyttet til den enkeltes hverdag og er derfor i stor grad preget av møte med enkeltmennesker i deres sosiale og kulturelle sammenheng i lokalmiljøet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Veilederen, i likhet med definisjonen fremsatt ovenfor, hevder videre at psykisk helsearbeid er forandringsarbeid, og påpeker at brukerne kan fortelle mye om hva som er viktig for endring. Her fremmes brukerens erfaringskompetanse, og kan sees i sammenheng med et recoveryorientert perspektiv. Pasienten skal være en samarbeidspartner og aktivt deltakende i behandlingen. Derfor vektlegges det at psykisk helsearbeid i sin natur er et relasjonsarbeid. Relasjonens betydning fremmes ytterligere ved å hevde at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for stabil kontakt og oppfølging over tid. Det er derfor helt grunnleggende å oppnå god allianse og samhandling med den enkelte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.1 Recovery

Forståelsen av recovery, eller bedringsprosesser som er den norske oversettelsen (Borg & Topor, 2007), har særlig fokusert på veien til bedring og det faktum at det er mange som opplever bedring etter selv de mest alvorlige diagnoser. Davidson og Roe (2007) viser til at vår forståelse av recovery har sitt utspring fra to ulike tradisjoner, noe som har bidratt til en viss klarhet når det kommer til en felles forståelse av hva recovery innebærer. Den første kilden til bedringsforskning i lys av psykiske lidelser kommer fra en rekke longitudinelle studier gjennomført verden over, og som har vist et stort spekter utfall fra alvorlige psykiske lidelser. De hevder videre at denne type forskning har dokumentert delvis til fullstendig bedring i mellom 25 og 65 % av studiene.

I lys av den forståelsen denne forskningen bringer med seg defineres recovery som forbedring av symptomer og andre plager, forårsaket eller forsterket av lidelsen, i en slik grad at det ikke lengre forstyrrer med daglige funksjoner og på den måten tillater personen å gjenoppta personlige, sosiale og yrkesaktiviteter innenfor det som oppleves normalt. Denne formen for recovery hevdes en tredjedel av personer diagnostisert av alvorlige psykiske lidelser å oppleve (Davidson og Roe, 2007).

En annen form for recovery, også med sitt utspring fra forskningsbaserte studier av psykiske lidelsers med dets form og utfall, er i følge Davidson og Roe (2007) basert på funn om at

alvorlige psykiske lidelser ikke er en permanent tilstand. Ei heller preger deres lidelser alle livsaspekter hos den syke, men bare noen. Det fremkommer videre at mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplevde bedring på noen områder, samtidig som de opplevde andre områder til fortsatt å være sterkt preget. På bakgrunn av denne forståelsen av bedringens form ble flere former for recovery fremmet. Heriblant symptomatisk recovery (total recovery), delvis recovery og sosial recovery.

På bakgrunn av desentralisering av det psykiske helsevernet på 1970-tallet ble stemmene til de som selv har opplevd bedring fremmet. Det ble stilt spørsmålsteget med hva som defineres som normalt, og rettet kritikk mot diagnosesystemets rigiditet. Som en følge av deres vitnesbyrd fikk recovery en ny dimensjon. Deres fokus var ikke å bli frisk av sin lidelse, men å finne ut av hvordan leve et trygt liv med verdighet og autonomi, uavhengig av hvilke kort skjebnen hadde tildelt dem (Davidson og Roe, 2007).

Denne formen for recovery baserer seg ikke på fravær av symptomer eller andre forhold, ei heller fordrer denne formen for recovery gjenopprettelse av funksjoner til en definert normal. Denne formen for recovery anser psykisk lidelse som kun en av mange aspekter i et helt menneske. Til forskjell fra mange somatiske lidelser, hevder Davidson og Roe (2007), at personer med psykiske lidelser anser å være i denne formen for recovery samtidig som de har den psykiske lidelsen. Recovery handler da om å overkomme effekten av å være i rollen som en pasient med en psykisk lidelse preget av alle følger dette medfører, deriblant fattigdom, arbeidsløshet, stigmatisering, isolasjon, tap av selvfølelse og mangel på mening i eget liv (Davidson og Roe, 2007).

Denne siste formen for recovery fremmet av Davidson og Roe (2007) gjenspeiler seg i Willian Anohinys (1993, s. 527) beskrivelser av recovery:

" a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness."

Antony påpekte videre at recovery omhandler langt mer enn bedring fra sykdommen i seg selv. *"People with mental illness may have to recover from the stigma they have incorporated*

into their very being; from the iatrogenic effects of treatment settings; from lack of recent opportunities for self-determination; from the negative side effects of unemployment; and from crushed dreams” (Antony 1993, s. 527).

Som fremhevet tidligere i dette delkapittelet vil 25 % - 65 % oppleve delvis eller fullstendig bedring av sin psykiske lidelse. De resterende 35 % - 75 % vil på sin side måtte leve med sin lidelse. Dette skillet mellom bedring av lidelsen og bedring i, eller med, lidelsen illustrer således en viktig distinksjon i recoveryfeltet, og i følge Davidson og Roe (2007) er denne todeltheten som kan opptre, både samtidig og hver for seg på ulike tider hos den enkelte med psykiske lidelser, grunnlaget for mang en misforståelse i forståelsen av recovery som fenomen og praksis.

I recoveryforskningen fremmes håp og positive forventninger til fremtiden som vesentlige elementer, ikke ulikt det som er å finne i psykoterapiforskningen (Borg et al., 2013). Håp sees på som en grunnleggende drivkraft på vei mot bedring, og det er derfor naturlig at håp er identifisert som ett av de sentrale elementene i en bedringsprosess (Borg et al., 2013).

1.2 Håp

Håp er et fenomen preget av mange perspektiver og definisjoner. En gjennomgang utført av Schrank, Stanghellini og Slade (2008) fant 49 ulike definisjoner av håp og hele 32 ulike måleinstrumenter for måling av håp. For å forstå fenomenet håp er det derfor nødvendig med en gjennomgang av fenomenet håp i et historisk perspektiv. Er det ikke slik at:

«Hvis man ikke kjenner fortiden, forstår man ikke nåtiden og egn seg ikke til å forme fremtiden»

Simone Weil (1909-1943), fransk filosof

Vår forståelse av fenomenet håp har gjennomgått store endringer det siste århundret. Før den tid var begrepet primært knyttet til religion og mytologi. I den vestlige kristne tradisjon var håp en gave skjenket mennesket av Gud. Om vi ser tilbake til antikken og gamle Hellas skrev Hesiodus om håp i fortellingen om Pandora og esken. Håp var ansett som et onde, forstått som en illusjon og bar preg av noe som gjorde menneske overmodig slik at mennesket ikke

lenger kjente sine begrensninger. Håp var noe som forvirret menneskets sinn og var ansett avledende fra virkeligheten. Håp var derav uønsket (Elliott, 2004).

I kristendommens tradisjon ble håp sett i et positivt lys og knyttet til Gud. Thomas Aquinas så håp som en av de teologiske dyder som tar Gud som objekt, da håp lå i løftet om Guds belønning i fremtiden. Håp skulle praktiseres og dyrkes for å bevares, og som alle gaver eksisterte det bare med troen. Rett håp var plassert hos Gud, derav introduserte han begrepet falskt håp som det håp som var plassert andre steder enn hos Gud (Elliott, 2004).

Først i tiden rundt andre verdenskrig inntar håp som begrep og fenomen vitenskapen. Victor Frankl fremmet betydningen av håp i sine beretninger fra tiden i konsentrasjonsleir under andre verdenskrig. Frankl var holdt i Auschwitz. Han fremmer håpets betydning for overlevelse, og hvordan mangel på håp ledet til død. Således fremmet han en sammenheng mellom håp og eksistens, og benytter således håp som en link mellom kropp og sinn (Elliott, 2004).

Håp som en grunnleggende funksjon av menneskets bevissthet ble fremmet av Ernst Bloch, som kalte håp den mest autentiske følelse av selv. Håp ble fremstilt som en pådriver i drømmen om et bedre liv og derav streben etter det. Bloch var dermed den som satte håp i et psykologisk perspektiv. Han fremstilte håp både som en følelse, men også noe som kunne læres og derav fremsatte han håp også i et kognitivt perspektiv. Håp var både noe utilsiktet og tilsiktet, og var preget av individuelle så vel som sosiale aspekter (Elliott, 2004).

Håp som et fenomen med en plass innenfor behandling ble introdusert av Karl Menninger i 1959. Han hevdet leger hadde ansvar for å ivareta og sørge for riktig mengde håp hos pasienter. Håp var for Menninger var noe som kunne overføres og gis. Menninger hevdet håp var den primære årsaken bak placeboeffekten. Det var en leges ansvar å fremme den rette mengden håp. Håp måtte anses som en ting som skulle måles, overvåkes og holdes på det riktige nivå i behandlingen (Elliott, 2004).

Frem til Erik Erikson satte håp i en evolusjonsmessig og utviklingspsykologisk perspektiv var håp som fenomen flyktig og uten forankring. I 1964 fremstilte Erikson håp som en av flere menneskelige dyder, genetisk forankret og utviklet gjennom evolusjon. En dyd som aktiveres hos spedbarn gjennom sosial interaksjon med omsorgsgiver. Erikson hevdet videre at håp,

selv vel etablert i det voksne menneske var i behov av stadig bekreftelse gjennom sosiale interaksjoner. Erikson anså håp biologisk forankret, utviklet hos individet i barnets møte med omsorgsgiver. Håpet ble derfor fremmet både som et individuelt så vel som en relasjonelt fenomen (Elliott, 2004).

Vår forståelse av håp hadde gjennomgått en dramatisk endring. Stotland bidro med å avløse det religiøse/mytologiske perspektiv gjennom å vise hvordan håp kunne behandles som et begrep i den psykologiske vitenskap. Håp hadde nå inntatt den kognitive-atferds terapeutiske retningen og ble beskrevet som en del av menneskets individuelle repertoar av ervervede skjemaer basert på tidligere erfaringer knyttet til erfaringer av måloppnåelse (Elliot, 2004).

1.2.1 Håp i et psykologisk perspektiv: Et affektivt eller kognitivt fenomen?

I et psykologisk perspektiv kan vi forstå håp i lys av et affektivt perspektiv som en følelse og et kognitivt perspektiv knyttet til vår bevissthet i form av tanke og handling (Elliott, 2004).

Richard Snyder er en av flere bidragsytere bak "Hope Theory" og anser håp som en karakteristisk måte å tenke på (Snyder, Cheavens og Michael, 2004). Han bidrar med følgende definisjon av fenomenet håp:

"Hope is a positive motivational state that is based on interactively derived sense of successful (a) agency (goal-directed energy), and (b) pathways (planning to meet goals)" (Snyder, Cheavens & Michael, 2004, s. 105).

Deres grunnleggende antakelse er at mål, eller det mennesker forsøker å tilegne seg, er et kognitivt svar på håpefull tenkning. Således representerer Snyder det kognitive perspektivet i sin forståelse av fenomenet håp (Coulehan, 2011).

På den andre siden argumenteres det for at håp er primært et affektivt fenomen, en emosjonell tilstand som videre leder til et kognitivt rammeverk rundt oppnåelse av konkrete mål (Coulehan, 2011). En representant for dette perspektivet er Kaye Herth, utvikler av Herth håpsindeks (HHI). Det faktum at menneske kan oppleve å håpe om et ønskelig utfall av enhver situasjon, uten å inneha eller utvikle noen realistisk plan for å oppnå dette, er et argument som gir forrang til dette perspektivet (Coulehan, 2011).

Coulehan (2011) på sin side balanserer de ulike perspektivene om håp. Om håp først og fremst er et kognitivt eller affektivt fenomen må sees i sammenheng med den tradisjonelle forståelsen der tanker og følelser er totalt ulike mentale funksjoner hevder han. Coulehan trekker på sin side ingen konklusjon, men fremhever at det er premissene for disse ulike perspektivene. Videre henviser han til en uttalelse gitt av Richard Davidson ved universitetet i Wisconsin og hans uttalelse der håp forstås som en følelse bestående av både en affektiv og kognitiv dimensjon. Videre inkluderer han et annet perspektiv der håp inkluderer det han kaller affektiv prognose, den trøstende og energigivende følelsen, som oppleves når man tenker seg en positiv fremtid (Coulehan, 2011). Som vi leser av dette er det gode argumenter både for den kognitive og affektive forkjemper. Det siste elementet Davidson trekker frem virker å sammenfalle med Frankl og hans beretninger om håp.

Med Richard Davidsons forståelse av håp i et psykologisk perspektiv, som en følelse bestående av både en affektiv og kognitiv dimensjon skal vi nå bevege oss over på definisjon av fenomenet håp.

DuFault og Martocchio (1985) utforsket fenomenet håp i møte med kreftpasienter i terminal fase og fremmet følgende definisjon: *"Hope is a multidimensional dynamic life force characterized by a confident yet uncertain expectation of achieving a future good which, to the hoping person, is realistically possible and personally significant"* (Rustøen, 2007 s. 273).

Ut fra denne definisjonen ble deres multidimensjonale håpsmodell utformet, bestående av to sfærer og seks dimensjoner. De skiller mellom generalisert og partikulært håp som håpets to sfærer. Generalisert håp kan forstås som en sinnstilstand og er ikke knyttet til et konkret mål eller objekt. Det dreier om en indre tilstand. Kritikere hevder dette handler om optimisme, men håp handler nettopp om å drømme om et positivt utfall og samtidig inneha en realistisk forståelse av situasjonen. Partikulært håp fokuserer i følge DeFault og Martocchio (1985) på et konkret utfall, som et spesifikt begjær eller ønske om å oppnå et konkret mål. Mens håp fremmes som et positivt fenomen i psykologien, er dets bakside den basisen håp bygger opp under, nemlig en diskrepans mellom nåværende situasjon og ønsket situasjon.

Deres skille mellom generalisert håp og partikulær håp er en forståelse av håpets to sfærer som på hver sin side sammenfaller med forståelsen av håp bestående av både en kognitiv og en affektiv dimensjon. Mens den affektive og den kognitive dimensjonen av håp preger den

psykologiske dimensjonen av fenomenet, inkluderer DeFault og Martocchio ytterligere fire dimensjoner i deres forståelse av håp; den atferdsmessige-, tilknytningsmessige, tidsmessige- og kontekstuelle dimensjonen.

De seks dimensjonene av håp innehar komponenter som former fenomenet håp. Den affektive dimensjonen beskriver håpsprosessen som en prosess bestående av varierende følelser, der denne dimensjonen består av blant annet en tiltrekning til ønsket utfall, en opplevelse av personlig betydning for eget velbefinnende, og følelser av trygghet og utrygghet for utfallet av håpet (DeFault og Martocchio, 1985)

Den kognitive dimensjonen omhandler tenkning- og planleggingsprosesser. Denne dimensjonen av håp bærer preg av at håpet er realistisk og vil kunne oppfylles en gang. Denne dimensjonen inkluderer det å identifisere mål eller ønsker, avklare realiteten i håpet, og det å avklare hvilke faktorer som fremmer og hemmer håpets realitet. Det handler om å vurdere og revurdere grunnlaget for håp, og deretter vurdere om det er grunnlag for opprettholdelse av det. Den atferdsmessige dimensjonen av håp handler om handling. Deriblant mentale handlinger i lys av planlegging av strategier og organisering av ideer, og praktiske handlinger i retning av oppnåelse av ønsket situasjon/mål (DeFault og Martocchio, 1985).

