

MASTEROPPGAVE

Psykisk helsearbeid

November 2018

Å GJØRE HÅP

**En studie om pasienter i langvarig LAR-behandling,
deres håp om recovery og hvordan jobbe for å styrke det.**

Janne Nygaard Telle

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



Sammendrag

Tittel: Å gjøre håp. En studie om pasienter i langvarig LAR-behandling, deres håp om recovery og hvordan jobbe for å styrke det.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få en større forståelse av hvilke håp pasienter i langvarig LAR-behandling har for egen recovery og hvordan de profesjonelle hjelperne kan arbeide håpefullt og være bærere av pasientenes håp i perioder hvor pasientene ikke mestrer dette selv.

Teoretisk forankring:

Studien er forankret i teori og forskning på håp og recoveryprosesser for mennesker med ROP-lidelse.

Metode:

Studien har et kvalitativt, utforskende og beskrivende design. Det er benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Datainnsamling ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer av fire ansatte i et dagtilbud for pasienter i LAR-behandling. Systematisk tekstkondensering er brukt som metode i dataanalysen.

Resultater:

I analysen finnes disse temaene og subgruppene:

Tema: ”Vi har alle et håp, ellers hadde vi ikke orket”. Subgrupper: ”Små lysglimt”. ”En stor boble”.

Tema: ”Problemløserne og tilretteleggere”. Subgrupper: ”Rydde i kaos”. ”Et redskap for pasientene”.

Tema: ”Suksessfaktorer”. Subgrupper: ”Kjernen i arbeidet”. ”I Tykt og tynt”. ”Omsorg, tillit og kontroll”.

Tema: ”Rehabilitering eller skadereduksjon”. Subgrupper ”Det som ikke skjer”. ”De små ting”.

Oppsummering:

Det er usikkert hvordan håp kan utvikles og ivaretas. Hva som inspirerer håp avhenger av kontekst, er personavhengig og situasjonsbetinget. Recoveryprosesser beskrives som personlige og individuelle. Håp og recovery skapes i samarbeid med den enkelte pasient. Pasientenes håp beskrives i studien som små, konkrete og praktiske. Håpefull praksis handler

ofte om tilrettelegging og hjelp med de små ting. Relasjoner til venner, familie og sosialt nettverk, økonomi, bolig og arbeid er viktig for recoveryprosesser. Pasientene i dagtilbudet får hjelp på mange livsarenaer. Det jobbes mye med økonomi, bolig og relasjon mellom pasienter og ansatte. Pasientenes relasjoner til familie, venner og sosialt nettverk beskrives som mangelfulle og ingen pasienter sies å være i lønnet arbeid. Det etterspørres et koordinert og helhetlig tjenestetilbud på tvers av etater og tjenestesteder.

Nøkkelord:

Håp, håpefull praksis, recovery, LAR-behandling, ROP-lidelse

Summary

Title: To make hope. A study of patients in long protracted LAR-treatment, their hope of recovery and how to work to strengthen it further.

Purpose: The purpose of the study is to enlarge the understanding of the types of hope the patients in the protracted LAR-treatment for their recovery and how the professional helpers can work hopefully and carry the patients hope in times that the patients themselves are unable to master/manage.

Theoretical anchor: The study is anchored in theory and research on hope and the processes of recovery for individuals with simultaneous addiction and mental disorder.

Method: The study has a qualitatively, explorative and descriptive design, and has a hermeneutical-phenomenological approach. The data collection has been implemented by semi-structured interviews by four employees from a day-based treatment center for patients in LAR-treatment. Systematic text condensing is used as a method in the data analysis.

Results: These themes and subgroups are included in the analysis: Theme: “We all carry hope, otherwise we wouldn’t have proceeded”. Subgroups: “Tiny gleams of light”. “A huge bubble”. Theme: “Problem-solvers and facilitators”. Subgroups: “To organize the chaos”. “A tool for the patients”. Theme: “Success factors”. Subgroups: “The core of work”. “In thick and thin”. “Care, trust and control”. Theme: “Rehabilitation or harm reduction”. Subgroups: “What does not happen”. “The little things”.

Summary: It is uncertain how hope can be developed and safeguarded. What inspires hope depends on context, is person dependent and situational. The process of recovery is described as personal and individual. Hope and recovery are created in cooperation with every single patient. The patients hope is described as small, concrete and practical. A hopeful practice is often about facilitation and aid with the simple tasks. Relations with friends, families and social network, personal finances, resident and employment is essential for recovery processes. The patients in the day-based treatment center receives support in several arenas of life. Economy, resident and relations between patients and employees is in focus. The patients relationships with family, friends and social network is described as inadequate and not one of

the patients mentioned was employed. A coordinated and fulfilled service across agencies and service centers is desired. (needed)

Key words: Hope, hopeful service, recovery, LAR- treatment, ROP-disorder.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Redegjørelse av faglig ståsted og forforståelse	2
1.3	Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.4	Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
1.5	Definisjon av sentrale begreper i oppgaven	4
1.6	Formålet med oppgaven	6
1.7	Oppgavens disposisjon.....	6
2	TEORI	7
2.1	Litteratursøk.....	7
2.2	Håp.....	8
2.3	Recovery	11
2.4	Mening.....	13
3	METODE.....	15
3.1	Vitenskapelig forankring	15
3.2	Forskerens forforståelse	16
3.3	Metodisk tilnærming	17
3.4	Utvalg og rekruttering.....	17
3.5	Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju	18
3.6	Analyse av datamateriale.....	19
3.6.1	Dokumentering	19
3.6.2	Transkribering	19

3.7	Analyseprosessen.....	20
3.8	Metodediskusjon	23
3.9	Juridiske og forskningsetiske overveielser.....	26
4	RESULTATER	28
4.1	Vi har alle et håp ellers hadde vi ikke orket.....	28
4.1.1	Små lysglimt	29
4.1.2	En stor boble	30
4.2	Problemløserne og tilretteleggere	31
4.2.1	Rydde i kaos.....	32
4.2.2	Et redskap for pasientene.....	34
4.3	Suksessfaktorer	35
4.3.1	Kjernen i arbeidet.....	36
4.3.2	I tykt og tynt.....	37
4.3.3	Omsorg, tillit og kontroll	38
4.4	Rehabilitering eller skadereduksjon.....	39
4.4.1	Det som ikke skjer	39
4.4.2	De små ting.....	40
5	DRØFTING	42
5.1	Håp.....	42
5.2	Læring og krav.....	44
5.3	Behov og tilbud	46
5.4	Et samarbeidsprosjekt	48
5.5	R'en i LAR	50
5.6	Oppsummering av drøftingen	52
6	AVSLUTNING OG VEIEN VIDERE.....	54
	LITTERATURLISTE.....	56

VEDLEGG 1: Forespørsel om deltakelse i studien.....	60
VEDLEGG 2: Samtykke til deltakelse	62
VEDLEGG 3: Intervjuguide	63
VEDLEGG 4: Eksempel på analyseprosessen	65
VEDLEGG 5: Tilbakemelding fra NSD	69

1 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

”Det er ikke noe vits i å prøve på det. Jeg skal dø snart uansett.” Dette er et utsagn som kunne kommet fra mange av pasientene jeg jobber med til daglig. Arbeidsplassen min er et dagtilbud i regi av Velferdsetaten i Oslo kommune for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet (LAR-behandling). I klinikk opplever jeg at mange pasienter i langvarig LAR-behandling uttrykker håpløshet over egen livssituasjon og ansatte som preges av denne uttrykte håpløsheten. Jeg ønsker i denne studien å få en større forståelse for hva slags håp pasienter i langvarig LAR-behandling har for egen recovery og hvordan de profesjonelle hjelperne kan arbeide håpefullt og være bærere av pasientenes håp i perioder hvor pasientene ikke mestrer dette selv.

Dagtilbudet er et værested hvor pasientene får utdelt substitusjonsmedikament. I tillegg får de mat, tilgang til telefon og data, har noen å snakke med, er med på aktiviteter og blir sett. Alle pasientene har primærkontakt som følger dem opp. Mange av pasientene har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse).

I Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010) står det:

”Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.”

Rehabilitering er målet for LAR-behandling, og det omfatter endring av livssituasjon og rusmestring. Skadereduserende tiltak kan vær nødvendig. Pasientens forutsetninger og muligheter er utgangspunkt for rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2010).

Personer med ROP-lidelse kan ha problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet. Mange har dårlig livskvalitet. Det viser seg å være sterk sammenheng mellom rusavhengighet og angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2012). Depresjon kjennetegnes ofte ved tristhet, følelse av verdiløshet og manglende håp for framtiden (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010). Mange av pasientene jeg møter i klinikk lever liv som kan fortone seg tunge, vanskelige og

kaotiske. Flere pasienter sier at livet er så vanskelig og vondt at de ikke ønsker å leve lenger. De finner ingen mening i livet. De forteller om mye smerte, lidelse og håpløshet som de bærer med seg i sine liv. Mange har levd fysisk og psykisk tøffe liv, med omfattende rus, tap av nære relasjoner, dårlig fysisk og psykisk helse, dårlig økonomi, kummerlige boforhold og arbeidsløshet. Flere har en følelse av å stå på utsiden av storsamfunnet, og de opplever seg stigmatiserte. De uttrykker resignasjon og manglende håp om bedre livskvalitet.

1.2 Redegjørelse av faglig ståsted og forforståelse

Mitt faglige ståsted er at jeg er utdannet barnevernspedagog i 1989 med videreutdanning i psykisk helse. I elleve år har jeg vært ansatt i et kommunalt dagtilbud som arbeider med legemiddelassistert rehabilitering av mennesker med opioidavhengighet (LAR-behandling).

”Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud 2011, s. 40). Pasientene i LAR-behandling er første generasjons pasienter i denne behandlingen. Det foreligger lite forskning om hvordan det har gått med pasienter som har vært i langvarig LAR-behandling. Man har liten kunnskap om mange forhold rundt denne pasientgruppen. Det er en sammensatt pasientgruppe som har mange utfordringer i forhold til somatisk- og psykisk helse (MAR Oslo poliklinikk, 2015). LAR-pasienter er en gruppe med høyt trykk av psykiske og somatiske helseproblemer (Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth & Lillevold, 2017). Min forforståelse bygger på at jeg har gjort meg opp mange tanker om hvorfor håpløshetsfølelse er så utbredt blant denne pasientgruppen. En hypotese er at på grunn av høy alder og flere år med ROP-lidelse, øker det samlede lidelsestrykket hos pasientene. Det kan føre til at håpløshetsfølelsen er mer framtrædende. Det er mitt inntrykk at mange ansatte opplever det vanskelig å jobbe med denne pasientgruppen. For meg virker det som om det ikke er fokus på den enkelte pasient og pasientens håp, men at de blir behandlet som en homogen gruppe. Jeg har inntrykk av at det er lite fokus innad i organisasjonen på hvilken betydning håp har for endring av livssituasjonen og hvordan jobbe håpefullt for å legge til rette for endring. Jeg er av den oppfatning at håp er vesentlig for å igangsette recoveryprosesser. Teorigrunnlaget for å hevde dette, gjør jeg rede for i kapittel 2.

Min forforståelse har, slik Malterud (2011) beskriver det, vært en viktig faktor for valg av tema for denne oppgaven. Problemstilling og forskningsspørsmål beskriver jeg i kapittel 1.3.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i min forforståelse, har jeg utarbeidet følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Problemstilling:

Hvordan kan man i arbeid med pasienter i langvarig LAR-behandling tilrettelegge for en håpefull praksis hvor målet er å sette i gang recoveryprosesser?

Forskningsspørsmål:

Hvordan oppfatter de ansatte pasientenes håp?

Hvordan jobber de ansatte for å fremme pasientenes håp?

Hva vil det si å jobbe håpefullt?

En nærmere avgrensning og presisering av problemstillingen, gjør jeg rede for i kapittel. 1.4.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I denne oppgaven vil jeg se på fenomenet håp i forhold til ”R’en” i LAR som står for rehabilitering. Begrepet rehabilitering blir i oppgaven likestilt med begrepene recovery og livskvalitet. Jeg vil fokusere på pasienter som har vært i LAR-behandling over flere år i et dagtilbud i regi av Velferdsetaten i Oslo kommune.

Det hadde vært ønskelig å intervju de enkelte pasientene om deres håp om recovery. Min veileder anbefalte meg å ikke intervju pasienter fordi det kan være vanskelig og tidkrevende å få godkjenning til det. Pasientene er mennesker i en sårbar livssituasjon. Jeg har valgt å ikke intervjuet dem da jeg ikke var sikker på om jeg ville være i stand til å ivareta den enkelte pasient på en god nok måte i denne begrensede studien. Jeg har valgt å intervju ansatte i dagtilbudet om deres opplevelse av pasientenes håp og hvordan de jobber for å styrke pasientenes håp om recovery. Det er kun de ansattes stemmer som kommer til uttrykk i denne studien.

I kapittel 1.5 presiserer jeg hva jeg legger i sentrale begrep i problemstillingen for denne oppgaven.

1.5 Definisjon av sentrale begreper i oppgaven

Pasient

Jeg har valgt å bruke betegnelsen pasient om individene som benytter dagtilbudet. Begrepet pasient kan vise til ulikhet i maktbalansen mellom den som mottar hjelp og den som yter hjelp, og kan være stigmatiserende. Det har ikke vært min intensjon. Jeg har valgt å benytte betegnelsen pasient for å tydeliggjøre at det er individer i en vanskelig livssituasjon, som er avhengig av hjelp fra andre og som har pasientrettigheter.

LAR-behandling

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) ble allment tilgjengelig i Norge i 1998 som et landsdekkende tilbud til mennesker med opioidavhengighet. LAR er tverrfaglig spesialisert behandling der substitusjonsmedikament i form av metadon eller buprenorfin inngår i et helhetlig rehabiliteringsforløp (Helsedirektoratet, 2010). Ved slutten av 2017 var 7622 pasienter i LAR-behandling i Norge. 9 av 10 pasienter blir i behandlingen over tid, og det ser ut som om andelen er økende. Gjennomsnittsalderen er 44,3 år og øker for hvert år (Waal et al., 2017).