Den tilknytningsmessige dimensjonen baserer seg på betydningen av andre for opprettholdelse av håp. Håp i denne dimensjonen baserer seg på vårt behov for respons med andre. Det handler om anerkjennelse for vårt håp. Den tidsmessige dimensjonen av håp omhandler en erkjennelse av håp som fenomen. Håp er fremtidsrettet, men både fortid og nåtid preger opplevelsen av håp. Mens partikulært håp ofte er tilknyttet et tidsperspektiv for oppnåelse av ønsket situasjon, er det generaliserte håpet i større grad tidløst. Den kontekstuelle dimensjonen av håp handler om perspektiv og erkjenner at håp avhenger av vår til enhver tids livssituasjon (DeFault og Martocchio, 1985).

1.2.2 Håp i recoveryorientert praksis

Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams og Slade (2011) gjennomførte et litteraturstudie med fokus på konseptet personlig recovery i psykisk helsearbeid, og fant at håp var nevnt som et sentralt forhold ved bedringsprosesser i 79 % (69 stk) av studiene som ble gjennomgått. De lanserte akronymet THIME som står for tilhørighet, håp, identitet, mening og empowerment.

Sammen danner de grunnlaget for personlige bedringsprosesser. Lavin og Ryan (2012) gjennomførte en kvantitativ studie av recovery og korrelerende forhold, og fant at håp var sterkt korrelert med grad av recovery.

Borg et al. (2013) påpeker også håpets betydning i bedringsprosesser da de fremmer at håp sammen med personens egne erfaringer, kontroll over egen situasjon og opplevelse av å ha nådd sine ønskede mål bør inkluderes som resultatmål i recoveryorientert praksis.

Young og Ensing (1999) viser til recovery og tre stadier i en bedringsprosess. Det første stadiet handler om å løse om det fastlåste. Dette forutsetter en aksept av situasjonen og de problemer vedkommende opplever, dernest et ønske om forandring og det å finne håp, styrke og inspirasjon til å arbeide mot bedring. I andre omgang handler det om å ta tilbake egen kontroll og myndighet, det å ta ansvar og oppdage nye muligheter for læring og utvikling og finne sin vei til å mestre dagliglivet. Det tredje stadiet omhandler god livskvalitet og det å trives med seg selv og sitt liv. Håp kan således forstås som et vendepunkt og dette er i tråd med fremstillingen av håp fremmet av Biong og Herrestad (2011) som hevder at den konstruerte meningen med begrepet håp kan forstås nettopp som å åpne noe som er fastlåst.

Waynor, Gao, Dolce, Haytas og Reilly (2012) identifisert en sterk sammenheng mellom håp/håpløshet og grad av symptomer blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Innen for håpsforskning i somatikken fant Rustøen (2007), i motsetning til funnet innen for psykisk helsefeltet, at alvorlig syke pasienter hadde en høyere grad av håp enn normalbefolkningen, og at derfor håp kunne sees på som noe vi til vanlig tar for gitt og som aktiveres i møte med lidelse (Biong & Herrestad, 2011).

Koehn og Cutcliffe (2007) har i sin studie gjennomført en systematisk gjennomgang for å undersøke håp og mellommenneskelige forhold i psykisk helsearbeid, og påpeker at det generelt er lite forskning om emnet. Det er derimot studier (kvalitative) som tyder på at det er relasjonen mellom (i dette tilfelle) sykepleier og pasient som er basis for at pasienten inspireres til å inneha håp.

Default og Martocchio (1985) fremmer i deres definisjon av håp et relasjonelt aspekt, og pasienter de intervjuet formidlet at håp involverer andre enn dem selv. Realisering av deres håp var avhengig av andres handlinger og deres støtte. Deres håpefullhet var avhengig av at

andre delte deres håp (Herrestad, 2009). Håp innebærer derfor i noen grad også en relasjonelt betinget prosess.

Weinberg (2013) fremmer håpets betydning, ikke bare for pasienten, men også for fagpersoner i psykisk helsearbeid. Tjenesteutøvers evner til å inspirere og opprettholde håp hos pasienter med psykiske lidelser fremmes å inneha en sentral rolle i å fremme motiverende ressurser som er nødvendig for at bedring skal oppnås.

Til sist hevder Weinberg (2013) at fagpersoner i psykisk helsearbeid også er i behov av håp, ikke bare for å hjelpe andre, men for deres egen mening og betydning. Som tjenesteutøvere hevder han vi sjelden ser de frø vi planter, og det er ikke alltid vi forstår hvilken betydning det har. Fagpersonens eget håp på vegne av pasienten fremmes derfor.

Spandler og Stickley (2011) påpeker at håp er en så sentral del av recovery er det essensielt at vi skaper en kontekst som bidrar til dette. Dette hevder de skjer gjennom medfølelse for pasientene, og de mener dette kan forstås som uttrykt empati i møte med dem.

1.3 Hjelpers rolle i recoveryorientert praksis

Borg et al. (2013) fremmer fem ulike forhold som er sentrale for å kunne bidra til recoveryorienterte tjenester og praksiser. Det første handler om at personen må settes i sentrum som et helt menneske. Recovery handler om personens egen kunnskap om hva som hjelper, i motsetning til et sykdomsbasert perspektiv der fagpersonens kunnskap om sykdommen, står i sentrum. Sykdommen utgjør bare en liten del av mennesket i sin kontekst. Fokuset i recoveryorientert praksis er å finne egen mening, håp, egenkontroll, ressurser livet og hverdagen. Recovery er ikke bare en personlig prosess, men de rundt har rollen som rådgiver, støttespiller, kartleser og veiviser der personen selv er i førersetet hevder de videre.

Det andre forholdet handler om personens egen innsats og alt det den enkelte gjør både for å hjelpe seg selv og for å opprettholde håp. Det å finne støttespillere i dette arbeidet er viktig for å håndtere ulike problemer og etablere et meningsfullt liv. Når enkelte relasjoner er støttende i en bedringsprosess vil også andre kunne representere barrierer.

Det tredje forholdet som fremmes er knyttet til hverdagslivet. Dette er den kontekst der personen kan øve seg på å være et helt menneske og ta tilbake kontrollen i eget liv. Det fjerde forholdet handler om recovery som en livsprosess snarere enn resultater. Det handler om en anerkjennelse av den tid, det arbeid og de ressurser som skal til for komme frem til nye måter å leve på, gode omgivelser og strategier for å overkomme eller redusere problemer i det daglige. Støttespillernes rolle er ved dette å vise forståelse for hva det innebærer.

Anerkjennelse er et viktig stikkord også her. Det femte forholdet påpeker at recovery er en personlig prosess og at hver enkelt, med eller uten behandling eller støtte fra offentlige instanser, vil oppleve både fremgang og tilbakegang.

Slade (2009) hevder på sin side at det er fire måter fagpersoner kan støtte den enkeltes bedringsprosess på: Gjennom å fremme relasjoner, bidra til velvære, tilby behandling og fremme sosial inkludering. Videre hevder han at fagpersoners evne til å knytte kontakt med mennesker i perioder i livet preget av kaos støtter bedringsprosesser.

Schrank, Bird, Rudnick og Slade (2012) kom frem til fem elementer som er utviklet for å fremme håp for mennesker med psykiske lidelser. Det første er samarbeidsstrategier for sykdomsmestring, deriblant medisiner. Det andre var fokus på fremme relasjonen både med fagpersoner og andre utenfor helsesystemet. Det tredje var å bidra til kontakt med andre i samme situasjonen. Det fjerde elementet var å bidra pasienter til å oppnå kontroll og formulere realistiske mål, mens det femte elementet var konkrete intervensjoner som har som mål å fremme pasientens selvtillit, selvfølelse, det åndelige og velvære.

Borg med flere (2013) oppsummerer egen kunnskapssammenlikning gjennom å fremme at selv om recovery fremstilles forskjellig, så er det noen fellestrekk i den kunnskapsbaserte forskningen. «Recovery handler om personens perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening, håndtere konsekvensene av de psykiske problemene og reetablere et verdig liv. Recovery innebærer både personlige og sosiale prosesser, der levekår og strukturelle faktorer spiller en vesentlig rolle. Recovery kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre representerer barrierer» (Borg et al., 2013, s. 18).

1.3.1 Relasjonens betydning

Recoveryorientert praksis bygger på prinsipper som likeverd, medbestemmelse og autonomi. En slik praksis fremmer fagpersonens rolle som en medvandrer i den enkeltes bedringsprosess, og en god allianse har en sterk sammenheng med dette (Borg et al., 2013). Gjennom å anerkjenne hverdagslivets og de sosiale forhold, hevder dem at vår oppgave er å forstå og fange opp det enkle så vel som det komplekse i hverdagslivet til personene det dreier seg om.

Lakeman (2010) har gjennomført en studie for å kartlegge hvilke evner i relasjonen til fagpersoner hos mennesker med psykiske lidelser verdsetter mest. Fagpersonens evne til å lytte og respektere den enkeltes synspunkter, uttrykke en tro på at bedring er mulig, samt oppfatte, respektere og fremme den enkeltes ressurser og evner for bedring.

Hicks, Deane og Crowe (2012) fremmer betydningen av den terapeutiske alliansen i recoveryorientert praksis. De hevder at betydningen av å etablere og opprettholde en effektiv terapeutisk allianse er avgjørende for å støtte den enkeltes bedringsprosess, og løfter frem en allianse preget av gjensidighet og samarbeid om både behandling, oppgave og mål. Borg og Topor (2007) løfter frem betydningen av kontinuitet i relasjonene i motsetning til oppsplitting og brudd i relasjoner. De hevder at ett av grunnvilkårene for at en relasjon skal kunne etableres og videreutvikles er at den får tid til det. Systemer preget av ulike behandlingsledd og organisatoriske forhold som omstilling eller at fagpersoner slutter utfordrer dette. Tid, også i relasjoner, fremmes som et viktig element for bedringsprosesser.

Ifølge Weinberg (2013, s. 124) har håp en sentral betydning også for den terapeutiske allianse mellom pasient og behandler: *“Hope is critical as a predictor of positive expectations and of optimal treatment outcomes. Hope leads to a strength-based focus and the formation of empathic validating therapeutic relationships that prioritize empowerment and shared decision making—what Anthony (2003) calls an evidenced-based process.”*

Om psykisk helsearbeidere kan bidra til å fremme bedringsprosesser, kan vi også forhindre bedringsprosesser? Denne studien, med fokus på håp og relasjoner, kan ikke avklare hvorvidt fagøvere i deres rolle fremmer eller hindrer bedringsprosesser. Derimot kan det undersøkes

om kvaliteten i relasjonen sammenfaller med grad av håp, og sammenlikne dette med lengden på relasjonen. For å gå videre med dette må vi avklare og definere kvaliteten i relasjon.

1.3.2 Kvaliteten i relasjonen – den terapeutiske allianse

Relasjonens betydning innen for psykisk helse ble allerede av Freud fremmet som avgjørende for utfallet av intervensjonen ved terapien, dog ikke terapien i seg selv. I 1936 observerte Rosenzweig at ingen form for psykoterapi var uten effekt kreditert dens metode. Han fremmet derfor en hypotese om at det var noe utenfor selve metoden som førte til resultatene, fellesfaktorer (Duncan, 2010). Dette førte til en relasjonell vending i psykoterapi på 40- og 50-tallet da blant andre Carl Rogers tok opp relasjonens betydning for terapi og utarbeidet relasjonsmodeller for endring (Binder, 2008).

Horvath (2001) skiller mellom begrepene terapeutisk allianse og relasjon. Han hevder alliansebegrepet retter seg mot kvaliteten og styrken av den samarbeidende relasjon mellom pasient og terapeut. Alliansen må derfor sees på som mer spesifikk enn relasjon, og Bordins (1979) operasjonalisering tydeliggjør dette gjennom å fremme betydningen av et positivt affektivt bånd mellom klient og terapeut, enighet om oppgaver og mål (Horvath, 2001). Wampold (2010) hevder at det terapeutiske forhold forstått som den terapeutiske alliansen er den tydeligste, mest robuste fellesfaktoren. Hvor stor andel av variansen knyttet til utfallet av terapi den terapeutiske alliansen står for varierer i ulike studier.

Innen for psykoterapi fremmes alliansen som den største enkeltstående faktor for bedring med stor betydning for utfallet. I henhold til Orlinsky (2010) har det vært en dreining av vår forståelse der effekten av terapi har gått fra å være et resultat av terapeutiske teknikker, til å bli et resultat av forholdet mellom terapeut og pasient.

Hvilken betydning har da alliansen utenfor terapiens tradisjonelle rammer og innenfor kommunalt psykisk helsearbeid? Hoewego, Yellowless, Owen, Meldrum, og Dark (2003) påpekte den terapeutiske alliansens betydning i kommunalt psykisk helsearbeid med utgangspunkt i case management, og fant en sterk sammenheng mellom alliansen mellom primær hjelper og klient i henhold til utfallsmål. Livskvalitet, symptomer, holdninger til medikamenter og tilfredshet med tjenesten ble fremmet i et av de gjennomgåtte studiene på bakgrunn av pasientens skår, mens GAF, symptomtrykk og livsferdigheter ble fremmet på

bakgrunn av hjelpers allianseskår. Begge undersøkelsene hadde svakheter knyttet til design og utvalg, men de konkluderes likevel med at terapeutisk allianse mellom utøver av psykisk helsearbeid og pasient/klient er en prediktor for utfall også i kommunalt psykisk helsearbeid. En tilsvarende undersøkelse er ikke å finne i Norge.

Howgego et al. (2003) fremmer likevel flere forhold som den terapeutiske alliansen i case management ikke har utforsket og derfor har uklar betydning. Deltakers karakteristikk, demografiske forhold både ved klient og helper og forhold knyttet til sykdomsforhold, utdanning, erfaring, rusproblematikk, sosiale ferdigheter, m.m fremmes som noen av mange uavklarte forhold.

Recoveryorientert praksis handler om en brukerorientert praksis der samarbeidsforholdet mellom utøver av psykisk helsearbeid og pasient fremmes og maktforholdet utjevnes. Hvilken betydning har dette samarbeidsforholdet for den enkeltes opplevelse av håp? I hvilken grad er håpsgraden avhengig av relasjonen til tjenesteutøver? Hvilke betydning har lengden på relasjonen for håpsgraden til den enkelte? Tilgjengelighet til tjenester fremmes i recoveryorientert praksis, har derav frekvensen i kontakt betydning enten for relasjonen i seg selv og håpsgrad for den enkelte?