Recovery

Recovery er et vidt begrep som kan defineres på flere måter. Man kan som to ytterpunkter se på den enkeltes opplevelse av økt livskvalitet eller man kan se på klinisk målte endringsresultater (Slade, 2017). I denne studien legges det vekt personlig recovery, det å skape seg et best mulig liv ut i fra egne forutsetninger. Det trenger ikke bety et liv uten problemer, men et liv som pasienten opplever som bedre. ”Recovery handler om at livet oppleves bedre, med eller uten rusmidler og psykiske helseproblemer” (Landheim & Biong, 2016, s. 13). Recovery er det engelske ordet for bedring og betyr blant annet å tilfriskne, komme over noe, få tilbake (Hummelvoll, 2012). I ”Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne” (Helsedirektoratet, 2014) blir recovery definert som:

et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen.

Livskvalitet

Det finnes ulike definisjoner av begrepet livskvalitet. Flere definisjoner handler om det enkelte menneskets opplevelse av hvordan det har det på ulike områder i livet. Verdens helseorganisasjon har definert livskvalitet som "enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av" (Rustøen, 2013).

Næss (2001) hevder at livskvalitet handler om psykisk velvære og "ha en grunnstemning av glede" (s. 7). Hun sier videre at "livskvalitet er opplevelseskvalitet (...) en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative" (s. 10).

Håp

Fenomenet håp er komplekst og vanskelig å definere. Det finnes et mangfold av tilnæringer til forståelse av fenomenet håp. Fenomenet håp blir knyttet til mange sider ved menneskets eksistens; religion, filosofi, psykologi og helse (Sælør, 2016). Schrank, Stanghellini og Slade (2008) har foretatt en systematisk litteraturgjennomgang med ønske om å utarbeide en felles forståelse av fenomenet håp, identifisere måter å måle håp på, og oppsummere kunnskap om sammenhenger mellom håp og behandlingsresultater knyttet til psykisk helse. De identifiserte 49 ulike definisjoner av håp og 32 ulike måter å måle håp på. De fant noen fellestrekk for definisjonene: Håp dreier seg om noe som skal skje i framtiden og er knyttet til forventning om måloppnåelse på det personlige plan. Målene oppleves meningsfulle og realistiske. Schrank, Stanghellini og Slade påpekte at det fantes lite empirisk forskning rundt hvilken betydning håp har i forhold til psykisk helse.

Biong og Herrestad (2011) beskriver sin teoretiske forforståelse av håp som "...en bevegelse av viljen, motivert av en oppfatning om at en framtidig tilstand er ønskelig og mulig, men at det er usikkert om tilstanden vil bli realisert" (s. 46).

Håpefull praksis handler om hvordan hjelperen jobber for å fremme pasientens håp. Herrestad og Biong (2011) beskriver håpefull praksis som "en veksling mellom å inspirere og å tilrettelegge for å få pasienten til å starte en bevegelse og sikre at pasienten fortsetter å bevege seg" (s. 115).

1.6 Formålet med oppgaven

Formålet med denne studien er å utvikle en dypere forståelse for hvordan håp til, og for, pasienter i langvarig LAR-behandling blir forstått og formidlet av ansatte, og hvordan det kan utøves håpefull praksis for denne pasientgruppen.

Gjennom studien ønsker jeg å få en bredere forståelse av håp som fenomen og av håpefull praksis i møte med mennesker i langvarig LAR-behandling. Min oppfatning er at som fagperson innen sosial- og helsefag er det viktig å være bevisst hvordan man møter mennesker i vanskelige livssituasjoner og hvordan man jobber relasjonelt for å påvirke og stimulere håp for å motvirke den håpløshetsfølelse mange pasienter lever med. For i best mulig grad kunne være bærer av håp, er det viktig å ha kunnskap om fenomenet håp og om hva som fremmer håp eller opprettholder håpløshet. Mange oppfatter ruslidelser og psykiske lidelser som kroniske tilstander som det er vanskelig å bli bedre av. Ved fokus på dette, kan tjenestene og folkene som jobber der, oppleve pasientene som "håpløse tilfeller" hvor behandlingen ikke nytter, noe som kan føre til at fagfolk blir mer opptatt av problemer og diagnoser enn av ressurser og mestring (Landheim & Biong, 2016). Som profesjonell hjelper kan det være vondt og vanskelig å ta inn alle følelsene av håpløshet som kommer til uttrykk hos pasientene. Jeg ønsker med denne studien å få en forståelse av hvordan man som hjelper kan være en motvekt til disse følelsene av håpløshet og være bærer av håp i perioder hvor pasienten ikke klarer dette selv.

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I det første kapitlet gir jeg en kort innføring i tema, faglig ståsted, problemstilling og hensikt med oppgaven. Sentrale begreper blir definert. I kapittel to presenterer jeg resultatet av mitt litteratursøk, hvor relevant teori og forskning legges fram. Kapittel tre er en redegjørelse for vitenskapelig forankring og metodisk tilnærming, juridiske- og forskningsetiske overveielser, fremgangsmåte i datainnsamling og analyseprosess og metodediskusjon. I kapittel fire blir funnene presentert slik de står fram i datamaterialet. Drøfting av funnene opp mot gjeldende teori og forskning gjøres i kapittel fem. I sjette kapittel legger jeg fram min oppsummering og områder det er interessant å følge opp videre.

2 TEORI

2.1 Litteratursøk

I dette kapittelet presenterer jeg litteratursøket jeg foretok for å finne ut hvor forskningen står i dag angående håp og recoveryprosesser for mennesker med ROP-lidelse. Mine søk omhandlet i hovedsak ulike sider ved fenomenene håp, recovery, livskvalitet og mening knyttet opp mot pasienter i LAR-behandling og med ROP-lidelser. De mest sentrale funnene blir presentert i de neste underkapitlene.

Under litteratursøket fant jeg en doktorgradsavhandling fra 2016 skrevet av Knut Tore Sælør. Avhandlingen har hatt til hensikt å undersøke opplevelser av håp og hva som bidrar til å inspirere det. Avhandlingen er relativt ny og har en bred gjennomgang av flere tema jeg ønsker å belyse i min oppgave. Jeg har gått videre til mange kilder funnet i Sælør (2016).

Som nevnt i kapittel 1.4 har jeg valgt å intervju ansatte om deres opplevelse av pasientenes håp om recovery. For å få inn erfaringsbasert kunnskap om recoveryprosesser anser jeg boken til Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl og Biong (2016) som en nyttig kilde. Fjorten personer har her fortalt sine recoveryhistorier og beskrevet hva som var viktig for dem i deres recoveryprosess. Håp blir her holdt fram som en viktig faktor. Man kan ikke generalisere om betydningen av håp ut i fra disse fjorten bedringshistoriene, men det er fjorten historier som sier at det finnes håp om bedring og at hvert individ må finne sin vei. Jeg har gått videre til flere kilder funnet i Landheim et al. (2016).

Litteratursøket førte meg til flere studier og artikler om håp skrevet av Biong og Herrestad. De har en praksisnær tilnærming som jeg kjenner igjen fra min kliniske erfaring. Det er disse artiklene som introduserte meg for begrepet håpefull praksis. Jeg kontaktet Biong for å få en bedre forståelse av hvor begrepet håpefull praksis kommer fra. Biong svarte i en e-post (personlig kommunikasjon, 18. april 2018) at begrepet kommer fra ham og Herrestad. De ønsket å skrive om hvordan praktikere forsto begrepet håp, og om hvordan praktikere ”gjorde” håp. Det er hvordan praktikere ”gjør” håp som Biong og Herrestad beskriver som håpefull praksis. Jeg spurte i samme mail om håpefull praksis er en grunnlagstenkning eller et teoretisk plan. Biong svarte at han ser det mer som en grunnlagstenkning enn et teoretisk plan. Han skrev videre at ”Man kunne kanskje si at studiens hovedfunn representerer et teoretisk plan (i alle fall er det en fortolkning av praktikernes fortellinger og erfaringer, som kan ha en

viss overføringsverdi til andre kontekster = ”teori”)” (personlig kommunikasjon, 18.april 2018).

2.2 Håp

Flere teoretikere har interessert seg for begrepet håp. De har ulikt teoretisk utgangspunkt, perspektiv og forståelse av begrepet.

Håp er en viktig faktor i recoveryprosesser for ROP-pasienter, men det er stor usikkerhet knyttet til hvordan håpet kan ivaretas, hevder Sælør i sin doktorgradsavhandling (2016). Sælør hevder at håp har fått liten oppmerksomhet i litteratur relatert til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Det står i kontrast til hvor sterkt håp er vektlagt i erfaringskunnskap. Her vises det ofte til betydningen av håp for å få i gang recoveryprosesser, både personens eget håp og andres håp på vegne av personen.

Herrestad og Biong (2011) refererer til en forskningsgjennomgang av betydningen av håp for psykisk helse. Den viser at det er vanlig å se håp som en viktig terapeutisk faktor. Det er ikke enighet om hva håp betyr i praksis, eller hva begrepet håp innebærer. De referer til Cutcliffe og Koehn når de antyder at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for om pasienten fatter håp. Det er viktig at sykepleieren har håp for pasienten. Dette samsvarer med Lauveng (2005) sin brukererfaring. Hun veksler mellom nære beskrivelser av hendelser og følelser fra da hun var pasient med diagnosen schizofreni, og refleksjoner med bakgrunn i kunnskap og erfaring som psykolog. Hun skriver om betydningen av å oppleve hjelpere som blir med inn i håp og drømmer, og ikke avskriver dem som urealistiske.

I følge Rustøen (2013), som forsker på håp og livskvalitet, refererer mye av den nyere litteraturen om håp til tidligere arbeider av Lynch, Stotland, Marcel og Fromm. Håp kan ifølge Lynch oppfattes som en fundamental kunnskap og følelse av at det finnes en vei ut av vanskelighetene, og at man kan mestre det. Håp blir sett på som energigivende og positivt (Rustøen, 2013). Stotland ser håp som en forventning om å oppnå noe man ønsker seg. Her er motivasjon vesentlig. Sterkere motivasjon fører til større aktivitet for å nå målet. Er målet viktig, kan det føre til angst hvis en ikke tror måloppnåelse er mulig. Dette kan gi følelse av håpløshet (Rustøen, 2013). I følge Marcel er håp et åndelig fenomen som er så sterkt forankret i mennesket at det overlever til tross for at organismen bryter sammen (Rustøen, 2013).

Fromm ser på motsetningene mennesket utsettes for, f.eks. ønsket om trygghet og forutsigbarhet i et liv som fører med seg usikkerhet og uforutsigbarhet, ønsket om å ha kontroll i en tilværelse med faktorer utenfor ens kontroll. Når opplevelsen av å kunne forandre tilværelsen uteblir, kommer følelsen av håpløshet. Fromm ser på håp som et av de sentrale elementene i livet, og som "et av de sentrale elementene for å kunne få i stand forandringer i retning av å gjøre livet mer levelig for seg selv og andre". Håp er en indre beredskap som kan utløse handling. Fromm ser på forskjellen mellom håp som en indre beredskap og det han mener mistolkes som håp; ønsker og begjær og en passiv forventning om "noe som skal skje i fremtiden" (Rustøen, 2013, s. 46).

Arvanitidis og Olsen (2017) ser det som sentralt i sosialt arbeid "å ta tak i nuet - bistå mennesker til å klare, tåle og ønske å møte fremtiden så aktivt som mulig – være en del av et håp som kan bidra til endring" (s. 7). I følge Arvanitidis og Olsen er relasjonelt arbeid det viktigste virkemiddelet en sosialarbeider har. I det praktiske arbeidet må sosialarbeideren jobbe for å motivere pasienten til endring. Det må jobbes relasjonelt for at pasientens håp skal tre fram, bidra til at pasienten setter seg mål og arbeider mot målet.

Familieterapeuten Weingarten (2010) hevder at håp er et samarbeidsprosjekt som utvikles i sosiale fellesskap. Weingarten beskriver "the reasonable hope" som Arvanitidis og Olsen (2017) oversetter til "det rimelige håpet". Jeg bruker denne oversettelsen videre i min oppgave. Det rimelige håpet vekkes og styrkes i samspillet mellom pasienten og hjelperen. Weingarten mener begrepet håp har fått en for opphøyd betydning. I et forsøk på å gjøre håpet til en aktiv bestanddel i klinisk arbeid, må det ikke abstraheres, men forstås mer pragmatisk. Ved å benytte begrepet "rimelig håp" ønsker hun å rette oppmerksomheten mot det som er innen rekkevidde i stedet for det som er uopnåelig (Weingarten, 2010). Det rimelige håpet har fem sentrale egenskaper: 1. Det er et relasjonelt fenomen. 2. Det gjøres sammen med andre. 3. Det ser på framtiden som usikker, åpen og påvirkelig, med muligheter som kan skape nye løsninger. 4. Det ser etter mål og veier til å nå dem. 5. Det har plass til motsetninger, tvil og fortvilelse. Arvanitidis og Olsen (2017) forstår Weingarten og det rimelige håpet både som et fundament i livet og som noe som kan utvikles. De ser likheter til Fromms forståelse av håp som en indre beredskap hvor man er klar til å gripe mulighetene når det rette øyeblikket er der.

I følge den danske teologen og filosofen Løgstrup (1999) er håp en av de suverene livsytringene. Selv i de verst tenkelige situasjonene settes håpet i bevegelse. Håp blir en indre

kraft. Håpet holder seg fast i det mulige, men ofte usikre, og vokser ut fra vår levde erfaring av håp.

Biong og Herrestad (2011) hevder at håp, som fenomen og praksis, må anses som dynamisk og bevegelig. Håp kan gi muligheter for endring ved at bevegelse settes i gang i den som mottar hjelp. De beskriver håp som: "å åpne noe som er fastlåst" (s. 51).