Nakagami (2009) har tatt for seg sammenhengen mellom arbeidsalliansen, håp og resultater i en studie av mennesker med lidelsen schizofreni. Han fant i samsvar med tidligere forskning om at positive, støttende og tillitsfulle relasjoner, deriblant også til fagpersoner, er helt essensiell for å fremme og opprettholde håp. Videre hevder han at håp ble fremmet når de ble gitt autonomi og kontroll gjennom planlegging av behandling, gitt beslutningsmyndighet i valg og avklaring av mål. Som vi ser sammenfaller båndet i relasjonen, samarbeid om oppgaver som skal gjøres og målsetninger som skal etterstribes med den panteoretiske forståelsen av den terapeutiske alliansen innhold. Er det da slik at den terapeutiske alliansen og håp sammenfaller? Tatt i betraktning det faktum at fagpersoner kan både fremme og hemme den enkeltes bedringsprosess, er det slik at kvaliteten på relasjonen sammenfaller med håp både i positiv og negativ forstand?

1.4 Formål og forskningsspørsmål

Bakgrunnen for denne studien var mangelfull kunnskap og derav et behov for ytterligere forskning. På bakgrunn av egen praksis oppleves betydningen av kvaliteten i relasjonen som en nøkkel for endringer, både i forhold til mestring av symptomer, funksjonsnivå så vel som mestring av hverdagslivet. Om det er slik Borg et al. (2013) hevder, at håp er å anse som en grunnleggende drivkraft på vei mot bedring, kan da relasjonen til hjelper være tennpluggen som antenner drivstoffet? For å tydeliggjøre tanken legges metaforene til side. Er det slik at kvaliteten i relasjonen, også kjent som den terapeutiske allianse, har en sammenheng med pasientens grad av håp? Sett i lys av håpets relasjonelle dimensjon er det å anta at relasjoner er av betydning, men er det gitt at kvaliteten i relasjon er betydningsfullt?

Den terapeutiske allianse fremmes som en av fellesfaktorene i psykisk helsearbeid.

Betydningen av håp fremmes i bedringsforskningen som en drivkraft til, og en forutsetning for, bedring. Recovery – bedringsprosesser og fellesfaktorer trekkes begge frem i veilederen «Sammen om mestring» utarbeidet av Helsedirektoratet (2014)

Formålet ved dette prosjektet er å undersøke forekomsten av håp, samt undersøke om forhold ved tjenesten og ved kvaliteten i relasjonen til primærkontakt (den terapeutiske alliansen) og tjenestemottakere i kommunalt psykisk helsearbeid kan sees i sammenheng med graden av håp.

Problemstillingen lyder som følger:

Hvordan fremstår graden av håp for mottakere av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid, og er det en sammenheng mellom relasjon til primærkontakt og tjenestemottakers grad av håp?

På bakgrunn av teoridelen fokuserer denne studien på følgende relasjonelle forhold: kvaliteten i relasjonen også kjent som den terapeutiske alliansen og strukturelle relasjonelle forhold bestående av lengde på relasjonen, frekvens i treffpunkter og forutsigbarhet i form av antall hjelpere.

Problemstillingen har som mål å besvare følgende hypoteser:

- a) Mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser skårer lavere enn normalbefolkningen på håp.
- b) Det er en sammenheng mellom tjenestemottakers grad av håp og kvaliteten i relasjonen til primærkontakt.
- c) Strukturelle relasjonelle forhold knyttet til relasjonens lengde, hyppighet i kontaktpunkter og kontinuitet er av betydning for håp.
- d) Arbeid med kvaliteten i relasjon er en viktig håpsfremmende faktor i arbeid med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og derav en relevant faktor å ta med seg i organisering og utøvelse av kommunalt psykisk helsearbeid.

På bakgrunn av problemstillingen og hypotesene ble følgende forskningsspørsmålene utledet:

- 1) Hvem er utvalget? Alder og kjønn.
- 2) Hvordan fordeler utvalget seg på de strukturelle relasjonelle forholdene; frekvens i treffpunkt, lengde i nåværende relasjon og antall (forutsigbarhet) primærkontakter?
- 3) Hvordan fordeler utvalget seg på måleinstrumentene HHI og STAR?
- 4) I hvilken grad sammenfaller graden av håp med demografiske forhold, kvaliteten i relasjon og de strukturelle relasjonelle forhold til primærkontakt?
- 5) I hvilken grad kan forhold ved relasjonen til primærkontakt forklare grad av håp?

Litteratursøk i database PsycINFO med nøkkelordene «hope» og «mental health» eller «community mental health» og «therapeutic alliance» gav 1 treff som ikke ble vurdert relevant. Ved nytt søk der nøkkelordet «therapeutic alliance» ble utelatt ble 68 treff funnet. Av disse var to aktuelle resultater og disse er allerede inkludert i studien.

Ved litteratursøk i databasen PubMed på nøkkelordene «hope» og «community mental health» og «therapeutic alliance» ble to treff funnet, dog ingen aktuelle. Ved å bytte nøkkelordet «community mental health» med «mental health» ble det funnet 8 resultater, derav ingen nye resultater aktuell for denne studien. Bytte av nøkkelordet «therapeutic alliance» med «consumer-provider relationship» gav ingen nye treff.

2. Metode

Valget av metode i denne studien tufter i tillegg til studiets formål og problemstillingens art, også på erkjennelser i lys av vitenskap og metode.

Samfunnsvitenskapen tar utgangspunkt i den virkeligheten folk opplever, det som kalles hverdagsvirkelighet, og all samfunnsvitenskapelig forskning dreier seg i bunn og grunn om å undersøke folks virkelighet (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011).

Hvilke tilnærming og dernest hvilke data som benyttes for å kartlegge virkeligheten avhenger av vår forståelse av den. Kritisk realisme baserer seg på en tese om at virkeligheten inneholder tre domener (Buck-Hansen & Nielsen, 2005). Det første domene er det empiriske domene som består av våre erfaringer og observasjoner. Det andre domenet betegnes som det faktiske domene, og består av alle de fenomener som eksisterer utenfor våre erfaringer og observasjoner. Det tredje og siste domene betegnes som det virkelige domene. Dette består av de ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer, som på sin side understøtter og forårsaker hendelser og fenomener som hører hjemme i det faktiske domenet (Buck-Hansen & Nielsen, 2005).

Det tredje og siste domene tilhørende den kritiske realismen fremmer en ydmykhet knyttet til vår forståelse av virkeligheten og dets innhold. Vår streben etter å undersøke det empiriske for å utvikle vår forståelse av virkeligheten, blir i dette ontologiske perspektivet preget av underliggende og ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer. I dette ligger det også muligheter for forskningen, nettopp fordi det er kombinasjonen av strukturene som gjør virkelighetens objekter til det de er (Buck-Hansen & Nielsen, 2005). På denne bakgrunn fremkommer kausale potensialer og sammenhenger mellom objekter eller fenomener. Dette studiet har som fokus å beskrive og avklare forholdet mellom to fenomener tilhørende i det empiriske domene gjennom en deskriptiv tilnærming til de strukturer tilhørende det virkelige domenes forhold.

De data som ble fanget opp på et gitt tidspunkt blir bindeleddet mellom virkeligheten og våre analyser av den (Johannesen et al., 2011). Datagrunnlaget, eller det empiriske grunnlaget for denne studien, må således være representativ for den virkeligheten som undersøkes. Studiens relabilitet vil avhenge av beskrivelsen av de vurderinger som ligger til grunn for studiens

fremgangsmåte, redegjørelsen av begreper og fenomener, samt hvor tydelig og logisk oppgaven er bygget opp. Intern sammenheng mellom teori og valg av måleverktøy, utvalg og tolkning av resultatet vil være avgjørende i lys av kritisk realisme.

Problemstillingens art er deskriptiv, korrelerende og søker, for det første, å undersøke forekomsten av fenomenet håp i en bestemt gruppe mennesker (mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser). For det andre søker den å undersøke sammenhengen mellom håp og relasjonelle forhold til primærkontakt. Deriblant pasientens vurdering av kvaliteten i relasjonen, forstått som terapeutisk allianse, og strukturelle relasjonelle forhold som lengde på relasjonen, antall primærkontakter siste 12 måneder og hyppighet i treffpunkter til primærkontakt. For å undersøke disse forhold vurderes kvantitativ metode og statistisk analyse best egnet.

Da forskningsspørsmålene peker i retning av simultantrelasjoner og ikke kausale relasjoner vil en undersøkelse som tar for seg status på ett tidspunkt være tilstrekkelig. Deskriptiv tverrsnittsundersøkelse er derfor egnet som design på studiet og kan gjennomføres ved hjelp av selvutfyllingsskjemaer.

2.1 Psykisk helsearbeid i Bærum Kommune

Bærum Kommune ved tjenestestedet psykisk helse boliger ble forespurt som rekrutteringsgrunnlag for denne studien. Den undring som ledet til problemstillingen ble til i arbeid med mottakere av kommunalt psykisk helsearbeid, og denne tjenesten kjennetegnes ved at tjenestemottakere er preget av alvorlige psykiske lidelser med behov for langvarig og sammensatt oppfølging.

For å gi en fremstilling av rekrutteringsgrunnlaget som ligger til grunn for utvalget i studien vil jeg videre beskrive kort tjenesten i Bærum Kommune som utgjør grunnlaget for rekrutteringen.

Bærum kommune er organisert i 15 kommunalområder, med «Helse og sosial» som ett av disse. Tjenestene tilhørende «Helse og sosial» har som overordnet mål å forebygge, behandle og legge til rette for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Tjenestene

skal bidra til økonomisk og sosial trygghet, at den enkelte får mulighet til å bo selvstendig og bistå i overgang til arbeid og aktiv deltakelse i samfunnet (Bærum Kommune, 2014).

Tilhørende «Helse og sosial» er seksjonen «Psykisk helse og rus» bestående av to tjenestesteder; «Aktivitet og mestring» og «Psykisk helse boliger». Tjenesten «Psykisk helse boliger» består av boligkomplekser geografisk spredt i kommunen.

Per dags dato består tjenesten «Psykisk helse boliger» av syv avdelinger fordelt på ni boligkomplekser. Ved datainnsamlingens tidspunkt var det 121 mottakere av tjenesten. Bemanningsgraden ved avdelingene varierer fra døgnbemanning redusert til tilsyn deler av døgnet. Dette er basert bistandsbehovet til de som bor i de ulike boligene. Alle tjenestemottakere har tilgang til bistand også på natt gjennom kontakt med ambulans nattevaktstjeneste.

Bo- og oppfølgingstilbudet tildeles på bakgrunn av en helhetsvurdering av den enkeltes behov av kommunens tildelingskontor på bakgrunn av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunnen for valget av mottakere av denne tjenesten som rekrutteringsgrunnlaget i studien er at dette utvalget består av mennesker i behov av langvarige og sammensatte tjenester grunnet alvorlighetsgraden ved den enkeltes psykiske lidelse. Alle tjenestemottakere har en primærkontakt eller hovedkontakt som er deres kontaktperson i forhold til tjenesten, og vedkommende er ansvarlig for utforming og utførelse av tjenester lokalt, samt ansvarlig for samhandling og koordinering av tjenester eksternt.

2.2 Deltakere

Rekrutteringsgrunnlaget som utgjorde deltakerne i denne studien var voksne mennesker med alvorlige psykiske lidelser som leier kommunalt samlokalisert bolig og mottar tjenester fra tilhørende miljøbase. Ved en av avdelingene er den primære årsaken til mottak av tjenester rusproblematikk, og denne avdelingen ble ikke inkludert i rekrutteringsgrunnlaget da mennesker med psykiske lidelser er studiets fokus. Rus vil derimot være en tilleggsproblematikk for flere i utvalget, men dette er ikke ytterligere kartlagt.

Alle respondenter i utvalget mottar tjenester etter eget ønske og all bistand baserer seg på frivillighet, et prinsipp som ble videreført også i studien. Frivillighet er basert på et valg. Tilregnelighet og samtykkekompetanse var derfor prinsipper som ble vektlagt, og deltaker med manglende samtykkekompetanse ved personlige valg, samt deltakere som på datainnsamlingens tidspunkt var innlagt eller preget av unormal høy grad av symptomer vil ikke inkluderes etter etiske vurderinger. Disse to forhold ble derfor satt som eksklusjonskriterier sammen med krav om botid på minimum tre måneder ved nåværende avdeling grunnet studiens fokus på relasjon til primærkontakt. Dette utgjorde studiens tre eksklusjonskriterier som lå til grunn for rekrutteringen.

2.3 Verktøy og måleinstrument

Grunnet utvalgets tilstand preget av varierende grad symptomer og symptomtrykk, var det fokus i utformingen av spørreskjema at mengden spørsmål var redusert til et minimum for belysning av problemstillingen og at fremstillingen av dem var så tydelig som mulig.

Kvantitative metoder innen for samfunnsvitenskapen er i lys av kritisk realisme underlagt klare begrensninger. Dette fordi de objekter som søkes undersøkt er basert på meninger og begreper. Bhaskar (1998, hentet fra Hubert-Hansen & Nielsen, 2005) fremmer dermed at begrepsavklaring får den samme status og betydning i samfunnsvitenskapen som presise målinger gjør innen for naturvitenskapen. Mens kritisk realisme således heller i mot kvalitative metoder innen for samfunnsvitenskapen, er det avgjørende at kvantitative metoder kartlegger arbeidsbegreper og begrepets utvikling kvalitativt. Det fremmes videre betydningen av tydelighet i valg av definisjon som danner grunnlaget i den teoretiske og empiriske sammenhengen (Hubert-Hansen & Nielsen, 2005).

Denne begrensningen fremkommer tydelig når det kommer til måling av fenomenene håp og terapeutisk allianse. Som dere ser har jeg frem til nå benyttet begrepene terapeutisk allianse og kvaliteten i relasjon som synonymmer. Dette på bakgrunn av den teoretiske forståelsen fremme i introduksjonskapittelet. Således vil valg av verktøy for måling av fenomenet baserer seg på en definisjon og i den forlengelsen en operasjonalisering av definisjonen. Videre vil måleskjema basere seg på operasjonaliseringen av begrepet, og på den bakgrunn benyttes en generalisering av begrepet for å fange fenomenet.

Formålet ved studien var å undersøke forholdet, mellom grad av håp hos mottakere av kommunale psykiske helse- og omsorgstjenester og den kvaliteten i den terapeutiske relasjonen mellom tjenestemottaker og primærkontakt, i lys av strukturelle forhold ved relasjonen. Utformingen av spørreskjema baserer derfor på fire forhold; demografiske forhold, strukturelle forhold ved relasjonen, håp og den terapeutiske allianse.

2.3.1 Demografiske forhold

De demografiske forholdene alder og kjønn ble inkludert i studien. Kjønn er en dikotom variabel, men ble behandlet som en nominal variabel i analysene. Forventet stor spredning i alder gjorde at spørreskjema etterspurte den konkrete alder til den enkelte respondent.

2.3.2 Strukturelle relasjonelle forhold

Det første strukturelle forhold ved relasjonen som berører relasjonen er premissen for studien, at det foreligger en utpekt hovedkontakt eller primærkontakt som er ansvarlig for utforming og koordinering av tjenestetilbudet. Det første spørsmålet undersøker således om respondenten har en primærkontakt i dag, med alternativene ja og nei. En dikotom variabel som analyseres som nominal variabel.

Det andre forhold tok utgangspunkt i at frekvensen på kontaktpunkter med primærkontakt berører relasjonen og derfor ønskes denne variabelen å undersøkes i lys av håp og terapeutisk allianse. 5 svaralternativer ble opprettet på ordinalnivå. 3-5 dager i uken, 1-2 dager i uken, Annen hver uke eller mer, hver fjerde uke eller mer og sjeldnere var de ulike svaralternativene.

Det tredje strukturelle forhold ved relasjonen som ble inkludert i studien var lengden på nåværende primærrelasjon. Tatt i betraktning det faktum at mange tjenestemottakere har mottatt tjenester ved samme avdeling i over 10 år var det forventet lange relasjoner. For å differensiere lengre og kortere relasjoner ble alternativene fordelt på 6 svaralternativer; 0-3 måneder, 3-6 måneder, 6-12 måneder, 1-2 år, 3-5 år og 5 år eller mer.

Det fjerde var antall ulike primærkontakter de siste 12 månedene, dette fordi kontinuitet i teoridelen ble fremmet som en viktig relasjonell faktor. Det ble opprettet 6 svaralternativ fordelt på intervallnivå der det første alternativet, Har ikke/har ikke hatt representerer tallet 0,

og fungerer også som en kontroll i forhold til spørsmålet om vedkommende har en primærkontakt i dag. Videre følger alternativene 1-4 og avslutter med alternativet 5 eller mer.

2.3.3 Håp

Når det gjelder å utarbeide et måleinstrument for å måle fenomenet håp er det ingen enkel sak da innholdet vil avhenge av definisjonen av fenomenet. Det foreligger mange definisjoner av begrepet, og de ulike standardiserte måleskjemaene tar utgangspunkt i ulike definisjoner av begrepet.

Hertz håpsindeks er et av de standardiserte måleinstrumentene som er utviklet for å måle grad av håp, og baserer seg på definisjon av håp utviklet av Default og Martocchio fremmet i introduksjonskapitlet. Dette vil derfor benyttes i studien for å måle grad av håp og samsvarer med den grunnleggende forståelsen av fenomenet fremmet i denne studien.

Herths håpsindeks er utviklet av Herth i 1992 og oversatt til norsk i 2004 av Rustøen (Rustøen, 2007). Det består av 12 spørsmål som skal besvares på en likertskala fra helt uenig, uenig, enig og til helt enig. To av spørsmålene, nummer 3 og 6, er negativ formulert og før skåring må disse bli snudd. Mulig score er fra 12 til 48.

Med tanke på reliabilitet ble måleinstrumentet utviklet av Herth i sin engelske versjon vurdert med bruk av Cronbachs alpha, og gav en score på 0,97 noe som tyder på svært god intern sammenheng. Den norske versjonen oversatt av Tone Rustøen gav en Cronbachs alpha på 0,81 og tilsvarer god intern sammenheng. Cronbachs alpha baserer seg på det faktum at intern sammenheng i måleinstrumentet øker når alle forhold som undersøkes måler det samme fenomenet (Pallant, 2010). Validiteten på måleinstrumentet er befestet gjennom kriterierelatert validitet der korrelasjon mellom HHI og øvrige måleinstrumenter for håp undersøkes. Videre er det påpekt sammenheng mellom håp målt ved HHI og fenomener preget av håp (Rustøen, 2007).

I forbindelse med oversettelsen ble det gjennom norsk befolkningsstudium fastslått at gjennomsnittlig global håpsskåre var 36,7 med standardavvik på 4,1 (Rustøen, 2007). Dette gir derfor sammenlikningsgrunnlag i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som utføres i denne studien.

I Tyskland ble det gjennomført en studie for å evaluere psykometrien av den tyske versjonen av Herths håpsindeks (Van Gestel-Timmermans, van den Bogaard, Brouwers, Herth & van Nieuwenhuizen, 2010). Bakgrunnen for studien var nettopp håp som en determinant faktor ved bedringsprosessert ved psykiske lidelser, og formålet var å utvikle og evaluere validitet og reliabilitet i utvalg bestående av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. De konkluderte med at Herths håpsindeks innehar tilfredstillende psykometriske egenskaper til å måle grad av håp i møte med mennesker preget av alvorlige psykiske lidelser. De anbefaler derimot bruk av totalskår da skår på delskala var vanskelig å fortolke, samtidig som det var store variasjoner i ulike studier.

Herths håpsindeks er derfor ikke bare velkjent spørreskjema med god reliabilitet både nasjonalt og internasjonalt, men det er i tillegg egnet til å måle grad av håp hos mennesker preget av alvorlige psykiske lidelser.

2.3.4 Den terapeutiske allianse

I denne studien benyttes STAR-P som måleinstrument for måling av tjenestemottakers vurdering av kvaliteten i relasjonen (alliansen). Akronymet STAR står for «The Scale to Assess Therapeutic Relationships in Community Mental Health Care». Dette måleinstrumentet er utarbeidet på bakgrunn av intervju med klienter og fagutøvere innen for det de kaller for community mental health, og gjennomgang av ni allerede eksisterende måleinstrumenter (McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson & Priebe, 2007). Norsk oversettelse av community mental health går i retning samfunnsmessig psykisk helsearbeid, og kommunalt psykisk helsearbeid er inkludert i dette begrepet som ble etablert som en motvekt til det institusjonaliserte fagfeltet på 1960 og 1970-tallet (Skutle, 2013).

STAR akkumulerte i to versjoner, en pasientversjon og en terapeutversjon. Hver av versjonene består av 12 spørsmål som scores på en likertskala fra 0 til 4, eller fra aldri til alltid. Test-retest reliabilitet ved $r=0,76$ for STAR pasientversjon og $r=0,68$ for STAR behandlerversjon (McGuire-Snieckus et al., 2007). STAR-P består av tre subskala; “positive collaboration”, “positive clinician input” og “non-supportive clinician input”.

Catty, Winfield og Clement (2007) gjennomførte et review av den terapeutiske alliansen i det de kaller for secondary mental health. Som ett av 15 ulike måleinstrumenter ble STAR vurdert i lys av dets validitet og analyse ble foretatt av instrumentet opp mot den panteoretiske forståelsen av terapeutisk allianse. Deres konklusjon er at dette måleinstrumentet dekker temaene mål, oppgave, tillitt og ubetinget positiv omtanke i pasientversjonen, og konkluderer således med at måleinstrumentet i stor grad samsvarer med den panteoretiske forståelsen av alliansebegrepet. Catty, Winfield og Clement (2007) anbefaler bruk av WAI eller STAR som måleinstrument for vurdering av kvaliteten i relasjonen, om det ønskes en bred panteoretisk forståelse av den terapeutiske alliansen. Med tanke på at WAI er utviklet for bruk i psykoterapi, og det er lite grunnlag for validering av dette måleinstrumentet i lys av samfunnsmessig psykisk helsearbeid, velges STAR som måleinstrument for denne studien.

N-STAR eller den norske versjonen av måleinstrumentet er oversatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus av Geirdal, Nerdrum, Aasgaard, Misund og Bonsaksen (2015). Oversettelsen ble gjennomført i en ti-stegsmodell på bakgrunn av prinsipper for oversettelse fremmet av ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) og deres arbeidsgruppe for oversettelse og kulturell tilpasning.

På bakgrunn av oversettelsen ble det gjennomført pilotstudie for å undersøke den norske versjonens reliabilitet (Geirdal, Nerdrum, Aasgaard, Misund & Bonsaksen, 2015). Utvalget bestod av 29 klienter og 29 terapeuter. Resultatet av deres analyser indikerer at den norske versjonen av STAR egner seg for å måle kvaliteten i den terapeutiske relasjonen i psykisk helsearbeid utenfor institusjon. De rapporterer at noen av delskalene viser en reliabilitetskoeffisient i nedre sjiktet, mens reliabilitetskoeffisienten måleinstrumentet totalt sett viser høy reliabilitet.

N-STAR:P benyttes for vurdering av kvaliteten i den terapeutiske relasjon til tjenesteutøver ved denne studien for det første da det er utviklet til å vurdere kvaliteten i relasjonen til klinikere uavhengig av deres utdanningsbakgrunn. Dernest fordi det er beregnet til vurdering av relasjonen i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser utenfor institusjon (community mental health).

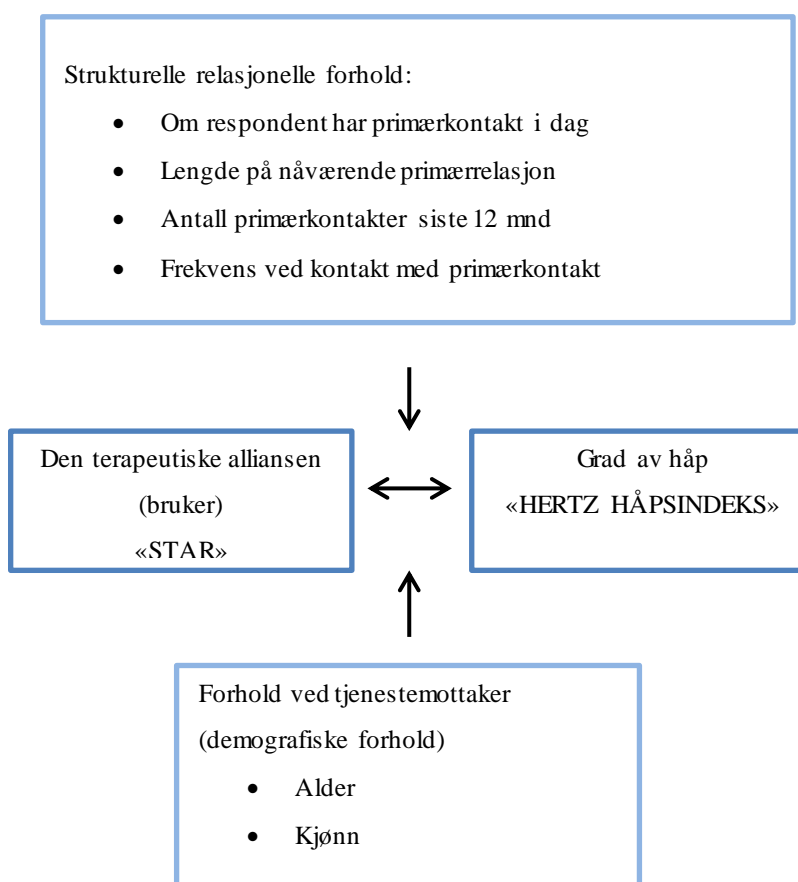
2.4 Utforming av spørreskjema

På bakgrunn av innholdet beskrevet ovenfor følger en oppsummering av de data som skal innhentes gjennom spørreskjema i tabell 2.1 og figur 2.1.

Tabell 2.1

Datautvalg	Hvordan data innhentes
Tjenestemottakers alder og kjønn	Spørreskjema til tjenestemottaker
Har primærkontakt	Spørreskjema til tjenestemottaker
Lengde på nåværende primærrelasjon	Spørreskjema til tjenestemottaker
Antall primærkontakter siste 12 mnd	Spørreskjema til tjenestemottaker
Frekvens ved kontakt med primærkontakt	Spørreskjema til tjenestemottaker
Standardiserte måleinstrument: STAR og Hertz Håpsindeks	Spørreskjema til tjenestemottaker

Figur 2.1



Utformingen av spørsmål til spørreskjema er gjort med fokus på gjensidig utelukkende spørsmål, enkelt og tydelig spørsmålsformulering. Respondentnummer ble utfyllt på

spørreskjemaets forside i forkant av utlevering. Side to inneholdt spørsmål om respondent i form av alder og kjønn. Videre fulgte kontrollspørsmålet om respondenten har primærkontakt i dag, etterfulgt av tre spørsmål om strukturen i relasjonen med primærkontakt. Side tre inneholdt Herths håpsindeks. Side fire inneholdt N-STAR:P. Den siste siden inneholdt kommentarfelt der respondentene hadde anledning til å kommentere undersøkelsen. Se for øvrig vedlegg 2 for utformingen av spørreskjema.

Spørreskjema og dets innhold ble drøftet med kontaktpersoner i de ulike avdelinger. Som følge av denne drøftingen ble begrepet terapeut erstattet med primærkontakt og begrepet behandling erstattet med oppfølging i STAR. Det ble hevdet at dette er begreper som er fremmed for denne brukergruppen, og derav kan føre til misforståelser ved utfylling av spørreskjema.

2.5 Datainnsamling

Personvernombudet i kommunen ble kontaktet for å avklare om prosjektet kunne gjennomføres. Personvernombudet henviste for det første til utdanningsinstitusjonens egne godkjenningsorgan (NSD). Ved godkjenning fra NSD og tjenesteleders tillatelse til gjennomføring av prosjektet ved tjenestestedet var prosjektet godkjent. Det ble i forkant rettet søknad til Regional etisk komite (REK), men etter endring i prosjektbeskrivelsen, godkjenning fra NSD og fremleggingsvurdering rettet til REK ble prosjektet vurdert til ikke å være fremleggingspliktig etter helseforskningslovens § 4.

For å fremme deltakelse og vurdere prosjektets inklusjonskriterier i lys av den enkelte tjenestemottaker, ble informasjon om prosjektet formidlet til kontaktpersoner i den enkelte avdeling utpekt av deres respektive avdelingsledere. Det ble avholdt møte med hver kontaktperson og informasjon om prosjektet ble således formidlet. Spørreskjema og informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble utlevert til kontaktperson. Kontaktperson hadde dermed ansvaret for vurdering av den enkeltes situasjon opp mot inklusjonskriteriene og deretter å rekruttere deltakere til studien.

På den måten ivaretas deltakernes konfidensialitet, de vil kvalitetssikre at invitasjon om deltakelse ikke fremmes tjenestemottakere uten samtykkekompetanse eller i en forverret sykdomsfase, samt at risikoen for bias reduseres. Hver beboer ble presentert med skriftlig

informasjon, samtykkeerklæring og spørreskjema. Kontaktpersonene ble også bedt om å gjennomgå innholdet i prosjektet muntlig i møte med den enkelte.

Deltakere ble bedt om å returnere ferdig utfylt samtykkeerklæring og spørreskjema enten i vanlig post eller ved levering til kontaktpersonen ved den enkelte avdeling. Datainnsamlingen foregikk kun gjennom spørreskjema for tjenestemottakere. Datainnsamlingen startet i januar og foregikk over en tidsperiode på 5 uker for å sikre at alle som tilfredsstilte inklusjonskriteriene ble tilbudt deltakelse.

Koblingsnøkkel ble benyttet for å skille navn med det øvrige materialet. Koblingsnøkkel vil destrueres ved prosjektets slutt for å sikre videre anonymitet.

2.6 Analyse

Forskningsspørsmål krever statistisk analyse av datamaterialet, og analyseprogrammet SPSS versjon 22 ble benyttet til dette. Univariat analyse ble benyttet til å beskrive forekomst, fordeling og sentraltendenser i utvalget på bakgrunn av den enkelte variabel.

Korrelasjonsanalyse, ved Pearsons r som korrelasjonskoeffisient, ble benyttet for å undersøke signifikante sammenhenger. Vurdering av korrelasjonsstyrke baserer seg på Cohens inndeling der Pearsons r på 0,10-0,29 tilsvarer svak sammenheng, 0,30-0,49 moderat sammenheng og 0,5-1,00 representerer en sterk sammenheng (Pallant, 2010).