Herrestad og Biong (2011) mener at udefinerte håp kan gi en form for beskyttelse mot håpløshet. Det er ikke bare det å realisere tilstander man håper på som har verdi, men også det å ha håp i seg selv. Det å oppleve at man beveger seg i riktig retning, kan være nok. Det fine med begrepet håp, er at man kan snakke med brukeren om hva som motiverer dem, uten å kreve at de må realisere det umiddelbart. Håp setter i gang bevegelser i brukeren og får frem visjonene.

Sælør, Ness og Semb (2015) har gjort en studie hvor de foretok kvalitative intervjuer av ni personer som har erfart samtidig rus- og psykisk lidelse. Hensikten var å undersøke opplevelser av håp og hva som kan bidra til slike opplevelser. Det var fire temaer som deltakerne hadde opplevd at kunne bidra til opplevelser av håp: 1) Tørre å tro at noe bedre er mulig. 2) Noe å holde fast i mens du ser etter lys i enden av tunnelen. 3) Mennesker du kan stole på og som har tro på deg. 4) Du må bestemme deg for om du vil gå videre eller ikke.

Sælør, Ness, Borg og Biong (2015) har undersøkt hvordan ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester søker å inspirere og bidra til opplevelser av håp hos pasientene. De foretok kvalitative intervjuer av åtte ansatte. Tre temaer ble utviklet fra datamaterialet: 1) Hjelperens eget håp er viktig for å kunne formidle håp til, eller på vegne av, pasienten. Hvordan kan hjelperen ivareta eget håp? 2) utfordringer på system- og organisasjonsnivå. 3) Fleksibilitet i tilnærmingen til pasientene ble sett på som viktig for å kunne møte uforutsigbarheten livet til mennesker og deres håp innebærer.

Waal (2016), professor emeritus i psykiatri, har rusmisbruk og avhengighet som fagfelt. Han har uttalt at mange rusmiddelbrukere har utviklet et pessimistisk grunnsyn som lett kan bli til en holdning hvor de gir opp. Det kan igjen bekrefte håpløshet og legge et grunnlag for gjentagende tilbakefall.

Mange forskere og teoretikere hevder at håp er en viktig faktor i recoveryprosesser, men det er stor usikkerhet om hvordan håp kan utvikles og ivaretas. Effekten må forskes videre på.

Når man ser på håpløshet, som er håpets motpol, er forskningen mer tydelig. Den peker på forbindelsen mellom håpløshet og psykisk lidelse, alvorlig depresjon og i noen tilfeller selvmord (Arvanitidis & Olsen, 2017).

2.3 Recovery

Begrepet recovery forstås, beskrives og brukes på ulike måter. Begrepets røtter og perspektiver er beslektet med begreper som for eksempel empowerment og sosial inklusjon, mestring, rehabilitering, livskvalitet, velvære, resiliens og salutogenese (Biong & Borg, 2016). Fra å ha dreid seg om alvorlige og langvarige psykiske lidelser har recovery-forskningen de senere årene også omhandlet erfaringer med ROP-lidelse. Disse studiene beskriver ofte personer med ROP-lidelse som vanskelige å nå med god hjelp fordi de sammensatte problemene trenger bred forståelse og sammensatte helse- og velferdstjenester. Studiene gir støtte til individuell og integrert behandling og et recovery-orientert kunnskapsgrunnlag (Biong & Borg, 2016).

Klinisk recovery handler om å ”bli frisk”, symptomfri og komme tilbake til et ”normalt” liv. Denne måten å se recovery på, stammer fra fagfolk innen medisin og andre helsefag hvor recovery ses som en observerbar tilstand og resultatet vurderes av fagpersoner (Biong & Borg, 2016).

Personlig recovery stammer fra erfaringskunnskap til mennesker som selv har opplevd psykiske lidelser (Slade, 2017). Innenfrakunnskap basert på brukeres erfaringer av hva som har vært nyttig for deres bedringsprosess ligger til grunn. Det handler om pasientens egne prosesser i arbeidet mot bedring, og er en motmakt til ekspertkunnskap. Det handler om personens egne prosesser og egen arbeidsinnsats og er ikke en behandlingssideologi (Biong & Borg, 2016). Som Biong så treffende sa det på et seminar om recovery (personlig kommunikasjon, 11. april 2018): Bedringsprosesser krever mye egeninnsats. Man kan ikke bli ”recovered”.

Begrepet recovery har de senere årene blitt viet økt oppmerksomhet i offentlige og faglige retningslinjer (Sælør, 2016). I veilederen ”Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne” (Helsedirektoratet 2014) blir recoveryperspektivet sett på som så sentralt at perspektivet bør prege tjenestene framover. De skriver:

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og

personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen.

I 2012 kom Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse i regi av Helsedirektoratet. Her er recovery forstått på denne måten:

Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Recovery er, ifølge Biong og Borg (2016), lite utforsket i Norge når det kommer til rus- og ROP-lidelse.

Skal man som profesjonell hjelper jobbe med personlig recovery, må man skifte fokus fra å behandle symptomer på psykisk lidelse til å fremme velvære. Den personlige recoveryprosessens rammeverk bygger på fire recoveryområder: håp, identitet, mening i livet, personlig ansvar. Områdene springer ut fra erfaringskunnskap om mennesker med psykiske lidelser og kan være med å få fram den helhetlige forståelsen av personen (Slade, 2017).

Ut i fra litteraturgjennomgangen kan det synes som om recovery handler om å tørre og om å finne muligheter for å få til endringer og en positiv bevegelse i livet for å leve et meningsfullt liv. Bedringsprosessene foregår på ulike arenaer i personens liv, på ulike måter til ulike tider. Det handler om å ta kontroll over eget liv, med eller uten hjelp fra andre. Det handler også om å mestre konsekvensene knyttet til psykisk helse- og rusproblemer, samt opplevelse av mening, tilhørighet, trygghet og livskvalitet (Biong & Borg, 2016).

I en studie undersøkte Biong og Soggiu (2015) hvordan mennesker med ROP-lidelse opplevde bedringsprosesser. Funnene antydte at bedringsprosesser er knyttet til relasjoner og samarbeid med ansatte om mål pasienten selv opplever som viktige. Pasientens hverdagsliv og levekår er spesielt viktige områder å samarbeide om. En annen studie utført av Biong (2015) fant at bedringsprosesser ved ROP-lidelser handlet om å bli tatt på alvor som hele mennesker, ha tilgang til meningsfulle aktiviteter og arbeid og sosiale fellesskap. En studie

utført av Ness, Borg og Davidson (2014) viste at et meningsfylt hverdagsliv, fokus på ressurser og framtid og reetablering av et sosialt liv og relasjoner, støtter recoveryprosesser ved ROP-lidelser. Det de fant som var til hinder for recoveryprosesser, var mangel på tilpasset hjelp, uoversiktlige og komplekse helse- og velferdssystemer og mangelfullt koordinerte tjenester.

”Veien til bedring er avhengig av at mange stiller opp: personen selv, familie og venner, utdanningssystemet, arbeidslivet, tjenestene, lokalsamfunnet og frivillig sektor. Recovery handler mye om å tilrettelegge for mestring på personens egne premisser” (Landheim & Biong, 2016, s.14). Karlsson og Borg (2017) beskriver recovery som både personlige og sosiale prosesser som ikke kan atskilles. De poengterer viktigheten av at det er pasienten som skal styre arbeidet fordi pasienten selv vet hva som er best hjelp og ikke. Arbeid, bolig, aktivitet, penger utdanning, lokalmiljø, storsamfunnet, venner og familie ser de på som viktige faktorer i recoveryprosesser.

2.4 Mening

Fenomenet håp kan vanskelig ses uten fenomenet mening. Viktigheten av å forstå hva som skjer og oppleve mening i tilværelsen, belyser Antonovsky i den salutogene modell. I den salutogene modell er opplevelse av mening og sammenheng avgjørende for god helse. Det fokuseres på pasientens historie og mestringsevne i stedet for på diagnosen (Langeland, 2006). Det er tenkt at et mestringsperspektiv lettere får hjelperen til å se muligheter og ressurser hos brukeren, og arbeidet blir å forsøke og aktivere ressursene. ”Håp er viktig i recovery, har vi lært. Dette forutsetter også håpefulle fagpersoner, som ser muligheter og ressurser framfor problemer og begrensninger.” (Biong & Borg, 2016, s. 27).

Antonovsky (2012) har forsket på hvorfor noen mennesker som opplever store påkjenninger, allikevel har god helse. Han fant ut at disse menneskene opplevde en høy grad av sammenheng. Opplevelse av sammenheng deles inn i tre underbegreper: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever stimuli man utsettes for som kognitiv forståelig informasjon i stedet for støy. Håndterbarhet dreier seg om i hvilken grad man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle kravene utløst av stimuliene man utsettes for. Meningsfullhet handler om i hvilken grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig. Antonovsky ser på begrepet mening som følelses- og motivasjonskomponenten.

Humanistisk psykologi ser på utfordringer eller belastninger i livet som nødvendig for at vi skal modnes og selvrealiseres. Utfordringen er å oppleve passende belastninger (Langeland, 2006). Med et salutogent perspektiv arbeider man kontekstuel og forsøker å finne ut hvordan brukeren kan mestre livets utfordringer. Man må finne ressurser hos pasienten, i nettverket og lokalmiljøet. Brukerens refleksjoner og dialog rundt mening i livet, kan gi livet verdi som gjør det verdt å engasjere seg i (Bøe & Thomassen, 2007). Frankl (2007) hevdet at mennesket har en fundamental streben etter å finne og oppfylle mening og formål. Det kalte han ”Viljen til mening”.

Både den salutogene modell belyst av Antonovsky og logoterapien utviklet av Frankl vektlegger at recovery involverer mening og hensikt med livet.

3 METODE

Begrepet metode betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2009). Aubert beskriver metode som "en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Dalland, 2012, s. 113). Jeg bruker hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming og systematisk tekstkondensering som beskrevet i Malterud (2011). Ulike sider ved metodevalg, gjennomføring av intervjuene og analyseprosessen blir beskrevet i kapittel 3.

3.1 Vitenskapelig forankring

Kvalitative metoder handler om å forstå snarere enn å forklare (Malterud, 2011). Jeg anser et kvalitativt design i en humanistisk forskningstradisjon som et godt utgangspunkt for denne studien. Humanistisk forskningstradisjon ser på menneskets subjektive erfaringer som sentralt (Kaiser, 2000). Kvalitative studier tar i bruk både beskrivelser og tolkninger. Beskrivelser er farget av tolkninger, og tolkninger bygger på beskrivelser. "De kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk" (Malterud, 2011, s. 44). Fenomenologi dreier seg om menneskelig erfaring. Hermeneutikk omhandler fortolkning.

Jeg benytter en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming hvor jeg får kunnskap ved hjelp av spørsmål som er relatert til informantenes profesjonelle livsverden når det gjelder håp og håpefull praksis. Hermeneutikk handler om tolkning og forståelse. Når man tolker, innebærer det bruk av egen forforståelse. I tolkningen av et materiale, møter man det med kunnskap, meninger, holdninger og forventninger. Man kommer ikke utenom forskerens fortolkning, til tross for at man innen fenomenologien forsøker å sette egen forhåndskunnskap i parentes for å kunne møte fenomenene med et åpent sinn. Forskeren anses som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen som setter spor gjennom hele kunnskapsutviklingen gjennom sin fortolkning (Malterud, 2011). Som forsker er det viktig gjennom hele forskningsprosjektet å være bevisst egen forforståelse og reflektere over den, men ikke la den være styrende eller overdøve det empiriske materialet (Malterud, 2011).

Ved å benytte hermeneutisk metode beveger man seg mellom helhet og del og tilbake til helhet under forståelsesprosessen. For at vi skal kunne fortolke og forstå, må det vi skal se på ha mening for oss (Malterud, 2011).

Det har i årenes løp blitt utviklet et stort filosofisk felt som utdyper kunnskapsutvikling på et hermeneutisk grunnlag (Malterud, 2011). ”Har vi ikke dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi, skal vi imidlertid erkjenne at vi har et overfladisk forhold til begrepet ”hermeneutisk”, og håndtere det med tilsvarende respekt” (Malterud, 2011, s. 44). Jeg kan ikke påberope meg tilstrekkelig dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi til å kunne sette mine funn inn i en større hermeneutisk sammenheng. Den hermeneutiske tilnærmingen i denne oppgaven handler om å tolke informantenes meninger og sammenfatte kunnskapen og skape en overordnet forståelse som er lojal overfor informantenes uttrykk og erfaringer (Malterud, 2011). Det er her det fenomenologiske perspektivet kommer inn. Fenomenologi representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Som filosofi har fenomenologi røtter tilbake til den tyske filosofen Edmund Husserl. Det beskrives som ”læren om det som viser seg”, slik de umiddelbart oppfattes av sansene (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s 82).

3.2 Forskerens forforståelse

Hermeneutikken er kritisk til positivismen som mener forskeren i samfunnsvitenskapelige studier kan gjøre sikre observasjoner uten å være deltakende og uten å kjenne konteksten. Hermeneutikken hevder at man ikke studerer harde fakta, men meningsfenomener som følelser, relasjoner, handlinger og institusjoner. Det er derfor ikke ved observasjon alene empirien fremkommer. Den må tolkes i lys av konteksten. Forskeren kan ikke være en nøytral tilskuer da forskeren er en del av den sosiale virkeligheten (Nyeng, 2012).

Skjervheim (2001) skiller mellom to ulike holdninger i en samtalesituasjon. Man kan være deltaker hvor man samtaler som likeverdige parter og blir påvirket og engasjert av den andres utsagn. Som tilskuer objektiverer man den andre og gjør denne til et studieobjekt som man prøver å forklare og tingliggjøre. Da er det ikke enkelt å ta den andre eller det den andre sier alvorlig. Ved å være deltaker og ta den andre alvorlig, er man villig til å ta den andres meninger opp til ettertanke og diskusjon. Først når man stiller seg åpen for inntrykk, kan den andre gjøre inntrykk. Da kan man snakke om at man forstår. Man kan med dette si at innen samfunnsvitenskapen finnes ikke en objektiv sannhet. Sannheten om meningsfenomener er ikke en endelig størrelse (Nyeng, 2012).