For vurdering av sannsynligheten for at korrelasjonen eller samvariasjonen ikke er en tilfeldighet i utvalget, ble p -verdi beregnet for å avgjøre signifikansnivået. Grunnet utvalgets størrelse vil dette tas med som et forbehold, men fokuset vil være knyttet til styrken i samvariasjonen. En sterk korrelasjon som ikke er signifikant tilsier behov for større utvalg og derav en mer presis korrelasjonskoeffisient. Det betyr derimot ikke at samvariasjon med lav statistisk signifikans ikke er aktuelle resultater (Pallant, 2010). Hvorvidt korrelasjonene var statistisk signifikant ble p -verdien beregnet og signifikansnivå ble vurdert til henholdsvis 0,001-, 0,01- og 0,05-nivå.

Videre ble regresjonsanalyse benyttet for å undersøke i hvor stor grad respondentens vurdering av relasjonen forklarer den totale variasjonen av grad av håp (Johannesen, 2009).

Til sist ble sluttstatistikk i form av t-tabell benyttet for å vurdere grad av håp mellom ulike grupper benyttet for å styrke validiteten av studien.

Tabell 2.2

Forskningsspørsmål	Måleverktøy	Analysemetode
1) Hvem er utvalget?	Spørreskjema: spørsmål 1 og 2	Deskriptiv statistikk: Univariat analyse
2) Hvordan fordeler utvalget seg på de strukturelle relasjonelle forholdene; frekvens i treffpunkt, lengde i nåværende relasjon og antall primærkontakter?	Spørreskjema: Spørsmål 4-6	Deskriptiv statistikk: Univariat analyse
3) Hvordan fordeler utvalget seg på måleinstrumentene HHI og STAR?	Spørreskjema: HHI, side 3 STAR, side 4	Deskriptiv statistikk: Univariat analyse
4) I hvilken grad sammenfaller graden av håp med demografiske forhold, kvaliteten i relasjon og de strukturelle relasjonelle forhold til primærkontakt?	Spørreskjema: Spørsmål 1,2,4,5,6 HHI, side 3 STAR, side 4	Deskriptiv statistikk: Bivariat analyse - korrelasjonsanalyse
5) I hvilken grad kan forhold ved relasjonen til primærkontakt forklare grad av håp?	Se oversikt over korrelasjon i resultat.	Regresjonsanalyse

2.7 Ethiske overveielser

Formålet ved denne studien er å fremme kunnskap om håpsgraden hos mottakere av tjenester ved kommunalt psykisk helsearbeid, som preges av langvarig bistandsbehov og lidelsestrykk, samt beskrive sammenhengen mellom håp og relasjonelle forhold til primærkontakt.

Ved manglende samtykkekompetanse knyttet til personlige forhold vil tjenestemottaker ikke inkluderes i studiet. Om kontaktperson vurderer at noen i rekrutteringsgrunnlaget er preget av unormal grad av symptomer vil invitasjon om deltakelse gis på et senere tidspunkt. Invitasjon til deltakelse ble fremmet av en kontaktperson i den enkelte avdeling for å sikre at disse forhold ble ivaretatt gjennom lokal kjennskap til tjenestemottaker og deres tilstand. På denne måten ble også innsikten i taushetsbelagt informasjon til de tjenestemottakere som ikke ønsket å delta holdt utenfor studiet.

Spørsmålene som ble stilt var utformet så generelt at ingen respondenter kan identifiseres på bakgrunn av svarene de avgir. I henhold til ikke-skadeprinsippet er det viktig at datamaterialet håndteres på en skånsom måte og at forhåndsregler tas som forhindrer at personopplysninger og indirekte personsensitive opplysninger kommer på avveie. Koblingsnøkkel vil derfor benyttes og navn på respondent og nummer på selvutfyllingskjemaene kobles i dette.

Koblingsnøkkel vil oppbevares på personlig lagringsområde der kun forskeren har tilgang, ved arbeidsgiver Bærum Kommunes datasystem. Innsamlede samtykkeerklæringer vil oppbevares innelåst i skap ved eget kontor. Koblingsnøkkel vil i henhold til søknad rettet til NSD slettes etter prosjektets slutt, senest 31.12.2016. Samtykkeerklæring/svarskjema vil destrueres og spørreskjemaets variabler anses derav ikke å være indirekte personidentifiserende.

Jeg er selv ansatt ved psykisk helse boliger i Bærum Kommune, og har således en relasjon til noen av respondentene. Dog er jeg ikke i direkte arbeid med beboerne da jeg leder en avdeling. For å sikre at verken beboere eller ansatte ved min avdeling ikke opplever press til deltakelse, vil invitasjon ved kontaktperson kunne hindre eventuelt behov for tilfredsstillelse av mine ønsker. Påskjønnelse vil kunne fremme oppslutning, men dette vil prege frivillighetsprinsippet og valget om deltakelse kan dermed stå mellom penger eller ikke penger, fremfor deltakelse eller ikke deltakelse. Påskjønnelse er derfor ikke aktuelt. Det fremmes derfor i informasjonsskrivet at deltakelse ikke vil føre til verken fordeler eller ulemper, men vil kunne bidra til å frembringe ny kunnskap.

2.8 Begrensninger i studiets design

Begrensninger ved denne type design er at valgte variabler og utvalg gir en beskrivelse av status her og nå, men kan ikke utforske verken utvikling over tid eller kausale forbindelser mellom avhengig og uavhengig variabel (Johannesen et al, 2011). Studiens tolkninger av og forståelse for resultatene hviler derfor på den teoretiske forankringen. Videre vil studiens design med rekrutteringsgrunnlaget basert på pasienter tilknyttet en type kommunale tjenester i én kommune redusere muligheten for en generalisering til populasjonen for øvrig. Derimot vil studien likevel bidra til kunnskap om forholdet mellom relasjonen til primærkontakt og håpsgrad for mottakere av kommunale psykiske helsetjenester.

3. Resultat

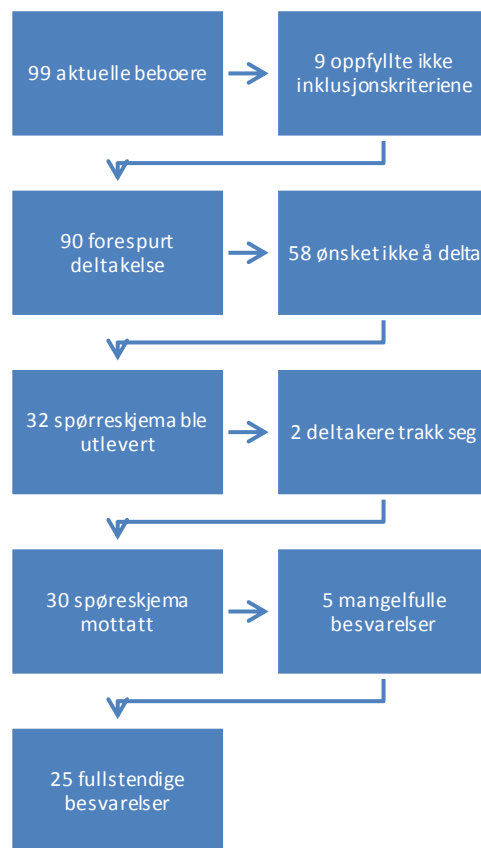
I dette delkapittelet vil resultatene på bakgrunn av de statistiske analyser presenteres. Formålet med denne studien var primært å undersøke forholdet mellom brukers grad av håp og relasjon til primærkontakt med tanke på både kvaliteten i relasjon og de strukturelle relasjonelle forhold inkludert i metodekapittelet. Sekundærmålet beskrevet i problemstillingen var å undersøke graden av håp blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester innen for fagfeltet psykisk helse preget av alvorlige psykiske lidelser.

På bakgrunn av problemstillingen ble forskningsspørsmålene utledet. Disse dannet grunnlaget for de statistiske analysene som ble utført, og former derfor rammen for presentasjon av resultatene som her vil presenteres. Dette delkapittelet starter med å presentere deltakerne og fordelingen på de ulike variablene. Deretter presenteres resultatene fra korrelasjonsanalysen e med fokus på håp og demografiske forhold, den terapeutiske allianse og strukturelle relasjonelle forhold. Etter dette presenteres resultater fra regresjonsanalysene før sluttstatistikk presenteres.

Illustrasjonen nedenfor viser rekrutterings- og frafallsprosessen, fra hele rekrutteringsgrunnlaget til den gruppen respondenter som utgjør studiens datagrunnlag. Av rekrutteringsgrunnlaget på 99 beboere ble 90 forespurt deltakelse i studien. 9 av beboerne oppfylte ikke inklusjonskriteriene og fikk ikke tilbud om deltakelse. 32 samtykket til deltakelse, men to deltakere trakk seg og fem leverte ufullstendige besvarelser. Det endelige utvalget på 25 beboere utgjør 25 % av det totale antall tjenestemottakere og 28 % av de forespurte.

Deltakelsen er lavere enn forventet. Tidsrammen for datainnsamling på en måned kan være en av årsakene til svarprosenten. En annen årsak kan være at det ikke ble gitt informasjon direkte til beboerne, men at informasjon ble gitt via lokal kontaktperson ved hver bolig. Dette ble gjort grunnet etiske overveielser. Ved en avdeling var store deler av beboerne samlet utenfor personalets kontor ved overlevering av spørreskjema. Denne avdelingen hadde en svarprosent på 55 %. Resultatet av de forhåndsregler valgt på bakgrunn av de etiske overveielser kan hatt større betydning for deltakelse en forventet.

Figur 3.1: oversikt over deltakerne i undersøkelsen



Uavhengig av antall respondenter ville en generalisering av resultatene ut over den lokale populasjonen være urimelig grunnet datainnsamlingens geografiske begrensning, noe som gjør at de resultater som presenteres må vektas i lys av annen forskning.

3.1 Deltakerne og fordeling på variablene

Denne delen av presentasjon tar sikte på å besvare de tre første forskningsspørsmålene og beskrive fordeling av utvalget på de demografiske variablene, strukturelle relasjonelle forhold, STAR og HHI. Univariat analyse er benyttet å fremme frekvensstatistikk og deskriptiv statistikk. Frekvensstatistikk er benyttet for å undersøke fordelingen ved svarene på de ulike alternativene, mens deskriptiv statistikk er benyttet til å undersøke gjennomsnitt, standardavvik og spredning.

Tabell 3.1: Kjønn og alder

Variabel	Kategori	Antall	% av n (n=25)		
Kjønn	Menn	16	64 %		
	Kvinner	9	36 %		
Variabel	Kategori	Min	Max	Gj.snitt	Std. Avvik
Alder	Menn	22	68	46,00	14,501
	Kvinner	22	57	46,67	10,464
	Totalt	22	68	46,24	12,962

Blant de 25 respondentene var 16 (64 %) av dem menn og 9 (36 %) kvinner.

Gjennomsnittsalderen deres var 46,2 år med et aldersspenn fra 22 år til 68 år. Det var ingen signifikant forskjell på aldersfordelingen mellom kjønnene, der kvinnene hadde en gjennomsnittsalder på 46,67 år og mennene på 46 år.

Tabell 3.2: Oversikt respondenter og avdelinger

Avdeling	Respondenter	Antall tjenstemottakere totalt i avdelingen	Prosent
Avdeling 1	2	9	22 %
Avdeling 2	6	14	43 %
Avdeling 3	3	26	12 %
Avdeling 4	2	18	11 %
Avdeling 5	6	21	29 %
Avdeling 6	6	11	55 %
Sum	25	99	25 %

Det er respondenter fra alle avdelinger i rekrutteringsgrunnlaget med i datagrunnlaget, men det er store variasjoner i de ulike avdelingene med tanke på deltakelse i studien fra 11 % til 55 %.

3.1.1 Strukturelle relasjonelle forhold

Utvalgets fordeling på de tre spørsmål som undersøker de strukturelle relasjonelle forholdene tatt med i denne studien er inkludert i tabell 3.3.

Tabell 3.3: Fordeling på svarkategorier ved strukturelle relasjonelle forhold

Variabel n =25	Kategori	Antall	Prosent
Lengde på relasjon til primærkontakt	0-3 måneder	1	4 %
	3-6 måneder	1	4 %
	6-12 måneder	4	16 %
	1-2 år	8	32 %
	3-5 år	4	16 %
	5 år eller mer	7	28 %
Hvor ofte vedkommende treffer primærkontakten sin	3-5 dager i uken	16	64 %
	1-2 dager i uken	7	28 %
	Annen hver uke eller mer	1	4 %
	Hver fjerde uke eller mer	1	4 %
Antall ulike primærkontakter siste 12 mnd.	1	14	56 %
	2	9	36 %
	3	2	8 %

19 av 25(76 %) respondenter har hatt den samme primærkontakten i over ett år. 11(44 %) har hatt samme primærkontakt i over 3 år, mens 7 av respondentene (28 %) har hatt samme primærkontakt i over 5 år. 44,4 % av kvinnene og 43,8 % av mennene har hatt samme primærkontakt mer enn 3 år.

Av de 25 respondentene treffer 92 % sine primærkontakter ukentlig og 64 % treffer sine primærkontakter 3-5 dager i uken. Det var en svak, ikke signifikant, sammenheng ($r=-,172$) mellom antall primærkontakter og kjønn. En moderat sammenheng med korrelasjonskoeffisient på $-0,350$ mellom alder og antall primærkontakter ble funnet og tyder på at desto eldre beboerne er, desto mindre antall primærkontakter virker de å ha hatt det siste året. Sett i lys av lengden beboerne oppgir på nåværende primærrelasjon virker dette rimelig.

3.1.2 Håp

I gjennomsnitt skåret utvalget 35,00 på Herths håpsindeks (HHI) med standardavvik på 7,1. Indeksen skåres på en skala mellom 12 og 48, og utvalget skåret 24 som laveste og 48 som høyeste skår. For å vurdere om skåren fordeler seg i henhold til forventning om normalfordeling ble deskriptiv analyser benyttet. De ulike resultatene på HHI fordelte seg jevnt langs null-linjen. Kolmogorov-Smirnov statistikk viste ikke signifikant resultat med signifikansverdi på 0,159. Det bekrefter normalfordeling av resultat.

Boxplot-diagrammet viste derimot en outliner ved respondentnummer 506 med en skår på 48 av 48 på HHI. I henhold til Pallant (2010) må det vurderes om outliner-skår skal bevares, modereres eller fjernes. 5% trimmed mean var på 34,89, noe som gir en differanse på 0,11 fra gjennomsnittlig skår. Outliner-skåren bevares derfor i de videre analysene.

Koeffisientintervallet på 95 % befant seg mellom 32,08 og 37,92. ANOVA viser ingen signifikant forskjell mellom kjønnene ($p=0,955$) eller mellom de som har og ikke har mottatt bistand til utfylling av skjema ($p=0,847$).

3.1.3 Terapeutisk allianse

For å vurdere om skåren fordeler seg i henhold til forventning om normalfordeling ble deskriptiv analyser også benyttet her. De ulike resultatene på STAR fordelte seg jevnt langs null-linjen. Kolmogorov-Smirnov statistikk viste ikke signifikant resultat med signifikansverdi på 0,200. Det bekrefter normalfordeling i utvalgets skår. Ingen outliner-skårer ble oppdaget i disse analysene. ANOVA viser ingen signifikant forskjell mellom kjønnene ($p=0,194$) eller bistand/ikke bistand ($p=0,302$) til utfylling av skjema.