Som forsker ser man fenomenene som skal studeres i et bestemt faglig perspektiv. Gjennom utforming av hypoteser og spørsmål, avgjør man hvilken virkelighet som skal tre frem og

hvor man skal lete etter svar. Dette er med på å styre hva som er relevante og mulige forklaringsfaktorer. Det er derfor ikke ut i fra virkeligheten empiriske data og forklaringer hentes, men de blir skapt innenfor et faglig perspektiv på virkeligheten (Nyeng, 2012).

Det er et ideal i fenomenologisk analyse at forskeren forsøker å sette sin egen forforståelse til side (Malterud, 2011). For å kunne utøve en slik objektivitet må forskeren være bevisst at man er en utvelgende aktør (Johannessen et al., 2010).

3.3 Metodisk tilnærming

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan ansatte som jobber med pasienter i langvarig LAR-behandling jobber for å fremme pasientenes håp, og hvordan det kan tilrettelegges for en håpefull praksis.

Det benyttes en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Designet er kvalitativt, utforskende og beskrivende. Ut fra forskningsspørsmålene er det samlet inn kunnskap relatert til intervjupersonenes profesjonelle livsverden, som deres meninger, tanker og erfaringer knyttet til deres forståelse av pasientenes håp og hvordan man kan jobbe håpefullt.

I analyseprosessen benytter jeg systematisk tekstkondensering som beskrevet i Malterud (2011), et redskap for tverrgående analyse. Malterud er inspirert av Giorgio som beskriver en analyseprosess i fire trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011).

3.4 Utvalg og rekruttering

I forbindelse med rekruttering til studien blir det foretatt et strategisk utvalg. Hensikten er at datamaterialet skal ha potensiale til best mulig å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). For å sikre at informantene har god kunnskap om det å arbeide med mennesker i langvarig LAR-behandling, er det ønskelig å intervju fagpersoner med minimum to års arbeidserfaring med denne pasientgruppen. For å representere mangfoldet i personalgruppen ønsker jeg informanter med ulike utdanninger, ulik alder og begge kjønn.

Det er en liten organisasjon bestående av fire avdelinger med drøyt 20 stillinger. Det er fra starten av klart at jeg ikke skal intervju noen fra den avdelingen jeg selv arbeider. Grunnlaget for mulige informanter er derfor ikke stort. Med tanke på min manglende erfaring med denne

type studier og at datamaterialet og analysearbeidet ikke skal bli for omfattende, blir jeg i samråd med veileder enig om å foreta fire individuelle dybdeintervjuer.

Første steg er å kontakte seksjonsleder for alle avdelingene. Her informerer jeg om prosjektet, og får godkjenning til å kontakte aktuelle ansatte. Videre informerer jeg avdelingsleder på de avdelingene jeg ønsker å rekruttere informanter. Jeg kontakter deretter aktuelle ansatte som fyller utvalgsriteriene. Alle de spurte takker ja til å delta.

Etter rekrutteringsprosessen inneholder informantgruppen personer av begge kjønn. Det er en spredning i alder på cirka 25 år og både sosialfaglige- og helsefaglige stillinger er representert. Alle informantene har mer enn to års erfaring med pasientgruppen.

3.5 Gjennomføring av kvalitativt forskningsintervju

For å få kunnskap om hvordan mennesker tenker om ulike fenomener er samtalen et godt verktøy (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien benyttes kvalitativt forskningsintervju for å få så fyldige og detaljerte beskrivelser som mulig (Johannessen et al., 2010). Jeg forsøker å møte informantene med et åpent og utforskende sinn, samtidig som jeg har fokus på problemstillingen. ”Det er en kunst å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid” (Malterud, 2011, s. 130). Semistrukturert intervjuguide blir benyttet for å holde fokus og få svar på de ønskede spørsmålene. Samtidig åpner det for å følge opp det intervjupersonen mener er viktig, og som kanskje ikke er tenkt på før intervjuet. Kunnskapen skal være forankret i informantenes livsverden (Malterud, 2011).

Det å intervjuer forutsetter praktiske ferdigheter og evne til å gjøre personlige vurderinger. Det må opparbeides gjennom praksis. Intervjukvaliteten vurderes ut fra verdien og styrken på den viten som produseres (Kvale & Brinkmann, 2009). Prosjektskissen og intervjuguiden (vedlegg 3) er tema i gruppeveiledning med kollegaer og ekstern veileder. Her blir spørsmålene diskutert og uklarheter og uklare formuleringer blir endret. To kollegaer sier seg villige til å stille opp til prøveintervju. På den måten blir spørsmålene testet ut og nødvendige endringer gjort. I ettertid ser jeg at jeg med fordel kunne gjennomført flere prøveintervjuer for å forbedre intervjuferdighetene.

I følge Malterud (2011) skal intervjuet ha en deskriptiv orientering. Det vil si at informantenes egne ord skaper bildene. Beskrivelsene skal være tykke og svarene skal være mest mulig spesifikke. Målet er å få fram informantenes opplevelser og ikke bare meninger

og allmenn konversasjon.

Konteksten rundt samtalen er viktig når kvalitative data skal innhentes. Klimaet må være preget av trygghet og fortrolighet (Malterud, 2011). Intervjupersonene får bestemme tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuene.

Intervjuene blir gjennomført som individuelle samtaler. Jeg stiller spørsmål og søker å være åpen og lyttende. Det første spørsmålet omhandler hva informantene legger i begrepene håp og håpefull praksis. Dette blir gjort for å sikre at vi snakket om de samme fenomenene da det er vide begreper.

Intervjuene blir avsluttet med at jeg spør om informantene har noe å tilføye. Etter at lydopptakeren slås av, spør jeg informantene om hvordan de opplevde intervjuet.

3.6 Analyse av datamateriale

”Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet” (Malterud 2011, s. 91). På bakgrunn av problemstillingen stiller vi spørsmål. Svarene finner vi i dataene. De gir mønstre og kjennetegn som kan identifiseres og gjenfortelles gjennom kritisk refleksjon. Resultatene skal drøftes opp mot eksisterende teorier. Forskerens egen rolle, forforståelse og teoretisk referanseramme er viktig å være tydelig på i forhold til de empiriske funnene (Malterud, 2011).

3.6.1 Dokumentering

Under intervjuene blir det gjort lydopptak for å få en mest mulig nøyaktig dokumentering og transkribering. Lydopptak kan føre til at informantene ikke snakker så fritt som de ellers ville ha gjort. Men jeg kan konsentrere meg om dynamikken og få svar som kan belyse problemstilling og forskningsspørsmål. Samtidig blir det gjort notater underveis i intervjuene for å beskrive ting lydopptaket ikke registrerer, som sosial kontekst og non-verbal kommunikasjon. Før intervjuene blir lydopptak og skrivning av notater avklart med informantene.

3.6.2 Transkribering

For å bli tilgjengelig for analyse, må dataene bearbeides. Den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten fra observasjon eller samtale og til tekst. Teksten må ikke forveksles med virkeligheten, da den bare er en indirekte representasjon av en indirekte gjengivelse som

mangler mange av virkelighetens sentrale egenskaper (Malterud, 2011).

Jeg transkriberer intervjuene selv så raskt som mulig. Gjennom transkripsjonen blir materialet gjennomgått detaljert, og jeg får gjenopplevd intervjusituasjonen og får gjort meg grundig kjent med materialet. Det gir mulighet til å oppklare uklarheter ved hjelp av min egen hukommelse. Det styrker validiteten i analysematerialet. (Malterud, 2011). Hvilke transkripsjonsprosedyrer som best ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte må vurderes nøye. I følge Malterud (2011) kan nonverbale sider ved kommunikasjonen og felles erfaringsbakgrunn forme meningen i samtalen. Men det kommer ikke fram av et lydopptak. Ved en nøyaktig transkribering kan noe av meningsinnholdet gå tapt.

Jeg foretar en ordrett transkribering av hvert intervju, og det utgjør cirka 50 sider med tekst. For å forsøke å sikre mot feiltolkninger i analysen, inkluderer jeg blant annet pauser, non-verbale uttrykk, latter, betoning av enkelte ord og uttrykk i den transkriberte teksten. Bearbeidelsen av data fra tale til tekst inneholder unøyaktigheter fordi det alltid er en subjektiv tolkning (Malterud, 2011).

3.7 Analyseprosessen

Det finnes ingen fasitsvar for hvordan analyseprosessen skal gjennomføres (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har benyttet systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse som beskrevet av Malterud (2011). Analysemetoden er inspirert av psykologen Giorgi som har en fenomenologisk forankring. Systematisk tekstkondensering er en beskrivende tverrgående analyse av fenomener som sammenfatter informasjon fra forskjellige informanter. Det kan danne nye beskrivelser og begreper. Analysen går ut på å identifisere enheter i teksten og ut fra disse enhetene lage databaserte kategorier, for på den måten å tydeliggjøre meningsinnholdet i teksten (Malterud, 2011).

Refleksivitet og systematikk er viktig for å kunne kalle resultatene vitenskapelig kunnskap. Forsvarlig og kreativ tolkning av empirien er avhengig av bevissthet om betydningen av den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011). “Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møtet med data (“bracketing”)” (Malterud, 2011, s. 97).

Oppgaven har vært å forstå, tolke og finne ut av mening og hensikt. Den hermeneutisk inspirerte forsker prøver å leve seg inn i andre menneskers subjektive opplevelser for å gjengi

en sak sett “innenfra” (Dalland, 2012). I følge Johannessen et al. (2010), er det i en fenomenologisk studie vanlig å analysere meningsinnhold. Man er opptatt av å få tak i hva informantene har fortalt i intervjuene. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er målet å innhente beskrivelser om informantenes livsverden for å kunne fortolke betydningen.

Gadamer mener at vår egen forståelseshorisont er nødvendig for at noe skal ha mening for oss, og for at vi skal kunne fortolke og forstå. “Forståelsen utvikles videre i en bevegelse frem og tilbake mellom to “horisonter” (Thomassen, 2006, s. 92).

Systematisk tekstkondensering foregår i fire trinn (Malterud, 2011). I første trinn blir alle intervjuene lest så jeg kan danne meg et helhetsbilde. I følge Malterud (2011) skal inntrykkene først oppsummeres når man har lest alt. Intervjuene omgjort til transkribert materiale utgjør 60 sider tekst. Ved første gjennomlesing er jeg usikker på om materialet inneholder noe relevant for studien. Materialet syntes overveldende stort. Alle intervjuene er oppstykket med bakgrunn i at spørreskjemaet er omfattende og inneholder mange og ulike tema. Etter flere gjennomlesninger kommer det frem flere fellestrekk som utgjør foreløpige tema. I følge Malterud (2011) bør disse temaene være av et overkommelig antall. I mitt første forsøk på å utforme de foreløpige temaene, blir det for mange.

Med min forforståelse, er jeg redd for å se det jeg ønsker å se. Jeg allierer meg med en fagperson med distanse til arbeid med pasienter med ROP-lidelse og uten kjennskap til dagtilbudet og informantene som er med i studien. Med dette ønsker jeg at en annen skal se på materialet med “friske øyne” og uten samme forforståelse som meg. ”Formålet er ikke konsensus, men å skape et analytisk rom med flere nyanser” (Malterud, 2011, s. 99).

I andre trinn av analysen blir materialet sortert etter hva som blir vurdert som relevant og irrelevant tekst for studien og temaene som kommer fram av materialet. For å belyse problemstillingen blir den transkriberte teksten nøye gjennomgått flere ganger. Hensikten er å kartlegge meningsbærende enheter og tekstdeler (Malterud, 2011). Meningsbærende enheter, setninger, deler eller avsnitt blir sortert inn under de foreløpige temaene jeg har satt opp. De meningsbærende enhetene blir merket og systematisert ved å sette ulike farger på de ulike meningsbærende enhetene slik at tekstdeler innenfor samme innholdsmessige tema får samme fargekode. Denne kodingen tar sikte på å identifisere og klassifisere de meningsbærende enhetene i teksten (Malterud, 2011). Det kodede materialet blir omfattende. Mange av de meningsbærende enhetene blir lange da de inneholder historier informantene bruker for å

belyse hvordan de har jobbet med pasientene. Det er vanskelig å utelate informasjon da jeg opplever at det kan forringe kvaliteten på det informantene ønsker å formidle. Tilsvarende blir mange av de foreløpige temaene og subgruppene svært omfattende fordi de består av ulike historier fra ulike informanter.

I tredje trinn av analysen blir kunnskapen fra de meningsbærende enhetene fra andre analysetrinn abstrahert (Malterud, 2011). Under noen av de foreløpige temaene er det en overkommelig og samlet mengde meningsbærende enheter, mens det under andre foreløpige tema er samlet en langt større mengde meningsbærende enheter. Flere av disse enhetene har flere nyanser og kan undergrupperes videre i subgrupper (Malterud, 2011). Jeg sorterer og systematiserer de meningsbærende enhetene i subgrupper.

Under første forsøk på systematisering av de meningsbærende enhetene, er det vanskelig å finne gode sammenhenger mellom de meningsbærende enhetene og de foreløpige temaene jeg har samlet dem inn under. Ved nærmere gjennomgang av materialet blir det klart for meg at jeg har laget foreløpige tema og organisert materialet ut i fra intervjuguiden mer enn ut i fra de meningsbærende enhetene jeg har funnet i materialet. Jeg går derfor tilbake til trinn 1 og starter på nytt med å finne nye foreløpige tema. Denne gangen blir det gjort ut i fra de meningsbærende enhetene i materialet og ikke ut i fra intervjuguiden. Jeg finner denne gangen andre og færre foreløpige tema, og sammenhengen mellom de foreløpige temaene og de meningsbærende enhetene blir langt bedre. Innenfor noen av de foreløpige temaene blir de meningsbærende enhetene splittet opp i ulike subgrupper.