Tabell 3.3: STAR

Variabel	Min	Max	Gj.snitt	Std. Avvik
STAR: total	14	48	33,88	8,570
STAR 1: Positive Collaboration	5	24	16,52	5,205
STAR 2: Clinician Input	3	12	8,12	2,297
STAR 3: Non-Supportive Clinician Input	5	12	9,24	2,332

I gjennomsnitt skåret utvalget 33,88 på STAR totalskår med standardavvik på 8,570. Indeksen skåres på en skala mellom 0 og 48, utvalget skåret 14 som laveste og 48 som høyeste skår. Koeffisientintervallet på 95 % befant seg mellom 30,34 og 37,42.

3.2 Samvariasjon med fokus på håp

Resultatene av korrelasjonsanalysen som undersøker samvariasjonen mellom håp, demografiske forhold, relasjonelle forhold og kvaliteten i relasjonen presenteres i tabellen nedenfor. Bistand til utfylling av skjema ble også inkludert i korrelasjonsanalysen for vurdering av bias ved å ha ansatte tilstede ved utfylling av skjema. Mer om sistnevnte under punkt 3.4 sluttstatistikk.

Tabell 3.4: korrelasjon

Korrelasjonsanalyser		HHI	STAR	Kjønn	Alder	Hvor ofte treffer du vanligvis din primærkontakt?	Hvor lenge har vedkommende vært din primærkontakt?	Hvor mange ulike primærkontakter har du hatt de siste 12 månedene?
HHI	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
	N	25						
STAR	Pearson Correlation	,376	1					
	Sig. (2-tailed)	,064						
	N	25	25					
Kjønn	Pearson Correlation	,012	-,269	1				
	Sig. (2-tailed)	,955	,194					
	N	25	25	25				
Alder	Pearson Correlation	,007	-,013	-,025	1			
	Sig. (2-tailed)	,972	,951	,905				
	N	25	25	25	25			
Hvor ofte treffer du vanligvis din primærkontakt?	Pearson Correlation	,092	,553**	,075	,075	1		
	Sig. (2-tailed)	,663	,004	,721	,723			
	N	25	25	25	25	25		
Hvor lenge har vedkommende vært din primærkontakt?	Pearson Correlation	,273	,194	,076	,193	,208	1	
	Sig. (2-tailed)	,187	,353	,717	,356	,317		
	N	25	25	25	25	25	25	
Hvor mange ulike primærkontakter har du hatt de siste 12 månedene?	Pearson Correlation	-,343	-,264	-,172	-,350	,020	-,632**	1
	Sig. (2-tailed)	,094	,203	,411	,086	,925	,001	
	N	25	25	25	25	25	25	25
Bistand til utfylling av skjema	Pearson Correlation	,041	,215	-,226	,431*	-,109	,288	-,421*
	Sig. (2-tailed)	,847	,302	,277	,031	,603	,163	,036
	N	25	25	25	25	25	25	25

3.2.1 Håp og demografiske forhold

Denne studien finner ingen sammenheng mellom håp og alder da korrelasjonskoeffisienten måler til 0,007. Sammenhengen mellom håp og kjønn gir en korrelasjonskoeffisient på 0,12, dog med så lav statistisk signifikans at ingen sammenheng kan tolkes selv om korrelasjonskoeffisienten teknisk sett befinner seg i det nedre sjiktet for en lav sammenheng.

3.2.2 Håp og kvaliteten i relasjonen

For å undersøke samvariasjonen mellom håp og den terapeutiske alliansen ble også her Pearsons produktmomentkorrelasjons koeffisient benyttet da samvariasjonen ble vurdert til å være lineær etter undersøkelse av grafer med scatterplots for hver av STAR-variablene og HHI.

Det er en moderat korrelasjon mellom håp målt med HHI og terapeutisk allianse målt med STAR på 0,376. For å avklare hvilke forhold ved den terapeutiske alliansen som har en sammenheng med håp ble korrelasjonsanalyser mellom håp og de tre subskalene til STAR gjennomført. I tabell 3.5 er STAR1 er lik “positive collaboration”, STAR 2 er lik “positive clinician input” og STAR 3 er lik “non-supportive clinician input”.

Tabell 3.5: Korrelasjon mellom HHI og STAR

		STAR tot.	STAR 1	STAR 2	STAR 3
HHI	Pearson Correlation	,376	,422*	,479*	-,033
	Sig. (2-tailed)	,064	,036	,015	,876
	N	25	25	25	25

Samvariasjonen mellom håp og delskalaen “positive collaboration” måler til 0,422 og resultatet er signifikant på 0,05-nivå. Samvariasjonen mellom håp og “positive clinician input” er den sterkeste med en korrelasjon på 0,479, også signifikant på 0,05-nivå. Delskalaen “non-supportive clinician input” viser i denne studien ingen sammenheng med håpsgraden med en korrelasjonskoeffisient på -0,033.

3.2.3 Håp og strukturelle relasjonelle forhold

Som vi ser i tabell 3.4 er det i denne studien ingen sammenheng mellom håpsgrad og frekvensen i kontakten med primærkontakt med en korrelasjonskoeffisient på 0,092. Ved de to andre strukturelle relasjonelle forhold er det derimot funnet en sammenheng. Antall primærkontakter de siste 12 måneder har en korrelasjonskoeffisient på -0,343 med HHI med en signifikansverdi på 0,094. Negativ korrelasjonskoeffisient betyr at verdien faller på x-aksen, og derfor er det en sammenheng mellom fallende håpsgrad (y-aksen) og antall primærkontakter.

En av hypotesene baserte seg på en teoretisk sammenheng mellom håp og lengde på relasjonen til primærkontakt. Med en korrelasjonskoeffisient på 0,273 og signifikans på 0,187 er det i denne studien påvist, dog en svak, sammenheng mellom håp og lengden på relasjonen. Da den teoretiske gjennomgangen tydeliggjorde at relasjonen kunne både fremme og hindre bedring ble det gjennomført analyser for å kontrollere for en tredje variable; den terapeutiske alliansen. Utvalget ble derfor delt i to med utgangspunkt i gjennomsnittlig allianseskår.

Tabell 3.6: Samvariasjon mellom håp og lengde på relasjon til primærkontakt for gruppene over og under gjennomsnittlig skår på terapeutisk allianse (STAR).

STAR-mean			Lengde på relasjon til primærkontakt
1. under gjennomsnittet	HHI	Pearson Correlation	-,420
		Sig. (2-tailed)	,227
		N	10
2. over gjennomsnittet	HHI	Pearson Correlation	,451
		Sig. (2-tailed)	,091
		N	15

I tabell 3.6 ser vi resultatet av korrelasjonsanalysen utført med Pearsons korrelasjonsanalyse der utvalget er delt. Resultatet er en sterk moderat korrelasjon blant begge gruppene. For den gruppen som har en totalskår på STAR under gjennomsnittet er korrelasjonskoeffisienten beregnet til -0,420, mens det for den andre gruppen er skåret beregnet til 0,451. Mens det er en moderat tendens til håpsgraden for gruppen med en skår på STAR under gjennomsnittet faller langs x-aksen, er det en moderat tendens til at håpsgraden øker langs x-aksen for den andre gruppen. Den tredje variabelen i lys av allianseskår er derfor med på å kamuflere sammenhengene mellom håp og lenden på relasjon.

Den statistiske signifikansen er sterkest for gruppen med en terapeutisk allianse over gjennomsnittet. Forskjellen i respondenter kan tilskrives skjevhet i antall respondenter. Selv om resultatene ikke er statistisk signifikant vil korrelasjonskoeffisienter så sterk måtte tas på alvor.

3.2.4 Kvaliteten i relasjonen og strukturelle relasjonelle forhold

Det er, som beskrevet i metodekapitlet, ikke mulig å avgjøre retningen på relasjonen mellom de ulike data som fremkommer i studien. Det er nødvendig å se på datagrunnlaget og

resultatene fra det andre perspektivet for å balansere resultatene i lys av studiens begrensninger.

Samvariasjon mellom den terapeutiske allianse og hvor ofte beboer treffer sin primærkontakt, målt med Pearsons produktmomentkorrelasjons koeffisient, gav en korrelasjonskoeffisient ved STAR total på 0,553 med en statistisk signifikans på 0,01-nivå.

3.3 Regresjon

I hvilken grad relasjonen til primærkontakt kan forklare håpsgraden til tjenestemottakerne kan undersøkes ved regresjonsanalyser. Grunnet utvalgets størrelse vil ikke mer enn to variabler inkluderes i analysene. Med utgangspunkt variablene STAR og antall primærkontakter de siste 12 månedene ble det gjennomført en lineær regresjonsanalyse som viste gav en regresjonskoeffisient på 0,288 og justert koeffisient på 0,224. Grunnet utvalgets størrelse og signifikansverdien til korrelasjonskoeffisientene ikke var innen for 0,05-nivå må justert regresjonskoeffisient benyttes. De avhengige variablene inkludert i regresjonsanalysen forklarer derfor 22,4 % av håpsgraden til utvalget. Signifikansverdien på denne beregningen var 0,024. Grunnet lav signifikansverdi knyttet til lengden på relasjonen ble ikke denne variabelen tatt med i disse beregningene.

Det ble også gjennomført en korrelasjonsanalyse på bakgrunn av kvaliteten i relasjonen (STAR) med håpsgrad og hyppighet i kontakt med primærkontakt som avhengige variabler. Dette gav en regresjonskoeffisient på hele 0,412 og justert koeffisient til 0,356. 35,6 % av styrken i relasjonen kan i følge disse dataene tilskrives de avhengige variablene. Dette er på siden av oppgavens formål, men interessante data i seg selv. Dette illustrerer derimot styrken og svakhetene i det valgte metodiske design, med styrker i utforskende statistikk og svakheter i sammenhengers retning.

3.4 Sluttstatistikk

Seks av utvalgets respondenter mottok bistand til utfylling av skjema. For å undersøke om dette medfører bias, og om bistand til utfylling av spørreskjema gitt av lokal kontaktperson medfører metodefeil ble t-test gjennomført på skårene til HHI og STAR fordelt på bistand eller ikke. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom gruppene og metodefeil kan derfor utelukkes når det kommer bistand og måten denne ble tilbudt på.

Ved en sammenlikning av gjennomsnittlig skår på STAR hadde respondentene som mottok bistand (30,67) lavere gjennomsnittlig skår enn de som ikke mottok bistand (34,89). Dette resultatet styrker resultatet fra t-testen som ble gjort med lite datagrunnlag.

3.5 Kommentarer og tilbakemelding

Respondentene hadde anledning til å gi kommentarer til undersøkelsen gjennom kommentarfelt på siste side. Kontaktpersonene i avdelingen gav muntlige tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger og kommentarer vil ikke inkluderes i analysene grunnet sin kvalitative utforming, men er tilbakemeldinger som kan gi viktig innsikt.

Tilbakemelding fra kontaktpersonene i avdelingen:

- En respondent hadde vanskeligheter med å svare på Herths håpsindeks. Abstrakte spørsmål var vanskelig å forholde seg til for en beboer med Aspergers syndrom. Resten av spørreskjema ble derfor ikke utfylt og deltakelsen ble registrert som ufullstendig.
- Det opprinnelige tidsperspektivet for datainnsamling på to uker var for lite. Kontaktpersonene i avdelingen trengte tid for å presentere informasjon om studien og komme i kontakt med alle beboerne. Spesielt beboere som isolerer seg var utfordrende å komme i posisjon til, men gjennom fem uker hadde alle beboerne som fylte inklusjonskriteriene mottatt tilbud om deltakelse.
- Bekymring for bias i forbindelse med styrken på den terapeutiske alliansen.
- Mange beboere er skeptisk til undersøkelsen og hva den skal brukes til. Til tross for grundig informasjon var det tryggere å takke nei.

Tilbakemelding fra respondentene på spørreskjemaets kommentarfelt:

- Min nåværende primærkontakt er fraværende. Den forrige jeg hadde var mye mere pliktoppfyllende.
- Min primærkontakt og jeg er veldig forskjellige.

4. Diskusjon

I denne delen vil funnene presentert under resultater diskuteres i lys av tidligere forskning, kliniske implikasjoner og styrker og svakheter i studien. Til sist vil anbefalinger for videre forskning presenteres.

Hovedfunnene i denne studien er at graden av håp hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser har en marginalt lavere grad av håp enn befolkningen for øvrig. Videre ble det funnet en moderat korrelasjon mellom håpsgrad og kvaliteten i relasjonen til primærkontakt. Når det gjelder strukturelle relasjonelle forhold ble det funnet en moderat korrelasjon mellom håp og antall primærkontakter de siste 12 månedene, noe som tyder på at stabilitet i relasjon er av betydning for håpsgraden til den enkelte. Lengden på relasjonen til primærkontakt viste seg å være både positivt og negativt korrelert med håpsgraden, avhengig av kvaliteten i relasjonen til primærkontakt er over eller under gjennomsnittet. Hyppighet i kontakt med primærkontakt gav ikke en sammenheng med håp, men det ble derimot funnet en sterk korrelasjon med kvaliteten i relasjonen på dette området. Det siste resultatet fremmet at deler av håpsgraden kan forklares på bakgrunn av relasjonelle forhold til primærkontakt.

4.1 Resultater i lys av teori og tidligere forskning

Problemstillingen er todelt og således vil også diskusjonen bygges opp. Først vil håpsgraden i denne studien diskuteres i lys av tidligere forskning. Deretter vil resultatene i lys av sammenhengen mellom håpsgraden til respondentene og relasjonelle forhold diskuteres.

4.1.1 Håp blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kommunalt psykisk helsearbeid

Rustøen et al. (2003) gjennomførte en studie med det mål og beskrive håp i et større utvalg trukket fra den generelle norske befolkningen. Med et utvalg på 1893 respondenter ble gjennomsnittlig skår ved den norske oversettelsen av HHI beregnet til 36.7 med et standardavvik på 4,2. Med dette som grunnlag skårer utvalget i denne studien lavere enn normalbefolkningen på håpsgrad med en skår på 35,00 og standardavvik på 7,1. Det ble gjennomført en studie i Tyskland der målet var å avgjøre dets validitet og reliabilitet ved bruk hos mennesker med psykiske lidelser. De oppgir ikke håpsgraden for dette utvalget og det er derfor ikke anledning til å sammenlikne resultatet i denne studien. De fant og oppgir derimot

en sterk korrelasjonskoeffisient på 0,59 mellom håpsgrad og psykisk helse målt som en underkategori ved måleinstrumentet RAND-36 som tar sikte på å avklare generell helsetilstand (Van Gestel-Timmermans et al., 2010).

På bakgrunn av resultatene i denne studien i lys av befolkningens grad av håp avklart av Rustøen med flere (2003) er det grunn til å hevde at håpsgraden til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er lavere enn normalbefolkningen.

4.1.2 Sammenhenger mellom håpsgrad og relasjonen til primærkontakt

Denne studien har påvist en sammenheng mellom håpsgraden hos mennesker i kommunalt psykisk helsearbeid og relasjon til primærkontakten. Sammenhengen mellom grad av håp og antall primærkontakter de siste 12 månedene gav en moderat korrelasjon med korrelasjonskoeffisient på -0,347. Minus indikerer at håpsgraden er avtakende desto flere primærkontakter personen har hatt de siste tolv månedene. Forutsigbarhet ble fremmet som et viktig element i recoveryorientert praksis av Borg og Topor (2007), og en sammenheng mellom avtakende håp desto flere primærkontakter understøtter denne påstanden. Utvalgets størrelse og signifikansverdien med en koeffisient på 0,094 gjør at korrelasjonskoeffisienten må sees på som en tendens og avklares nærmere i videre forskning.

Ved undersøkelse av sammenhengen mellom håp og kvaliteten i den terapeutiske relasjonen til primærkontakt ble en korrelasjonskoeffisient på 0,376 funnet. Det statistiske signifikansnivået var på 0,064 og årsaken til dette kan med stor sannsynlighet tilskrives utvalgets størrelse. Resultatet, til tross for noe svak signifikansverdi, viser en moderat sammenheng mellom håp og kvaliteten i den terapeutiske alliansen til primærkontakt. Dette resultatet sammenfaller med funn gjort av Hicks, Deane og Crowe (2012). De undersøkte sammenhengen mellom den terapeutiske allianse målt med WAI og håp målt med DHS (Dispositional hope scale) blant 61 mennesker med alvorlig psykiske lidelser som mottar oppfølging i form av case management i Australia. De fant en korrelasjonskoeffisient på 0,23 for sammenhengen mellom WAI og DHS innen for en statistisk signifikansverdig på 0,005-nivå. Ulikheter i valgte måleinstrumenter kan forklare forskjellen i koeffisienten, men resultatet sammenfaller med resultatet av denne studien.

Resultatet sett i lys av delskårene til STAR gav moderat sammenheng med «positive collaboration» og «positive clinician input» gav henholdsvis en korrelasjonskoeffisient på 0,422 og 0,479 med en statistisk signifikans på 0,05-nivå. Samarbeidsklima og opplevelsen av å bli hørt, sett og forstått virker i denne studien å ha en sammenheng med graden av håp. De spørsmål som omhandler ikke-støttende input har derimot ingen sammenheng med håpsgrad.

Resultatene viser videre at lengden på relasjonen til primærkontakt har en sterk moderat sammenheng med håpsgraden. For den gruppen som skårer kvaliteten i den terapeutiske relasjonen under gjennomsnittet er det en negativ korrelasjonskoeffisient på 0,420, dog med en statistisk signifikanskoeffisient på 0,227 må en sterk korrelasjon tas på alvor. Dette resultatet tyder på en sammenheng mellom lengden på relasjonen og en lav håpsgrad.

Dette kan forstås på to ulike måte avhengig av retningen på sammenhengen. Vi kan tolke dette resultatet til at terapeutisk relasjonen preget av lav kvalitet fører til redusert grad av håp over tid. Alternativt kan vi tolke resultatet til arbeid over tid uten fremgang eller redusert grad av håp preger ansattes evne til å opprettholde kvaliteten i den terapeutiske relasjonen. Det å ha og uttrykke empati til pasienter kan være vanskelig når det ikke er fremgang over tid (Geirdal, Nerdrum, Aasgaard, Misund & Bonsaksen (2015)). Sett i lys med våre evner til å opprettholde empati over tid uten fremgang kan dette også være en forklaring til at håpsgraden er negativt korrelert med lengden på relasjonen for de med en allianse under gjennomsnittet.

Det motsatte resultatet ble funnet for de med en allianse over gjennomsnittet der korrelasjonskoeffisienten målte til 0,451 med en signifikanskoeffisient på 0,091. Også her er det problem med den statistiske signifikansen som i dette tilfelle hevder at med 90.9 % sannsynlighet kan null-hypotesen forkastes og dermed bekrefte resultatet. Utvalgets størrelse vil også her være forklaringen til noe lav signifikansverdi, men en korrelasjon så sterk må tas i betraktning. Vi kan forstå sammenhengen for denne gruppen på samme måte som for de med en kvalitet i den terapeutiske relasjonen under gjennomsnittet. På den ene siden kan lengden på relasjonen føre til økt grad av håp over tid, gitt god kvalitet i den terapeutiske alliansen. Som alternativ forklaring kan resultatet tolkes i retning av at det er lettere å opprettholde en empatisk innstilling og uttrykke empati i møte med klienter som har høy grad av håp og på den måten forklare sammenhengen med kvaliteten i den terapeutiske relasjonen til primærkontakt.

Håp fremmet av DeFault og Martocchio (1985) består av tre tidsdimensjoner, der fortidens erfaringer og nåtidens situasjon preger håpet for fremtiden. Mens kvaliteten i den terapeutiske alliansen representerer nåtid, representerer antall ulike primærkontakter og lengden på relasjonen fortid. Således vil disse forhold danne et grunnlag for håp som fremtidsrettet. Om lengden på relasjonen er lang og kvaliteten i relasjonen lav vil dette, i lys av håp som en relasjonell betinget prosess, medføre lav grad av håp. En lang relasjon preget av høy kvalitet i den terapeutiske relasjonen vil teoretisk sett ved denne teorien føre til økt grad av håp. Teoretisk sett kan vi forstå sammenhengen mellom kvaliteten og lengden på relasjon til primærkontakt og håp i lys av tidsdimensjonen ved DeFault og Martocchios multidimensjonale håpsteori.

Wienberg (2013) nyanserer sammenhengen mellom håp og kvaliteten i den terapeutiske relasjonen. På den ene siden fremmer Weinberg betydningen av at fagpersonen opprettholder håp for pasienten, og således blir en håpsbærer. På den andre siden påpeker Weinberg betydningen av håp som en forutsetning for pasientens positive forventninger og derav utfall i behandling. Håp i dette perspektivet, fremmer Weinberg, leder til utformingen av en empatisk og støttende terapeutisk allianse.

Biong og Herrestad (2011) fremmet den konstruerte meningen med begrepet håp var å åpne noe som er fastlåst. Mens håp blir ansett som vendepunktet på vei mot bedring i et recoveryorientert perspektiv, blir spørsmålet i hvilken grad relasjonen fører til eller preges av dette vendepunktet.

4.1.3Oppsummering

Problemstillingen presentert i introduksjonskapittelet lød slik:

Hvordan fremstår graden av håp for mottakere av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid, og er det en sammenheng mellom relasjon til primærkontakt og tjenestemottakers grad av håp?

Denne studien hadde ikke som formål å avklare retningen på sammenhengen mellom relasjonen til primærkontakt og grad av håp, men å undersøke om og i hvilken grad en sammenheng eksisterte. Resultatene fremmet i denne studien indikerer at kvaliteten i den terapeutiske relasjonen til primærkontakt, samt lengden og stabilitet på relasjonen til

primærkontakt sammenfaller med håpsgraden til mottaker av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid. Sosial- og helsedirektoratet (2005) hevder at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for stabil kontakt og oppfølging over tid. Denne studien finner gode grunner både for å opprettholde kontakt og oppfølging over tid, men samtidig overvåke kvaliteten i relasjonen og avslutte relasjonen om kvaliteten ikke er god.

I et recoveryorientert perspektiv nedtones betydningen av fagpersonens rolle i den enkeltes bedringsprosess. Denne studien reiser derfor spørsmålet om vi hadde oppnådd de samme resultatene dersom maktforholdet mellom primærkontakt og tjenestemottaker hadde vært annerledes.

Studien tok videre sikte på å avklare fire hypoteser. Den første hevdet at mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser skårer lavere enn normalbefolkningen på håp. Dette ble bekreftet med en skår på 35 på HHI. Den andre hypotesen hevdet at det fantes en sammenheng mellom grad av kvaliteten i relasjon til primærkontakt. Denne hypotesen er også bekreftet og understøtter tidligere forskning (Hicks, Deane & Crowe, 2012; Koehn & Cutcliffe, 2007). Den tredje hypotesen hevdet en sammenheng mellom strukturelle relasjonelle forhold i relasjonen til primærkontakt og håpsgrad til den enkelte. Det ble funnet en sammenheng mellom lengde og forutsigbarhet (antall primærkontakter) og håp. Det ble derimot ikke funnet sammenheng mellom håp og hyppighet i kontakt med primærkontakt.

4.2 Implikasjoner for praksis

Den siste hypotesen fremmet betydningen av relasjonen som en viktig håpsfremmende faktor i møte med mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, og hevdet at fokus på relasjon er en viktig og relevant faktor å bringe med i organisering så vel som utøvelse av kommunalt psykisk helsearbeid.

Håpsgraden til utvalget, uavhengig av retning på sammenhengen eller årsaken til den, fremmer betydningen av relasjonen til primærkontakt. Resultatene tyder på at bytter av primærkontakt i seg selv er sammenfallende med en fallende håpsgrad, og bør således utføres med forsiktighet. I lys av recoveryorientert praksis bør slike bytter innebære høy grad av inkludering når beslutningen fattes.

Videre påpeker resultatene ved denne studien på en sammenheng mellom håpsgrad og kvaliteten i relasjonen til primærkontakt, og uavhengig av årsak fremmer dette betydningen av å monitorere kvaliteten i relasjonen, og betydningen av arbeid for å oppretthold eller utvikle den i møte med den enkelte tjenestemottaker. Det fremkommer en risiko for at tjenestemottakere med lav grad av håp reduserer fagpersonens evner til å opprettholde en terapeutisk relasjon med høy kvalitet over tid. En oversikt over kvaliteten i relasjonen vil derfor kunne gi fagperson og mottaker av tjenester et grunnlag for en felles vurdering av hva som skal til for å bedre kvaliteten i relasjonen eller om relasjonen skal avsluttes.

Betydningen av oversikt over kvaliteten i relasjonen, forhindre hyppige skifter samt arbeide med kvaliteten i den terapeutiske relasjonen virker således å være betydningsfullt for håpsgraden til mottakere av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid.

4.3 Styrker og svakheter i studien

En svakhet ved denne studien er antall respondenter med 32 deltakere og 25 fullstendige svar. Det utgjør en svarprosent på 78 % blant de som takket ja til deltakelse. Sett i lys av rekrutteringsgrunnlaget i sin helhet utgjorde svarprosenten 25 %, noe som i seg selv er lavt.

Svært få treff ved litteratursøk fremmer betydningen av denne studien. Det ble ikke funnet andre tilsvarende studier i Norge, samtidig som noen internasjonale studier som sammenfalt med denne studiens resultater i lys av forholdet mellom håp og brukers vurdering av kvaliteten i den terapeutiske alliansen. De studier funnet blant internasjonal forskning behandlet derimot ikke strukturelle relasjonelle forhold, og denne studien gav derfor mulighet til å øke kunnskapen også på det internasjonale feltet.

Bruk av måleverktøy ferdig utformet og testet, både internasjonalt og nasjonalt, er med på å styrke resultatene ved denne studien. Svakheten ved måleverktøyene var begrenset forskning ved bruk av HHI ved psykiske lidelser, dog var det et studie utført i Tyskland som fremmet også god reliabiliteten ved HHI for mål av håpsgrad hos mennesker med psykiske lidelser. Bruk av STAR i Norge er svært begrenset, men pilotstudien utført i Norge gav gode indikasjoner for dette måleinstrumentets reliabilitet.

At rekrutteringsgrunnlaget ved denne studien er knyttet til samme tjeneste, dog ulike avdelinger, i én kommune representerer en svakhet og reduserer studiens mulighet til å generalisere resultatene til populasjonen for øvrig. I hvilken grad dette utvalget skiller seg fra andre kommuner er ukjent.

Manglende data knyttet til beskrivelse av utvalget i form av diagnose og symptomtrykk er en svakhet ved studien, og dette begrenser mulighetene til å sammenlikne utvalget med rekrutteringsgrunnlaget for øvrig. Dette ble vurdert i forkant av gjennomføring av studien. Registerdata eksisterer i varierende grad knyttet til diagnose da dette er en del av IPLOS-registreringen. Derimot er det stor usikkerhet knyttet til de diagnoser som er registrert da mange blant rekrutteringsgrunnlaget ikke har revurdert eller fått bekreftet den satte diagnosen siden sist innleggelse på psykiatrisk sykehus eller DPS.

Den andre svakheten med registerdata er at diagnoser registreres manuelt, og at det ikke er gitt at denne informasjon samsvarer med de diagnoser som finnes i utvalgets pasientjournaler hos sin fastlege. Diagnose som registerdata ble på bakgrunn av kjennskap til systemet ikke vurdert som kvalitetssikret informasjon. For å begrense antall variabler og spørreskjemaets størrelse ble ikke måleinstrumenter for kartlegging av symptomtrykk inkludert.

Denne studien, til tross for dens begrensninger, fremmer ny og understøtter tidligere forskning på feltet. Resultatene kan være nyttige for praksisfeltet og danner grunnlaget for videre forskning.

4.4 Videre forskning

Mens denne studien finner en sammenheng mellom kvaliteten i den terapeutiske relasjon til primærkontakt og håpsgrad blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kommunalt psykisk helsearbeid, forblir retningen på denne sammenheng og derav årsaksforholdet uavklart. Dette uavklarte forholdet reduserer videre muligheten til å avklare og forstå betydningen av lengden i relasjonen til primærkontakt.

Mens det var en sammenheng mellom håpsgrad og lengde på relasjon til primærkontakt, så vi at kvaliteten i relasjonen var en avgjørende for om dette var en positiv eller negativ sammenheng. Hvorvidt kvaliteten i relasjonen til primærkontakt predikerer håp i fremtiden,

eller hvorvidt håpsgraden predikerer kvaliteten i relasjonen er uavklart. Det er derfor behov for avklaring gjennom videre forskning i longitudinelt studie. Det anbefales i videre forskning å sammenlikne resultatene med informasjon knyttet til diagnose innhentet fra pålitelige kilder.

5. Litteratur

Andresen. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Binder, P. E. (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 930-931.

Biong, S. N. & Herrestad, H. (2011). "Som å åpne noe som er fastlåst": begrepet håp i krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsevern. *Klinisk Sygepleje*, 25(2), 45- 55.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. rev. utg). Oslo: Kommuneforlaget.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA-rapport nr. 4/2013). Hentet fra <http://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Buck-Hansen, H. & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.

Bærum Kommune (2014). Helse og sosial. Hentet 04. mai 2015

Fra https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Helse_og_sosial

Catty, J., Winfield, H. & Clement, S. (2007). The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116(1), 238-252.

Coulehan, J. (2011). Deep hope: A song without words. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(3), 143-160.

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). s. 459-470.

Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(1), 379–391.

Duncan, B. L. (2010). Prologue: Saul Rosenzweig: The Founder of Common Factors. B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold. & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy* (2. utg., s. 3 - 22). Washington, D.C: American Psychological Association.

Ekeland, T. J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Elliott, J. A. (2004). What have we done with hope? A Brief history. J. A. Elliott (Red.), *Interdisciplinary perspectives on Hope* (s. 3-46). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Geirdal, A. Ø., Nerdrum, P., Aasgaard, T., Misund, A. & Bonsaksen, T. (2015). The Norwegian version of the therapeutic Relationship (N-STAR) in community mental health care: Development and pilot study. *Journal of Therapy and Rehabilitation*, 22(5), 217-224.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (Veileder IS-2076/2014). Oslo: Direktoratet.

Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20.