For hver subgruppe blir det laget et kondensat. Malterud (2011) kaller dette et kunstig sitat, hvor innholdet i de meningsbærende enhetene omsettes til en mer generell form og fortettes. Kondensatet, eller det konstruerte sitatet, skal ta opp i seg det fortettede innholdet fra flere meningsbærende enheter. Å formulere et fortettet konsentrat uttrykt som et generelt sitat i jeg-form, opplever jeg som utfordrende. Under utforming av sitater kan de bli lange og omfattende fordi jeg ønsker å få med det jeg oppfatter som viktig under hver subgruppe og hvert foreløpige tema. For å minne oss selv på at vi representerer hver enkelt av informantene og at vi må være tro mot det de formidler under intervjuet, benyttes jeg-form i kondensatet. Jeg legger vekt på å ivareta det spesielle fra hver informant. Et slikt kondensat er ikke et reelt sitat, men en tekst som utgjør summen av innholdet fra de ulike meningsbærende enhetene for hver subgruppe (Malterud, 2011).

I fjerde og siste trinn av analysen foretas en rekontekstualisering. Funnene sammenfattes i form av gjenfortellinger. Disse gjenfortellingene kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre (Malterud, 2011). Også på dette trinnet i analysen er det viktig å være lojal mot informantenes stemmer og formidle sammenfatningen på en måte som gir leseren innsikt og tillit (Malterud, 2011). I motsetning til jeg-formen benyttet i kondensatet, blir det i rekontekstualiseringen benyttet tredjeperson-form. På dette trinnet av analysen er vår rolle å være gjenforteller hvor vi skaper en analytisk distanse for å minne oss om at vi har ansvar for tolkningene våre (Malterud, 2011). Ved å bruke de kondenserte tekstene og utvalgte sitater som grunnlag, blir det laget en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten representerer resultatene av studien (Malterud, 2011). Hver subgruppe gjennomgår samme prosedyre. Også i denne delen av arbeidet finner jeg det nødvendig å gjøre sammenfatningene flere ganger.

Da de fire trinnene i systematisk tekstkondensering er gjennomført, blir funnene validert. Resultatene blir vurdert opp mot materialet (Malterud, 2011). Hva blir *egentlig* sagt i intervjuene? Dataene skal utfordres ved å lete etter data som motsier de konklusjonene vi har kommet fram til. Funnene skal vurderes opp mot foreliggende empiri og teori (Malterud, 2011). På dette stadiet konsulterer jeg enda en fagperson som ikke er direkte knyttet opp mot fagfeltet eller målgruppen i undersøkelsen. Denne fagpersonen kommer inn som en kvalitetssikring for å sjekke om stoffet som er utarbeidet er tro mot det informantene har uttrykt under intervjuene.

Resultatene fra analyseprosessen blir presentert i kapittel 4 Resultater. Et eksempel på hvordan jeg arbeidet med analysen er lagt ved oppgaven (vedlegg 4). Hensikten med dette er å vise hvordan jeg har gått fram så leseren kan følge analyseprosessen fra de transkriberte intervjuene til resultatene som presenteres i oppgaven. For at analyseprosessen skal fylle kravene til vitenskapelig kvalitet må resultatene som legges fram være nøyaktige og tro mot informantene, og leseren må få innblikk i prosessen som har ledet til resultatene (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.8 Metodediskusjon

”Ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål” (Malterud, 2011, s. 21).

”Spørsmålet er om kunnskap som er produsert via intervju, kan være objektiv” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 272). Objektivitet knyttet til kvalitativt orienterte metoder innebærer at man erkjenner at man som menneske er subjektiv, men at man har en åpenhet og ærlighet om hva denne subjektiviteten innebærer (Dalland, 2012).

Noen hevder at distanse til feltet forskeren skal undersøke, er en fordel. Det kan gjøre at forskeren er fri for bindinger og hensyn og kan møte feltet med ”friske” øyne. Patton argumenterer mot dette og hevder at distanse ikke garanterer objektivitet, det garanterer bare avstand. Nærhet til feltet kan gi fortrinn som må utnyttes (Dalland, 2012).

Malterud (2011) oppgir tre grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap; refleksivitet som handler om forutsetninger og tolkningsramme som forskeren har med seg inn i prosjektet, relevans som handler om hva kunnskapen kan brukes til og validitet som spør om hva forskeren har funnet ut noe om, altså gyldigheten.

Gyldighet i intervjuforskning dreier seg om den valgte metoden egner seg til å undersøke det den skal undersøke, ifølge Kvale og Brinkmann (2009). Som forsker må man ha et bevisst forhold til sin egen påvirkning av materialet for ikke å ende opp med ensidige og vridde tolkninger. Kvale og Brinkmann (2009) snakker om refleksiv objektivitet, det vil si å reflektere over hvordan man som forsker bidrar til produksjon av kunnskap. Videre sier de at objektivitet i kvalitativ forskning betyr å strebe etter objektivitet om subjektivitet. I hermeneutisk forskning treffes slutninger på grunnlag av våre fordommer, da det er fordommene som setter oss i stand til å forstå. Disse fordommene er uunngåelige, og forskeren må forsøke å få innsikt i disse og skrive om dem når det er påkrevd (Kvale & Brinkmann, 2009).

Denne studien har utgangspunkt i langvarig personlig og faglig interesse for temaet håp og håpefull praksis i arbeid med mennesker i langvarig LAR-behandling. Spørsmålet er ikke om dette påvirker studien, men på hvilken måte det påvirker. Stiller jeg spørsmål til egen framgangsmåte og konklusjon i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2011)? Jeg kan ikke med sikkerhet si at jeg har klart å legge inn tilstrekkelig med spørsmålsteget i alle faser av studien (Malterud, 2011). Min forforståelse kan ha gjort at jeg ikke har den nødvendige åpenheten og nysgjerrigheten til fenomenene. Jeg har med stor sannsynlighet blinde flekker som gjør at jeg ikke alltid ser hvorfor jeg velger å følge et spor i stedet for et annet (Malterud, 2011). Jeg har gjennom hele studien forsøkt å ha bevissthet om det Johannessen et al. (2010)

beskriver som å være en utvelgende aktør. For å forsøke å etablere metaposisjoner og se materialet og prosessen med ”friske øyne” har jeg under hele prosessen fått innspill fra kollegaer og pasienter. Jeg har også valgt å knytte til meg to utenforstående personer i analyseprosessen (Malterud, 2011). Nærhet til temaet, organisasjonen og intervjupersonene kan ha vanskeliggjort min evne til kritisk refleksjon (Malterud, 2011).

I analysen av materialet ser jeg at min forkunnskap kan ha gjort at jeg har ment at jeg har forstått meningsinnholdet i svarene til intervjupersonene og ikke stilt nok oppfølgingsspørsmål og ikke etterspurt nok eksempler. Enkelte av svarene er lite spesifikke. Jeg kan ha lagt mening inn i respondentenes svar på grunn av min forforståelse og nærhet til fenomenene som blir undersøkt. Ved å ha diskusjoner med to utenforstående personer i analyseprosessen, har jeg forsøkt å sette søkelys på denne fallgruven og bringe inn flere tolkningsperspektiver (Malterud, 2011).

Formålet med en fenomenologisk inspirert analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden. Underveis i analysen forstår jeg at jeg ikke er tro mot det informantene formidler under intervjuene. På grunn av min forkunnskap til tema og informanter, legger jeg i enkelte tilfeller mer i uttalelsene enn jeg har grunnlag for. Det fører til at jeg mener at jeg ut i fra dataene kan lage foreløpige tema som jeg etter hvert ser at jeg ikke har grunnlag for. Jeg konkluderer for raskt. Erkjennelsen av denne feilen, gjør at jeg må foreta analysen på nytt. Det resulterer i nye foreløpige tema som jeg mener samsvarer med dataene som faktisk kommer fram av intervjuene. Jeg ser i ettertid at det ville vært ønskelig med mer avstand til fenomenet jeg undersøker og informantene jeg intervjuer.

Nærhet og engasjement i forhold til fenomenene jeg undersøker, gjør intervjuguiden omfattende. Jeg ønsker å belyse mange ulike sider ved fenomenene håp og håpefull praksis. Jeg klarer ikke i tilstrekkelig grad å velge ut enkeltfaktorer. En refleksjon er om flere informanter og mindre omfattende intervjuguide ville gitt mer valide funn.

Den omfattende intervjuguiden resulterer i omfattende materiale som omhandler mange ulike områder. Under analyseprosessen ser jeg at materialet er for omfattende i forhold til omfanget på oppgaven. Med tanke på oppgavens begrensede omfang, har jeg valgt å fokusere på informantens tanker om pasientenes håp og hvordan jobbe håpefullt. Jeg har valgt å ikke benytte data som omhandler informantens eget håp og hvordan de kan styrke og opprettholde det. Hvordan man mestrer å bevare eget håp over tid i en arbeidshverdag som

inneholder mye håpløshet er et viktig tema som fortjener en egen studie.

3.9 Juridiske og forskningsetiske overveielser

Før oppstart er studien godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). De vurderer det ikke som nødvendig å søke om godkjenning av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer som kan sammenfattes i tre typer hensyn en forsker må tenke gjennom: informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2010). I denne studien har det deltatt fagpersoner og ingen utsatte og sårbare pasienter. Det er brukt skjønn for å utøve en ansvarlig forskningsetikk (Malterud, 2011). Slik jeg vurderer det, blir det ikke stilt skadelige spørsmål under intervjuene. Informantene kan føle at de utleverer seg selv og sine kollegaer. For at de som deltar ikke skal føle seg blottstilte som fagpersoner, forsøker jeg å lage spørsmål som ikke oppleves invaderende. Samtidig må spørsmålene sikre at informantene svarer ærlig og personlig. Det etterstrebes å skape en trygg og tillitsfull ramme for utveksling av kunnskap og utvikling av data (Malterud, 2011).

I etterkant av intervjuene tar jeg kontakt med alle informantene for å sjekke om de har opplevd stress eller uro på grunn av deltakelse i studien. En informant gir uttrykk for å ha opplevd ubehag og føler behov for å utdype og konkretisere et av svarene dagen etter intervjuet. Informanten ønsker å tydeliggjøre meningsinnholdet. Svaret omhandler informantens kollegaer. Jeg forsøker å trygge informanten på at tillegget ikke blir sitert i oppgaven, men det blir inkludert i materialet. Dette er den eneste betenkeligheten eller negative reaksjonen jeg får fra informantene i ettertid.

Det er viktig å sikre frivillig deltakelse. Jeg er tydelig på at jeg ikke forventer at mine kollegaer stiller opp annet enn hvis de ønsker det. Under alle intervjuene opplever jeg informantene som svært positive og delaktige, så jeg velger å tro at det er etter eget ønske de deltar. Alle deltakerne får både muntlig og skriftlig informasjon hvor jeg informerer om prosjektets formål og hvilken rolle jeg har i det. Dokumentasjonsprosedyrer og konfidensialitet blir redegjort for, og informantene får informasjon om at de kan trekke seg

når som helst i prosessen (vedlegg 1). Informantene må signere informert samtykke (vedlegg 2).

Det blir avtalt på forhånd at informantene snakker om pasientene i anonymisert form. Ingen navn på pasienter fremkommer i lydopptak eller transkriberinger. Informantene er anonymisert. På grunnlag av det begrensede antall ansatte i organisasjonen, det begrensede antall informanter, og at deres deltakelse er kjent for andre, blir demografiske data som alder, kjønn, utdanning, stilling og avdeling valgt bort.

Intervjunotater og lydopptak blir oppbevart i låst skap som kun jeg har tilgang til. Anonymiteten til informantene er sikret ved å anonymisere transkripsjoner og notater. Datamaterialet blir oppbevart i låsbart skap. Transkriberingen gjøres på datamaskin uten nettilgang.

Jeg har jobbet mange år i dagtilbudet og kjenner arbeidsplassen, pasientene og ansatte. Nærhet gir meg kunnskap om hva jeg skal se etter og spørre om. Samtidig kan nærhet gi meg blinde flekker hvor jeg tar viktige forhold for gitt og ikke stiller de nødvendige spørsmålene. For å motvirke dette, får jeg i forarbeidet innspill fra flere kollegaer og pasienter. Tanker, ideer og intervjuguide diskuteres for å sikre et bredest mulig bakgrunnsmateriale. Gjennom hele prosessen må jeg ha et bevisst forhold til min forforståelse og hvordan denne påvirker funn og resultater. Materialet viser at informantene har en mer positiv holdning til pasientene og deres håp og hvordan det er tilrettelagt for håpefull jobbing i tiltaket, enn min forforståelse og kjennskap til tiltaket forutså. En mulighet er at min forforståelse ikke samstemte med de ansattes meninger og holdninger om fenomenene håp og håpefull praksis. En annen mulig grunn er at rett i forkant av intervjuene, fikk tiltaket beskjed om at en avdeling skulle legges ned. Med et nedleggingsspøkelse lurende i bakgrunnen, kan det ha ført til at informantene følte behov for å fokusere på det positive ved tiltaket for på den måten begrunne sin egen eksistensberettigelse. Dette er kun en hypotese som ikke er prøvd ut på informantene.

Jeg anser kunnskapsutvikling som resultat av en prosess som skjer mellom informant og intervjuer. utfordringen er å være tro mot det informantene formidler og ikke tolke mer inn i materialet enn det jeg har grunnlag for. Å klare å legge egen forforståelse helt til side i møte med data, kan virke å være et uopnåelig mål. Det er mer oppnåelig å ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet. Slik kan man mest mulig lojalt gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold uten at egne tolkninger blir fasit (Malterud, 2011).

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg resultatene som står fram etter analyseprosessen. Det utgjør fire tema, og hvert tema har to eller tre subgrupper. De presenteres i tabell 1.

Resultatene er foretatt ut i fra en vurdering av relevans. Både de resultatene som har hyppigst forekomst i datamaterialet og de resultatene som skiller seg ut er representert. Da det er et lite utvalg på fire informanter, er ikke resultatene representative for populasjonen.

Tabell 1: Resultater

TEMA	SUBGRUPPE
Vi har alle et håp ellers hadde vi ikke orket	Små lysglimt En stor boble
Problemløsere og tilretteleggere	Rydde i kaos Et redskap for pasientene
Suksessfaktorer	Kjernen i arbeidet I tykt og tynt Omsorg, tillit og kontroll
Rehabilitering eller skadereduksjon	Det som ikke skjer De små ting

I presentasjonen illustreres hver subgruppe med det Malterud (2011) kaller kunstig sitat for å vise det kondenserte meningsinnholdet.