Hicks, A.L., Deane, F.P., & Crowe, T.P. (2012). Change in working alliance and recovery in severe mental illness: An exploratory study. *Journal of Mental Health*, 21(2), 127-134.

Howgego, I. M., Yellowless, P., Owen, C., Meldrum, L. & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183.

Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.

Johannesen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

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.

Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 19(1), 62-74.

Lavin, D., & Ryan, P. (2012). Using quantitative research to measure recovery outcomes and correlates. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29(3), 157-162.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 445-452.

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L. & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95.

Nakagami, E. (2009). Working alliance, hope, and functional outcome for individuals with schizophrenia: Mechanisms of influence. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70(5-A), 1786-1794.

Orlinsky, D. E. (2010). Foreword. B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold. & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy* (2. utg., xix -xxvi). Washington, D.C: American Psychological Association.

Pallant, J. (2010). *SPSS Survival manual* (4. utg.). Berkshire: Open University Press

Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Miaskowski, C. & Moum, T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. *Palliative and Supportive Care*, 1(4), 309–318.

Rustøen, T. (2007). Herths håpsindeks. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(3), 273-274.

Schrank, B., Stanghellini, G & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421-433.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science and Medicine*, 74(6), 554–564

Skutle, A. (2013). Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til alternativ posisjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(5), 412-418.

Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(4), 367–371.

Snyder, C. R., Cheavens, J. S. & Michael, S. T. (2004). Hope Theory: History and elaborated model. J. A. Elliott (Red.), *Interdisciplinary perspectives on Hope* (s. 101-118). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: Beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning og overordnede rammer* (Veileder IS-1332/2005). Oslo: Direktoratet.

Spandler, H., & Stickley, T. (2011). No hope without compassion: The importance of compassion in recovery-focused mental health services. *Journal of Mental Health*, 20 (5), 555–566.

Sørgaard, K. W. (2002). Fra institusjonsbehandling til åpne omsorg. Hva frembrakte reformene innen psykisk helsevern? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39(1), 25-32.

Van Gestel-Timmermans, H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, P. & van Nieuwenhuizen, C. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian journal of caring sciences*. 24(Supplement), 67-74.

Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. Utg., s. 49-82). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Waynor, W. R., Gao, N. & Dolce, J. N., Haytas, L. A. & Reilly, A. (2012). The relationship between hope and symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 345-348.

Weinberg, C. M. (2013). Hope, Meaning and Purpose: Making Recovery Possible. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (2), 124-125.

Young, S. L. & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-232.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Håp og relasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid”

Bakgrunn og formål

Formålet ved denne studien er å undersøke håp og forhold som preger den hos tjenestemottakere i kommunalt psykisk helsearbeid, samt å undersøke forholdet mellom håp og kvaliteten i relasjon til primærkontakt. Dette studiet er en del av min, Yngve A. Bolle, masteroppgave i psykisk helsearbeid, ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Som mottaker av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid bes du delta i denne studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse ved studien innebærer besvarelse av et spørreskjema som fylles ut i papirformat, og innebærer godkjenning til innhenting av tid (lengde) du har mottatt nåværende tjeneste. Denne informasjon vil innhentes gjennom kontakt med fagkonsulent/journalansvarlig ved avdelingen, og slik begrense prosjektdeltakers innsyn til dette.

Spørreskjema er satt sammen av noen generelle spørsmål om deg selv og forhold ved tjenesten. Videre følger noen spørsmål som har til hensikt å kartlegge grad av håp og kvaliteten i relasjonen til din primærkontakt. Utfylling av spørreskjema vil kun gjøres denne ene gangen.

Data vil registreres elektronisk i skjemaform, der alle data vil aidentifiseres og erstattes med et nummer. Koblingsnøkkel som setter ditt navn i sammenheng med respondentnummer vil oppbevares separat fra den data som er samlet inn for å sikre anonymitet.

Det vil ikke ha noen innvirkning for din oppfølging om du svarer ja eller nei til å delta. Du vil heller ikke ha verken noen ulempe eller fordel ved å delta i studien, men din deltakelse vil være med på å fremme forskning som vil kunne være til hjelp for andre.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun deltakerne i forskningsprosjektet (Yngve A. Bolle og Tore Bonsaksen) som har tilgang til data som inneholder personopplysninger. Disse vil aidentifiseres gjennom bruk av koblingsnøkkel som oppbevares separat fra innsamlet data, for å sikre din anonymitet. Data vil presenteres gjennom statistiske analyser, og ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i verken oppgaven eller eventuelle publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2016. Koblingsnøkkel og samtykke vil destrueres etter prosjektets slutt for å sikre anonymitet.

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 bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta i studien undertegner du samtykkeerklæringen på neste side og returnerer dette sammen med spørreskjema i vedlagt konvolutt, enten gjennom postgang eller ved å levere dette til personalet.

Ved spørsmål angående studien, ta kontakt med masterstudent Yngve Aleksander Bolle på telefonnummer 97 14 09 98 eller yngve.bolle@baerum.kommune.no. Det kan også tas kontakt med veileder og førstelektor Tore Bonsaksen på telefonnummer 22 45 25 47 eller tore.bonsaksen@hioa.no.

Studien er meldt til og søkt godkjent ved personvernombudet ved forskning (NSD). Personvernombudet ved Bærum Kommune er informert om prosjektet.

Samtykkeerklæring følger under.

Vennlig hilsen

Mastergradsstudent Yngve A. Bolle
Avdelingsleder Folkvangveien Boliger
Psykisk helse boliger
Bærum Kommune

Veileder Tore Bonsaksen
Førstelektor
Fakultet for helsefag
Høgskolen i Oslo og Akershus

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Spørreskjema

Respondentnummer

Håp og relasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid

Takk for at du har sagt ja til å delta i denne undersøkelsen. Ditt svar er et verdifullt bidrag i dette studiet.

Det er 3 sider med spørsmål. Svar så ærlig du kan. Ferdig utfylt skjema sendes i vedlagt konvolutt, og kan sendes per post eller leveres til personalet.

Først kommer noen spørsmål om deg

- 1) Er du
 - Kvinne
 - Mann
- 2) Hva er din alder?
Svar: år

Nå kommer noen spørsmål knyttet til tjenesten psykisk helse

Kryss av for det alternativet som passer best.

- 3) Har du en primærkontakt i dag?
 - Ja
 - Nei
 - Vet ikke
- 4) Hvor ofte treffer du vanligvis din primærkontakt?
 - 3-5 dager i uken
 - 1-2 dager i uken
 - Annen hver uke eller mer
 - Hver 4. uke eller mer
 - Sjeldnere
- 5) Hvor lenge har vedkommende vært din primærkontakt?
 - 0 – 3 måneder
 - 3 – 6 måneder
 - 6 – 12 måneder
 - 1 – 2 år
 - 3 – 5 år
 - 5 år eller mer
- 6) Hvor mange ulike primærkontakter har du hatt de siste 12 månedene?
 - Har ikke / har ikke hatt
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 eller flere

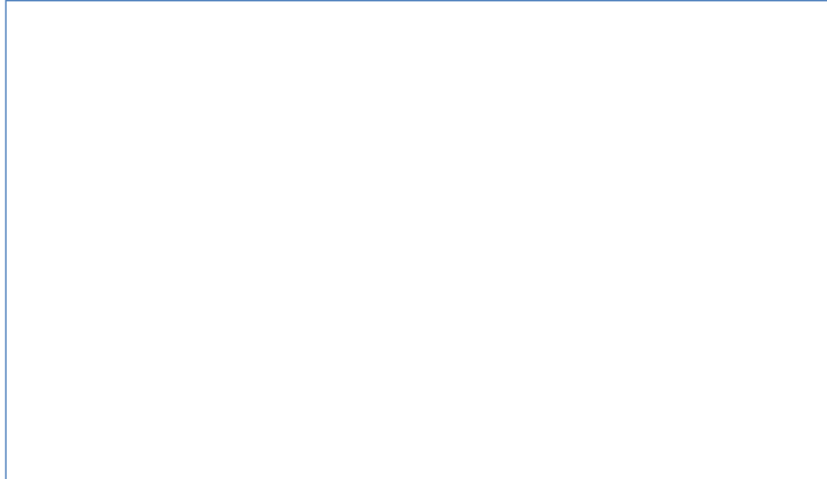
Nedenfor er det listet opp en rekke utsagn. Les hvert utsagn og sett ett kryss i den boksen som best beskriver hvor enig du er i utsagnet *akkurat nå*.

	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig
1. Jeg ser positivt på livet				
2. Jeg har kort- og /eller langsiktige mål				
3. Jeg føler meg helt alene				
4. Jeg ser muligheter i problematiske situasjoner				
5. Jeg har en tro som gir meg trøst				
6. Jeg er redd for hva framtiden vil bringe				
7. Jeg kan huske lykelige/gode stunder				
8. Jeg har en indre styrke				
9. Jeg er i stand til å gi og motta omsorg/ kjærlighet				
10. Jeg har en følelse av retning i livet mitt				
11. Jeg tror at hver dag har sine muligheter				
12. Jeg føler at mitt liv har verdi				

Tilslutt er det noen påstander som beskriver opplevelser i møte med din primærkontakt. Kryss av i den ruten som er mest riktig for deg.

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
Min primærkontakt snakker med meg om mine personlige mål og tanker om oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt og jeg er åpne med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt og jeg har et tillitsfullt forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at min primærkontakt holder tilbake sannheten for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt og jeg har en ærlig relasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt og jeg arbeider mot mål vi har blitt enige om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt er lite forståelsesfull når jeg snakker om ting som er viktig for meg og min situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt og jeg har kommet frem til en forståelse av hva slags endringer som vil være bra for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt er utålmodig med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min primærkontakt ser ut til å like meg uansett hva jeg gjør og sier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enig om hva som er viktig for meg å arbeide med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror at min primærkontakt forstår hva mine erfaringer har betydd for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen utfyllende kommentarer til svarene du har gitt?



Takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Om du skulle ha noen spørsmål eller innspill i etterkant av innsending av papirene, står kontaktinformasjon på invitasjon/svarbrev til undersøkelsen. Det er to kopier av dette slik at du kan beholde den ene kopien selv.

Vedlegg 3: Søknad forhåndsgodkjenning REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	19.11.2014	2014/1782 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.09.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Yngve Aleksander Bolle
Høgskolen i Oslo og Akershus

2014/1782 Håp og relasjoner i kommunalt psykisk helsearbeid

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 22.10.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Yngve Aleksander Bolle

Prosjektleders Prosjektomtale

"Formålet ved studien er å undersøke håp og forhold som preger det hos tjenestemottakere i kommunalt psykisk helsearbeid, samt å undersøke forholdet til mellom håp og kvaliteten i relasjon til primærkontakt. Studiet benytter kvantitativ metode og gjennomføres som en tverrsnittundersøkelse ved bruk av spørreskjema. Forskningsspørsmål: A) Hvem er utvalget? B) Hvordan fordeler utvalgene seg på grad av håp og kvaliteten i relasjonen? C) Er det sammenheng mellom grad av håp og forhold ved tjenesten, bruker eller primærkontakt? D) I Er det en sammenheng mellom kvaliteten i relasjonen og forhold ved tjenesten, bruker eller primærkontakt? E) Er det en signifikant sammenheng mellom grad av håp og kvaliteten i relasjonen, og forklarer kvaliteten i relasjonen grad av håp? Univariat analyse benyttes til å beskrive forekomst, fordeling og sentralitendenser i utvalget. Korrelasjon- og regresjonsanalyse vil benyttes for å undersøke samvariasjon mellom variabler."

Komiteens vurdering

Komiteen finner ikke å kunne godkjenne studien slik den nå foreligger.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf §4 bokstav a.

I den innsendte søknaden og protokoll er formålet med studien beskrevet slik: *Hvordan fremstår graden av håp for mottakere av tjenester i kommunalt psykisk helsearbeid, og hvilket forhold har dette til tjenestemottakers vurdering av kvaliteten på relasjonen til primærkontakt?*

Den innsendte informasjonen er ikke tilstrekkelig til at komiteen kan vurdere om studien faller innunder helseforskningslovens virkeområde. Komiteen anbefaler at det utarbeides en ny søknad der det tydelig fremkommer hva som er studiens formål, hvilke hypoteser som skal testes og hvordan studien skal gjennomføres.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikk.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 annet ledd, avslår komiteen prosjektet slik det er forelagt.

Prosjektet godkjennes ikke i sin nåværende form.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
Komitésekretær

Kopi til: - Førstelektor *Tore Bonsaksen, Høgskolen i Oslo og Akershus*
- Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse

Vedlegg 4: Tilbakemelding NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern
N-0316 Oslo
Havberg
Tlf: +47 22 38 21 17
Faks: +47 22 38 21 17
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 960 321 884

Tore Bonsaksen
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 08.12.2014

Vår ref: 41016 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>41016</i>	<i>Håp og terapeutisk allianse i kommunalt psykisk helsearbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tore Bonsaksen</i>
<i>Student</i>	<i>Yngve Aleksander Bolle</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Yngve Aleksander Bolle yngve.bolle@baerum.kommune.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Årsrapport 2014

NSD, NSD Universitet Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 38 21 17. nsd@nsd.uib.no
NSD, NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tlf: +47 73 39 15 17. kjartan.sandaker@ntnu.no
NSD, NSD, Universitetet i Tromsø, 9001 Tromsø. Tlf: +47 77 91 43 20. nsd@hsk.ntnu.no

Vedlegg 5: Fremleggingsvurdring REK

Outlook.com Print Message

Side 1 av 2

[Print](#)

[Close](#)

Sv: REK sør-øst 2014/2250 Håp og terapeutisk allianse i kommunalt psykisk helsearbeid

From: post@helseforskning.etikkom.no
Sent: Wednesday, December 17, 2014 10:18:24 AM
To: yngve.bolle@hotmail.com

Vår ref.nr.: 2014/2250 B

Hei,

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet, *Håp og terapeutisk allianse i kommunalt psykisk helsearbeid*, mottatt 09.12.2014. Henvendelsen er vurdert av komiteens leder, Grete Dyb.

REK sør-øst b behandlet første gang dette prosjektet på møtet 22.10.2014. Prosjektet ble den gang avslått. I sitt vedtak 19.11.2014 skrev komiteen at den innsendte informasjonen ikke var tilstrekkelig til at komiteen kunne vurdere om studien faller innunder helseforskningslovens virkeområde.

Komiteen har nå mottatt fremleggingsvurdering for prosjektet. I skjema og vedlagt prosjektbeskrivelse fremkommer det at formålet med studien er å undersøke grad av håp hos mottakere av kommunale psykiske helse- og omsorgstjenester og undersøke den terapeutiske alliansens betydning for deres håpsgrad.

I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

I det innsende skjema skriver prosjektleder at problemstillingens art er deskriptiv, korrelerende og søker å beskrive forekomsten av fenomenet håp i en bestemt gruppe mennesker, og kvantitativ metode og statistisk analyse benyttes. Det er altså ikke ny kunnskap om helse eller sykdom per se som er formålet.

Prosjektet faller dermed utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 4. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende. Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

<https://dub123.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=en-no>

11.05.2015

Med vennlig hilsen

Hege Holde Andersson

rådgiver/ komitésekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845514

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>