4.1 Vi har alle et håp ellers hadde vi ikke orket

Kapittel 4.1 handler om hvordan informantene opplever pasientenes håp. I materialet kommer det fram at håp ikke er et tema informantene snakker direkte med pasientene om. Pasientene blir ikke spurt om hvilke håp eller drømmer de har. Det er derfor informantenes tanker om hva som er pasientenes håp som kommer fram i materialet. Selv om ikke begrepet håp blir benyttet i samtaler med pasientene, så uttrykker informantene at det jobbes med temaet håp, og at de har kunnskap om pasientenes håp og drømmer. En informant uttrykker det på denne

måten:

Da du spurte meg om jeg ville bli intervjuet om håpefull praksis eller om pasientenes håp, så tenkte jeg å nei, jeg jobber jo ikke med det. Fordi jeg spør jo ikke nødvendigvis pasientene sånn hva håper du på. Men når jeg tenkte litt mer over det, så tenker jeg at det er nesten en helhet av hva man gjør. Men man jobber mer intuitivt. Vi er jo så heldige å jobbe med de over lengre tid og blir kjent med dem.

Når informantene snakker om pasientenes håp, veksler de mellom å bruke betegnelsen håp, ønsker, drømmer og mål. Mange av beskrivelsene handler om de små håpene og det sammenfattes i subgruppe ”*Små lysglimt*”. Noen informanter omtaler et stort og overordnet håp. Dette beskrives i subgruppe ”*En stor boble*”.

4.1.1 Små lysglimt

Jeg tror alle mennesker har en tro og et håp, ellers hadde vi ikke orket. Det er ikke lett å definere hva jeg legger i begrepet håp, men håpet er en positiv kraft, noe man drømmer om eller ønsker eller tenker seg er mulig. Jeg tenker at pasientenes håp ofte er små, jordnære og praktisk rettet. Jeg tar tak i det minste lysglimt og forsøker å dra dem opp. Noen pasienter har et ønske om å være til nytte. Det er viktig at jeg ser pasientenes håp uansett hvordan det er. Jeg må ikke frata pasientene håpet, men prøve å tilføre håp. Noen håp synes jeg er vanskelig å forholde meg til. For eksempel når en pasient har et håp om å skaffe mye rusmidler til helgen.

Felles for alle informantene er at de har vanskelig for å definere håp eller beskrive hva de legger i fenomenet. Håp knytter de til positive tanker om framtiden og bedring av livskvalitet og beskrives i forhold til noe, som for eksempel bedre bosituasjon, bedre helse, bedre økonomi, bedre rusmestring eller gjenoppta brutte relasjoner. Håp beskrives som en framtidsrettet positiv drivkraft i livet som handler om noe bra som kan skje i nær eller fjern framtid. Pasientenes håp omtales som små, adekvate og praktisk rettet. En informant beskriver pasientenes håp som ”små lysglimt”. En beskrivelse av håp er mer dempet enn de andre og handler om ”i hvert fall ikke reduksjon av livskvalitet”. En informant tror at mange av håpene til pasientene er uttalte. En annen informant uttaler at ”alle mennesker har en tro og et håp, ellers hadde vi ikke orket”, og at det er viktig at dette håpet ikke fratras oss. Å bygge, forsterke eller tilføre pasientene håp, beskrives av alle informantene som viktig i deres yrkesutøvelse og de ser det som å mislykkes hvis de bidrar til å frata pasienten håp.

Felles for alle informantene er at de mener hjelperens oppgave er å se de små håpene, ta tak i de små lysglimtene og hale pasienten opp. En informant uttaler:

Det kan se ut som om ting er uendret. Samme økonomiske rot, kommer seg aldri til legetimen, henger fast i gamle historier (...) Men så skjer det ting likevel og så er det et nytt fokus. Så kan det bli en ny måte å snakke om det på. Vipps så er det litt håp.

Flere informanter trekker fram at pasientene har håp om å være til nytte for andre. Et eksempel fra materialet er en pasient og en informant som begynner å trene sammen. Informanten har aldri trent i treningsstudio før. Det har pasienten. På deres første tur til treningssenteret opplever informanten at pasienten har kontroll på åpningstider og hvordan komme seg dit. Inne på treningssenteret har pasienten stor kunnskap om apparater og treningsmetoder. Informanten ber pasienten om hjelp og instruksjon. Informanten undrer seg over hvorfor pasienten ønsker å ha informanten med på trening all den tid pasienten behersker det godt selv og ikke har behov for hjelp. Informanten kommer fram til at det ikke er pasientens behov for hjelp, men pasientens ønske om å være til nytte.

Noen av informantene beskriver små håp knyttet til rusmestring. De forteller om pasienters uttalte håp om å klare seg noen dager uten å ruse seg. En informant forteller om vanskelige håp å forholde seg til:

Ja, når håpet for helgen er å få tak i noe god amfetamin og nok Rivotril. (...) Jeg kan jo ikke si at jeg håper virkelig du får tak i femti Rivotril til helgen. Det vet jeg jo ville gjøre den personen så lite rustet til å gå videre neste uke.

4.1.2 En stor boble

Jeg tror mange pasienter ikke tør å snakke om håpene sine fordi de er redd for å virke urealistiske, og jeg må ikke drepe håpet til pasienten før vi har begynt å jobbe med det. Min oppgave er å hjelpe dem til å stykke det opp så de kan se bevegelse. Det kan hende at de ønsker å mestre hverdagen, bedre boforhold, få en relasjon til familie og barn. I sum handler det om at de ønsker et bedre liv. Noen av pasientene ønsker, godt hjulpet av ansatte i hjelpeapparatet, å bli rusfrie. De kan ha det som et stort mål eller håp. Jeg tror noen pasienter ser det som en stor boble som er for stor til å mestre på egen hånd. Jeg vil ikke ubetinget håpe på rusfrihet på vegne av mine pasienter. Det er svært mye som må være på plass for at det skal bli en varig suksess.

Informantene forteller at pasientenes oftest snakker om ønsker de har for de små og nære tingene i livet, som å besøke familie eller få med seg en metadonflaske for selvadministrering. Noen informanter sier at de tror dette kommer av at pasientene er redde for å snakke om store mål fordi det virker urealistisk å nå dem, og det er mye på ulike livsarenaer som må på plass for at de skal lykkes. ”Jeg tror at hvis pasienten skal se på det som en sånn stor boble, så blir det for stort og for kaotisk.” Alle informantene sier at de jobber med å dele store mål i mindre delmål, finne ut hva som skal til for måloppnåelse, og jobbe mot det som i utgangspunktet kanskje ikke virker realistisk eller oppnåelig.

Bare en av informantene trekker fram pasientenes håp om å komme ut i ordinært lønnet arbeid. Informanten sier at det er viktig å ikke å drepe håpet før man har begynt å jobbe med det og eksemplifiserer med å vise til jobbspesialister som jobber ut fra pasientens reelle ønsker. Noen informanter har ikke håp om bedring for pasientene når det kommer til bosituasjon og rusmestring. Flere av informantene sier at noen pasienter har et håp om å bli rusfri og at dette er et stort og overordnet mål. De prøver å hjelpe pasientene med å stykke det opp så de kan se framgang. En sier også at rusfrihet ikke lenger er noe vedkommende ubetinget ønsker for pasientene. Uttalelsen kommer etter at informanten fortalte om en pasients streben etter rusfrihet. Etter ett rusfritt år velger pasienten å ruse seg igjen og informanten kan se at pasienten får et bedre liv med et moderat rusbruk framfor et dårligere liv som rusfri.

En pasient bestemte seg for å bli rusfri og klarte det, og var rusfri i nesten ett år. (...) Og så valgte hun å ruse seg igjen. (...) Hun så på den rusfrie tilværelsen hvor hun var midt mellom to stoler. Det var brent så mange broer med familie og gamle venner. Økonomien var ikke der at hun kunne leve et vanlig liv. (...) Hun husket veldig mye gammelt grums som hun hadde forsøkt å glemme. Hun likte hverdagen med litt rus. (...) Egentlig så drømmer hun ikke om å være rusfri. Hun har det veldig bra nå. Hun virker tilfreds. (...) Det var da jeg tenkte på det at rusfrihet, til hvilken pris? Jeg skal i hvert fall ikke håpe på rusfrihet på vegne av mine pasienter.

4.2 Problemløsere og tilretteleggere

Under dette temaet har jeg samlet data som omhandler hvordan informantene jobber for å fremme pasientenes håp. Det er to hovedområder som står fram. Det ene er pasientenes hverdag og utfordringer i forhold til ulike livsområder. Materialet er samlet under subgruppe

”Ryddde i kaos”. Det andre området er om pasientenes kontakt med hjelpeapparatet og hjelpeapparatets inngripen i pasientenes liv samlet i subgruppen ”*Et redskap for pasientene*”.

4.2.1 Rydde i kaos

Dagtilbudtiden er en bitteliten del av pasientenes døgn, noen få timer hvor de kanskje fungerer som best. Jeg tenker at det er den mest normale tiden i døgnet. Måltidet er kanskje døgnets eneste og dagtilbudtiden er kanskje den eneste muligheten de har til å knytte gode relasjoner som bidrar til at de kommer nærmere det de ønsker for livet sitt. Spørsmålene jeg får er det ingen andre steder å rette. Pasientene lever kaotiske liv, og da kommer det mange kaotiske spørsmål de trenger hjelp med. Jobben min blir å informere, være praktiker og problemløser. Vi ansatte har ulike holdninger til hvor mye vi skal hjelpe pasientene. Med orden i boforhold, økonomi og slikt, så opplever jeg at pasientene får mindre skam og de får energi til å engasjere seg i andre ting i livet. Jeg tror på å stabilisere deres hverdag.

Felles for alle informantene er at de beskriver en pasientgruppe hvis liv er preget av kaos og håpløshet. Kaos beskriver de som fravær av rutiner på viktige områder i livet og mangel på evne til å kunne gjennomføre ordinære handlinger. Informantene beskriver pasienter som sliter på mange områder, som har gjort det i årevis og som ikke mestrer å ordne opp på egen hånd. Et støttende nettverk er fraværende for mange av pasientene. Informantene forteller at mange av pasientene har vanskelige boforhold og mange har dårlig økonomi. ”Vi må gi dem et menneskeverd. De har ikke fått til livene sine, det er ingen hemmelighet. Det er ingen av de som går her som har fått til livet sitt, da hadde de ikke gått her.”

Det kommer fram i materialet at det er ulike holdninger blant de ansatte til hvor mye praktisk hjelp pasientene skal få. Samtlige informanter er tydelige på at praktisk rettet arbeid er viktig for å fremme håp hos pasientene. En beskriver arbeidet med å ordne opp i praktiske vansker som ”a piece of cake” for de ansatte, mens det for pasientene er uoverkommelig. Å være behjelpelig med å rydde i en kaotisk livssituasjon blir framhevet og enkelte av informantene ser på seg selv som problemløsere. Flere har erfart at å jobbe tett med pasienter over tid og gjøre ting sammen gjentatte ganger, har utviklet ferdigheter og mestringsevne hos pasientene. En hevder at enkelte ansatte har en holdning om å ikke ”sy puter under armene” på pasientene, men at pasientene må ordne det praktiske selv. Om de hjelpes for mye, er det bidrag til ytterligere hjelpeløshet. En informant sier:

De lever et kaotisk liv, og da kommer det mange kaotiske spørsmål også. (...) Alt kan de legge på bordet her på dagtilbudet. Så blir det opp til oss å sortere hva det er uhensiktsmessig at vi går inn i og hva at det er bra at vi går inn i.

Informantene er opptatt av pasientenes boforhold og hvordan det påvirker recoveryprosessen. Mange har dårlige eller uholdbare boforhold i kommunale boliger i belastede boområder. ”De klarer seg ikke i de kommunale leilighetene som man tilbyr, og de vil ikke bo i institusjon.” I forhold til boligspørsmål er det flere av informantene som ikke uttrykker håp om bedring. En beskriver ubehag i magen når vedkommende snakker med pasienter som prøver å finne bolig på det private marked. Informanten tenker at dette er urealistiske håp som kan føre til forsterket håpløshetsfølelse. En annen beskriver gapet mellom pasientenes ønsker om boforhold og prisnivå og det tilbudet de får av NAV, som er en plass i lavterskel-institusjon. En informant viser hvordan bedring av bosituasjon fremmer en pasients recoveryprosess: ”Da han hadde kommet på plass der og fått det så fint, så begynte han å snakke om det som egentlig har vært viktigst for han i alle år. Å gjenoppta kontakten med familie og venner. Han var så skamfull for hvordan han hadde hatt det.”

Pasientenes dårlige eller uoversiktlige økonomiske situasjon blir tatt opp av alle informantene. Ingen oppgir at noen pasienter er i ordinært lønnet arbeid. Pasientene har trygd eller sosial stønad som inntektsgrunnlag. En av informantene oppgir at følelsen av håpløshet synes å gå opp og ned for pasientene hvor tilgang til penger kan være avgjørende. ”Noen ganger handler det om hvor mye penger de har, om økonomi. Man kan snakke med folk her og de har det kjempebra hvis de akkurat har fått penger.” Pasienter kan komme med bæreposer med uåpnede brev som pasienten ikke aner innholdet av. Disse uåpnede brevene inneholder regninger, inkassovarsler og utkastelsesbegjæringer fra bolig. De ansatte hjelper pasientene med å sortere i kaoset ved å åpne posten, sortere etter viktighet, lage nedbetalingsordninger, hjelpe til med å få betalt regningene eller kontakte boligkontoret i bydelen for å stoppe utkastelse og så videre.

Informantene deler pasientenes døgn inn i to; den tiden pasienten oppholder seg på dagtilbudet og ”den andre tiden”. Tiden pasientene kan oppholde seg på dagtilbudet er begrenset til klokken 09-13 på hverdager. ”Den andre tiden” vet ikke informantene mye om, men de tror den kan være fylt av rus, kriminalitet og prostitusjon. Flere informanter mener det kan være hemmende for håp. Tiden på dagtilbudet beskrives som en fremmer av håp ved at den står for omgang med positivitet og normalitet og oppleves som en viktig del av livet til

pasientene. Det kan normalisere mer av døgnet med lengre åpningstid. I alle intervjuene blir det sagt at pasientene ikke liker den korte åpningstiden.

4.2.2 Et redskap for pasientene

Jeg har begynt å få ganske god oversikt over hvor pasientene kan sluses og hjelpe dem til å få kontakt. Jeg legger til rette og informerer om hvilke andre instanser pasienten må innlede et samarbeid med for å nå målene sine. Jeg bestiller time sammen med dem, og følger de om har behov for det. Dessverre ser jeg at rusbrukere ikke er så velkomne i psykiatrien. Jeg opplever at jeg blir et redskap som må stå på for pasientene og mase på det øvrige hjelpeapparatet for at pasientene skal få hjelpen som de trenger. Jeg synes det kan være vanskelig å få til et samarbeid med andre instanser. Det er ofte utskiftninger av samarbeidspartnere.

Informantene opplever det utfordrende å jobbe med pasienter som har problemer på mange livsarenaer. Flere informanter sier at de har god oversikt over hjelpeapparatet og jobber mye med å henvise til riktig instans. Informantene forteller at de ofte både må bestille time for pasienten og følge de til timen. Det kan være vanskelig der de må koordinere arbeidet med mange forskjellige instanser og hvor det stadig kommer inn nye samarbeidspartnere. De beskriver mangelfullt samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet. Flere informanter forteller om pasienter som opplever kontakten med ulike deler av hjelpeapparatet som vanskelig eller ikke eksisterende. Flere informanter forteller at LAR-pasienter ikke får nødvendig helsehjelp. Informantene forteller om et behov for utredning og behandling som er vanskelig å tilfredsstille da denne pasientgruppen ikke er velkommen i det psykiske helsevesen. De beskriver hvordan de jobber alternativt for å kompensere noe for det tilbudet pasientene ikke får andre steder, og de viser til at det er mulig å jobbe i forhold til traumer og andre psykiske lidelser i dagtilbudet, selv om dette ikke kan sammenlignes med et tilbud innen spesialisthelsetjenesten.

Jeg jobber med pasienter som er veldig dårlige og som er i aktiv rus, noen bor på lavterskel og har aldri bodd i en leilighet. Av mine primærpasienter så er det bare en som har jobba i sitt liv. Og de har ganske kaotiske liv fortsatt, så innimellom når vi har jobba for noe og det raser ned, og de er notorisk uheldige, eller vi møter på et nytt menneske i etaten eller en ny samarbeidspartner som jeg tenker jobber mot oss eller på en uønsket måte, så kan jeg virkelig føle på at dette kommer aldri til å bli bra.

De ansatte føler seg som et redskap som må stå på for pasientene og mase på NAV og øvrig hjelpeapparat for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes. Informantene forteller at pasientene opplever at ulike instanser i hjelpeapparatet er mere samarbeidsvillige og åpne for forslag når en ansatt fra dagtilbudet er til stede på møtene.

En av informantene sier at NAV er nøkkelen for å åpne dører i hjelpeapparatet, men NAV oppleves ikke som å stå på tilbudssiden når det gjelder å være i kontakt med pasientene for å følge dem opp. Informantene har ulike erfaringer med samarbeidet med NAV. En opplever det som tungt fordi NAV er vanskelig å komme i kontakt med og fordi de gjør minimalt. De oppleves ikke som noen drahjelp. En informant skiller seg ut fra de andre ved å uttrykke at det er gode samarbeidspartnere på NAV. Et problem er at de kan ha urealistiske krav og forventninger til pasientene i forhold til rusfrihet og jobb, noe pasientene kanskje alltid har blitt møtt med når de har uttrykt ønsker eller håp. Det blir også trukket fram at det er en holdning blant andre samarbeidspartnere at pasientene langt på vei må være rusfrie for å få hjelp.

Flere informanter sier at pasientene får ulik oppfølging i hjelpeapparatet og er kritiske til deler av den oppfølgingen som gis. Det synes personavhengig hvor mye interesse samarbeidspartnerne har for samarbeid. Samtlige informanter sier at de opplever samarbeidet med pasientenes fastleger som godt. Samarbeidet med LAR har informantene ulik oppfatning av og de sier at samarbeidet er personavhengig. En informant sier at den profesjonelle hjelperen skal være et talerør for pasientene og tørre å si ifra om noe ikke fungerer. Samme informant viser til at LAR-pasientene får avhengighetsskapende medisiner som skal erstatte rusmiddelavhengigheten. For å stå i behandling og opprettholde LAR-medisineringen må pasientene møte til dyre polikliniske avtaler. Flere av pasientene greier ikke å møte da de ikke mestrer å huske avtaler, komme til rett tid, komme forberedt og ikke være ruspåvirket. Informanten sier videre at samtaler etterfulgt av krav om betaling ikke er med på å gi pasientene håp. Et vanskelig liv blir enda vanskeligere økonomisk og følelsesmessig på grunn av ordninger i hjelpeapparatet som egentlig skal være til hjelp for pasientene.

4.3 Suksessfaktorer

I alle intervjuene blir viktigheten av relasjoner og relasjonsfremmende arbeid, holdt fram. Informantene vektlegger gode relasjoner mellom pasient og ansatt som vesentlig for å få til endringer. Det legges ned mye arbeid i relasjonsbygging. Materialet er delt inn i tre

subgrupper. Den ene omhandler hvordan det jobbes med å skape og vedlikeholde gode relasjoner, kalt *”Kjernen i arbeidet”*. Den andre subgruppen *”I tykt og tynt”* omhandler hvordan det jobbes med å bygge relasjoner med pasienter som har relasjonsmessige utfordringer. Den tredje subgruppen *”Omsorg, tillit og kontroll”* omhandler hvordan kontrollaspektet ved LAR-behandlingen påvirker relasjonene.

4.3.1 Kjernen i arbeidet

Jeg tenker at å skape relasjoner er noe av kjernen ved dagtilbudet. Relasjoner ligger til grunn for alt vi gjør, og er det som gjør at arbeidsplassen er en suksess. Jeg opplever at ikke alle er så opptatt av det, heller ikke oppover i systemet. Jeg ser pasientene hver dag eller flere ganger i ukedagene, de blir kjent med meg og trygg på meg. Jeg tenker at det gode lunsjtilbudet vårt gjør det hyggelig for pasientene å komme og spise, og det er en viktig faktor i relasjonsbyggingen. Vi har litt quiz, vi fleiper litt og vi ansatte forteller litt fra våre egne liv. Vi blir mer likeverdige i relasjonen, nesten som en familie. Det er viktig for meg at de blir sett, møtt, hørt og at de opplever å få omsorg. Jeg må tørre å lytte og være åpen for de temaene pasientene tar opp, også når de tar opp vanskelige temaer som rusbruk og tilbakefall.

Samtlige informanter sier at relasjoner er grunnmuren og kjernen i arbeidet ved dagtilbudet og er det som gjør arbeidsplassen til en suksess. Alle informantene sier at de er opptatt av å tilbringe mest mulig tid med pasientene og skape trygge og hyggelige rammer i tiden pasientene oppholder seg på dagtilbudet. De sier de legger ned mye arbeid i å servere et næringsrikt måltid hver dag. Måltidet beskrives som en arena for sosial trening. Informantene vektlegger at det brukes mye tid på samtaler mellom ansatt og pasient. I alle intervjuene blir det snakket om en kombinasjon av å yte praktisk hjelp og omsorg.

Å bygge gode relasjoner beskriver en informant som *”det mest potente vi holder på med”*. Alle har stort fokus på relasjonsarbeidet og føler at de får dette bra til. Samtidig sier flere av informantene at det ikke er mye fokus på relasjonsarbeid generelt på arbeidsplassen. En sier at kollegaer trekker seg unna pasientene og oppholder seg mye på kontoret og en annen sier at viktigheten av relasjonsarbeid ikke kommer til uttrykk oppover i systemet.

Jeg synes det er viktig og jeg jobber mye med å skape gode relasjoner til brukerne, men jeg synes dessverre ikke at det er så mye fokus på det generelt her på huset. Jeg synes mange ansatte trekker seg unna brukerne, og er mer på kontoret enn i miljøet.

Flere av informantene sier at relasjonsarbeidet bør bli bedre. De må ta mer hensyn til at mange i pasientgruppen har relasjonsskader. De ansattes tilgjengelighet og tilstedeværelse i hele åpningstiden sier informantene at er ”gullstandarden” å jobbe etter, på den måten kan de ansatte se og møte pasientene på deres premisser og behov. Informantene jobber med å skape gode relasjoner til pasientene gjennom alltid å være til å stole på. Alle sier at de klarer å skape gode relasjoner til sine primærpasienter. Det vet de ved at pasientene henvender seg til dem og synes trygge. En informant er opptatt av ubalansen i relasjonen mellom pasient og ansatt, og viser til måter som kan redusere denne:

Så er det sånne møtepunkter hvor pasient – pleier greiene opphører opplever jeg noen ganger. For eksempel når vi snakker om film og musikk, eller om TV eller politikk. Vi har veldig mye diskusjon på stua. Da er vi liksom likeverdige. Og det er så bra for relasjonen.

For å holde på relasjonene sier en informant at det viktigste er å ikke gi slipp på pasienten selv om pasienten har dårlige perioder og faller ut av behandling. Da må man holde fast i pasienten og være behjelpelig med å søke pasienten inn i behandling igjen. Man kan se på tilbakefall som en del av rusbildet som kan gi nyttig lærdom og mestring.

Å jobbe tett med pasientene oppleves både som positivt og negativt sier informantene. Det er positivt når pasienten blir trygg og tør å åpne seg. De ansatte får nyttig informasjon om pasienten som ellers ikke når andre deler av hjelpeapparatet. Det kan også oppleves tungt å jobbe tett på pasientene og bli godt kjent. En av informantene beskriver relasjonen til enkelte pasienter nesten som en familierelasjon. Dette kan være positivt, men også tungt i perioder hvor det går dårlig med pasienten.

4.3.2 I tykt og tynt

Jeg ser at mange av pasientene har levd vanskelige liv. De har tilbrakt lang tid i hjelpeapparatet og de er institusjonaliserte. Mange av pasientene har opplevd gjentatte brudd i tillitsforhold og er relasjonsskadede. Dette gjør at de har utfordringer med å skape og holde på relasjoner. Jeg synes det er vanskelig å jobbe med pasienter som må prøve ut oss ansatte for å se om de kan stole på oss. Avvisning og utprøving må jeg orke å stå i. Jeg slipper ikke pasienten selv om han faller ut av behandling. Jeg jobber tett på pasientene over lang tid. I perioder overinvolverer jeg meg og går inn i pasientenes håpløshetsfølelse.

Informantene beskriver pasienter som har store utfordringer med å skape og holde på relasjoner. ”Relasjonsskadde” er en beskrivelse alle informantene benytter når de snakker om mange av pasientene. De trekker fram at pasientene har en rekke brudd i tillitsforhold, har opplevd traumer, tilbragt lang tid i ulike institusjoner og kan oppleves institusjonaliserte. De sier at det er viktig å huske dette for å kunne møte dem på en god måte. Relasjonsskadene kan komme til uttrykk når pasientene prøver ut de ansatte for å se om de er til å stole på, tåler dem og orker dem. En informant sier: ”Så forsøker jeg alltid at vi skal snakke oss igjennom det, eller at jeg bare skal stå i det hele tiden. Fortsette å hilse, fortsette å være meg selv og fortsette å ikke bite på avvisningen. Til nå har det alltid ordnet seg. Å stå der i tykt og tynt, jeg tror det har noe for seg.” Selv om informantene har med seg pasientenes forhistorie, er det utfordrende å jobbe med pasienter med relasjonsskader og lange traumehistorier. Flere synes at det er vanskelig å jobbe med pasienter man bare får kjeft eller uvilje fra. Det er vanskelig å være like positiv der relasjonen ikke er god.

Flere informanter sier at dagtilbudet er et sted der det ofte bygges sterke relasjoner. Det er et lite sted hvor man kommer tett på pasientene og hvor det er lett å overidentifisere seg med pasientene og gå for mye inn i deres håpløshetsfølelse. Hjemmebesøk hos pasienter det jobbes tett med oppleves nesten som et familiebesøk sier de. Det kan være vanskelig å legge fra seg arbeidet når arbeidsdagen er slutt når det går dårlig med pasienter som vedkommende har sterke relasjoner til. En informant uttrykker at:

Det er mange her som har det kjempevanskelig, som har hatt det i mange år, og som uttrykker det innimellom at de har det helt jævlig. (...) Og de føler at ingen ting blir bedre. Det er veldig vondt og tungt å høre på.

4.3.3 Omsorg, tillit og kontroll

Vi som jobber med LAR-behandling, har makt over pasientene. Jeg opplever at pasientene er frustrerte, men de snakker meg etter munnen for å unngå sanksjoner. Jeg mener det er viktig å utvise skjønn og vise pasientene at det ligger mye omsorg i kontrollen. Relasjonene jeg har med pasientene og tilliten jeg opparbeider, er den mest virkningsfulle kontrollprosedyren.

På spørsmål om kontrollaspektet ved jobbingen vanskeliggjør relasjonsbygging og håpefull jobbing, har informantene noe ulikt syn. En sier at ”jeg vet at vi som jobber med metadon alltid har makt. Bevisst eller ubevisst, pasientene snakker oss etter munnen for de vil ikke

komme på kant med oss. For det kan få sanksjoner”. En annen sier at ”relasjon og den tilliten er liksom den mest virkningsfulle kontrollprosedyren som er”. En mener også at kontrollen ikke er så framtrødende ved jobbingen og uttrykker det på denne måten:” Jeg synes at kontrollbiten har blitt løsnet litt på. At man tenker litt helhet. Her er det gamle personer, slitne, at vi er villige til å gi dem en liten lettelse i hverdagen.” En annen informant hevder at henteordningen til noen pasienter er for streng og bør lempes på for å gjøre livet lettere for disse pasientene. Informanten forteller om en pasient som har vært med siden LAR-behandling startet opp i Norge og har hentet LAR-medikament daglig i alle disse årene uten å få noen doser til selvadministrering.

Informantene beskriver en livslang behandling de er ansvarlig for. Flere forteller at pasientene kan være frustrerte over henteordningen og kontrollen. Det er viktig at det utøves skjønn og at kontrollen utføres slik at pasienten forstår at det er omsorg. Om pasienten ruser seg aktivt trenger vedkommende å ha den omsorgen det er i å bli sett daglig. En av informantene sier at den statiske kontrollen ved dagens henteordning ikke er bra, og at pasientperspektivet og omsorg for pasientene må synliggjøres. Informanten sier at det alltid er viktig å gi pasienten en forklaring på den til enhver tid gjeldende henteordning pasienten har. ”Kontrollfunksjonen kan være litt sånn diktatorisk. (...) Jeg liker at pasienten er med og bestemmer og forstår”, sier informanten.

4.4 Rehabilitering eller skadereduksjon

LAR står for legemiddelassistert rehabilitering. Flere av informantene peker på at mange av pasientene er eldre og har dårlig helse, og at fokuset er mer på skadereduksjon enn på rehabilitering. Jeg har delt opp temaet i to subgrupper. Materialet som omhandler skadereduksjon og forebygging er samlet i subgruppe ”Det som ikke skjer”. Materialet som viser til rehabiliteringsarbeidet med forutsetninger og resultater, er presentert i subgruppe ”De små ting”.

4.4.1 Det som ikke skjer

En stor del av jobben min er å forebygge. Jeg jobber mye med det som ikke skjer, og jeg jobber for å forhindre at ting skal skje. Jeg jobber for å forhindre innleggelser i hjelpeapparatet, med å få somatiske plager til å ikke utarte seg, med å forhindre at kriminalitet begås og kanskje få en ensomhetsfølelse til å forsvinne så en livsgnist kan

oppstå. Jeg tenker at de måleverktøyene vi benytter har vanskelig for å måle suksessraten for arbeidet vi gjør i dagtilbudet. Hvordan måle noe som ikke blir noe av? Selv om de store resultatene kanskje uteblir, mener jeg at vi kan forebygge og stabilisere. Mange pasienter ville hatt et vanskeligere liv uten oss.

Flere av informantene sier på ulikt vis at verktøy som KOR, Min plan på dagtilbudet, Planmodulen og oppsummeringsnotater er bra og kan være til hjelp for å strukturere arbeidet, men de uttrykker skepsis til pasientenes nytte av dette i hverdagen. Det er lite trolig at disse skjemaene er det som måler arbeidet som gjøres i dagtilbudet, suksessraten eller pasientenes ve og vel. Informantene sier at det ikke er lett å måle resultater når det jobbes opp imot å forhindre hendelser. Dette kan vanskelig telles eller måles annet enn ved at pasienten selv formidler en opplevelse av bedring i sin livskvalitet.

Vi jobber jo med det som ikke skjer, de ruseepisodene som ikke skjer, de innleggelsene som ikke blir noe av, den somatiske sykdommen som ikke utarter seg, den kriminaliteten som ikke begås og en ensomhet som kanskje forsvinner og en livsgnist som oppstår.

Noen informanter er opptatt av at selv om LAR-behandlingen ikke alltid fører til de resultatene man ønsker for pasienten, ser de at behandlingen har en stabiliserende effekt. Når pasienter ønsker seg ut av behandling, er informantene bekymret for at pasientene vil få et mye vanskeligere liv med mer rus.

Jeg er redd for at uten LAR vil det gå veldig dårlig. Jeg vil prøve å overbevise henne om å bli i LAR. Ikke på noen høy dose hvis det byr henne imot, men en dose som betyr at hun ikke må ruse seg med andre ting ved siden av hele tiden.

4.4.2 De små ting

Mange av pasientene jeg jobber med har vært i LAR-behandling i mange år og er i dag eldre og sliter med helseproblemer. Jeg opplever at det kan være vanskelig å motivere pasientene til aktivitet. Aktivitet er et viktig mål i dagtilbudet fordi det kan ha en rehabiliterende effekt. Mange av pasientene har vært i hjelpeapparatet i svært lang tid, og jeg opplever mange som institusjonaliserte.

Flere informanter beskriver en aldrende pasientgruppe som har hatt en ruslidelse i mange år som kan gjøre det mere utfordrende å holde fast i et håp om en bedrelivssituasjon og jobbe for

dette. Materialet viser en pasientgruppe som sliter med store psykiske lidelser og traumer i tillegg til ruslidelsen og som preges av kognitiv svikt som informantene sier de har vanskelig for å vite om det skyldes rus, påførte skader eller demens.

Det er jo avhengig av pasienten, alder på pasienten, hvor lenge de har hatt et rusproblem og hvilke typer behandling de har prøvd. Er de kommet langt opp i levealder, så skal det noe til å mobilisere håp om at ting skal bli så annerledes.

Informantene viser til at aktivitet er et viktig mål for dagtilbudet. De opplever det som en suksess at det er lagt til rette for at de kan gjennomføre aktiviteter i og etter ordinær åpningstid. Flere informanter sier at pasientene uttaler ønsker om ulike aktiviteter, men at det er vanskelig å motivere dem til å delta. Dette tror de kan være på grunn av pasientenes kaotiske liv, sykdomsbilde og alder. De aktivitetene pasientene klarer å delta i er små og hvor de ikke trenger å forlate dagtilbudet.

Det å bringe håp inn til en person som er så sliten, det er veldig vanskelig. Det blir jo å gjøre litt hyggelige her-og-nå opplevelser. Det å servere litt godt å spise og drikke, sitte sammen, ja det er de små tingene, de bitte små tingene.

Til tross for at de store resultatene uteblir, mener informantene at dagtilbudet har en viktig funksjon i pasientenes liv. ”Jeg synes dagtilbudet er fantastisk bra. Folk kan dra hit fem dager i uka og snakke med folk og gjøre noe bra. Da tenker jeg at vi kan hjelpe folk (...) til å gi dem håp og glede i livet.”

Informantene ser at flere pasienter har et svært begrenset sosialt liv i den tiden de ikke er på dagtilbudet. Dagtilbudet er for disse pasientene en viktig kilde til sosialisering. Det settes spørsmålstegn ved den korte åpningstiden og om tiden brukes på best mulig måte for pasientene.

Når jeg spør dem hva de har gjort i helga, så sier de at de låste seg inn klokka ett på fredag, og så låste de seg ut klokka kvart på ni på mandag. Da kommer de og er fulle av inntrykk og samtaleønsker og de har bokstavelig talt ikke sett folk. (...) Og da er det den åpningstiden, ni til ett, hvis vi er hele deres sosiale liv, klarer vi da å bruke den tiden til det beste for pasientene?

5 DRØFTING

I dette kapittelet drøfter jeg resultatene som beskrives i kapittel fire opp mot gjeldende teori og forskning og ser på praksis og områder hvor praksis utfordres.

5.1 Håp

Kompleksiteten i fenomenet håp blir tydeliggjort ved informantenes utfordringer med å definere hva de legger i fenomenet og med å konkretisere hvordan de jobber for å fremme håp. Herrestad, Biong, McCormack, Borg og Karlsson (2014) sier at det er lite formålstjenlig å søke en overgripende definisjon av håp. De hevder at hva som kan inspirere håp avhenger av kontekst og er situasjonsbetinget og personavhengig. Pasientenes håp blir av informantene beskrevet som små og praktisk rettede og blir omtalt som ”små lysglimt”. Denne måten å se håp på samsvarer med Weingartens (2010) pragmatiske beskrivelse av det rimelige håpet, det som er innen rekkevidde. Informantene viser til at mange pasienter ikke uttaler at de har håp, men en av informantene sier ”vi har alle håp, ellers hadde vi ikke orket”. Rustøen (2013) viser til Lynch som sier at håp kan oppfattes som en fundamental kunnskap og følelse av at det finnes en vei ut av vanskelighetene, og at man kan mestre det. Håp blir sett på som energigivende og positivt (Rustøen, 2013). I materialet kommer det fram at mange av pasientene har levd vanskelige liv i mange år og de uttrykker mangel på håp om bedring av egen livssituasjon. Hvis håp ses som en fundamental kunnskap som Lynch hevder, kan det bety at pasientene ikke har kunnskap og følelse av å kunne komme ut av sin vanskelige livssituasjon og komme seg videre i recoveryprosessen. Herrestad og Biong (2011) hevder at pasientenes uuttalte og udefinerte håp kan ha verdi og gi en form for beskyttelse mot håpløshet. Det å ha håp, uavhengig av om de blir realisert eller ikke, det å oppleve at man beveger seg i riktig retning, kan ha betydning for recoveryprosessen.

Informantene omtaler håp som en framtidsrettet og positiv drivkraft. I følge Rustøen (2013) ser Stotland på håp som en forventning om å oppnå noe man ønsker seg. Han hevder at motivasjon er vesentlig. Sterkere motivasjon fører til større aktivitet for å nå målet. Håp om å nå noe man opplever som viktig kan også ha motsatt effekt. Er målet viktig for personen, kan det føre til angst hvis troen på måloppnåelse ikke er tilstede. Dette kan skape følelse av håpløshet (Rustøen, 2013). Waal (2016) hevder at mange rusmiddelbrukere har gjentagende tilbakefall fordi de har utviklet et pessimistisk grunnsyn som bekrefter håpløshetsfølelse og blir til en holdning hvor de gir opp. Om pasientene preges av håpløshetsfølelse og situasjonen

virker fastlåst, så kan de profesjonelle hjelperne forsøke å få i gang en bevegelse i pasienten for å åpne opp den fastlåste situasjonen. Herrestad og Biong (2011) beskriver håp som å åpne noe som er fastlåst.

Hvordan skal den profesjonelle hjelperen få i gang bevegelse for å styrke håpet hos pasientene? Sælør (2016) og Herrestad og Biong (2011) hevder at håp er en viktig faktor i recoveryprosesser for ROP-pasienter, men det er knyttet stor usikkerhet til hva håp betyr i praksis og hvordan håp kan ivaretas. Ingen personer er like, og ingen recoveryprosess er lik. Livssituasjonen er i konstant endring og behovene endres i takt med livssituasjonen. Recovery handler om pasientens egen prosess i arbeid mot bedring (Biong & Borg, 2016). De profesjonelle hjelperne kan ikke gjøre recoveryprosessen for pasientene. For som Biong har uttalt så kan man ikke bli ”recovered” (personlig kommunikasjon, 11. april 2018). Det krever mye egeninnsats. Hva som er god og nyttig hjelp varierer fra person til person. Man må finne ut hva som er viktig for pasienten ved å spørre pasienten ”Hva trenger du for å ha et godt liv?” Ut i fra svaret på dette spørsmålet må man skape et tjenestetilbud sammen med den som mottar tjenestene (Karlsson & Borg, 2017). Hvis den fundamentale kunnskapen som Lynch beskriver, ikke er tilstede i pasienten, kan det kanskje oppleves vanskelig for pasienten å svare. Å utvikle håp om at det nytter og at livet kan bli bedre er ifølge Weingarten (2010) et samarbeidsprosjekt. Relasjonelt arbeid er det viktigste virkemiddelet den profesjonelle hjelperen har for at pasientens håp skal tre fram, bidra til at pasienten setter seg mål og jobber mot målet (Arvantidis & Olsen, 2017). Karlsson og Borg (2017) mener at avgjørende hjelp for pasientene ofte handler om ”små ting” og ”trivialiteter” som kan bidra til håp og utgjøre vendepunkt i personens recovery. Hjelp med slike ”småting” kan få pasienten til å kjenne at noen bryr seg, styrker relasjonen, skaper tillit og bidrar til å inngi håp. I følge Karlsson og Borg (2017) finnes det evidens på at hjelp og støtte til pasientene må være variert og mangfoldig. Den profesjonelle hjelperen må lytte, gi praktisk hjelp, ordne opp i økonomiske forhold, skaffe arbeid, få kontakt med NAV, gi PC-støtte og gjøre hyggelige ting sammen som for eksempel kafébesøk. Denne form for håpefull praksis sier informantene er en stor del av arbeidet i dagtilbudet. I materialet er det beskrevet hvordan informantene jobber praktisk med å rydde i pasientenes kaotiske hverdag. Det vektlegges praktisk hjelp på ulike livsområder som pasientene har behov for, det gjøres hyggelige aktiviteter sammen og det opprettes kontakt med øvrig hjelpeapparat. I følge Herrestad og Biong (2011) ”ser håpefull praksis ut til å være knyttet til handlinger rettet mot å skape bevegelse” (s. 112).

En av informantene hadde en umiddelbar tanke ved forespørsel om deltakelse i prosjektet at det ikke jobbes med håp i dagtilbudet. Etter nærmere ettertanke fant informanten ut at å fremme håp er helheten av det arbeidet som gjøres. Alle informantene er enige om at håp og håpefullt arbeid er en viktig faktor ved dagtilbudet, men at det ikke er satt på dagsorden i organisasjonen. Det fører til at de ansatte ikke får en felles forståelse og det blir opp til hver enkelt ansatt om og hvordan håpefullt arbeidet utføres.

5.2 Læring og krav

Myndiggjøring og kontroll over eget liv er ifølge Helsedirektoratet (2014) sentrale elementer i recoveryprosessen. Viktigheten av å forstå og oppleve mening i tilværelsen belyses i den salutogene modellen. Opplevelse av mening og sammenheng er avgjørende for god helse (Almvik & Borge, 2006). Det går frem av materialet at disse elementene er lite tilstede i mange av pasientenes liv. Pasientenes kaotiske livssituasjon beskrives. Mange har ikke tilegnet seg grunnleggende ferdighetene som storsamfunnet anser som selvfølgelig å kunne. Kanskje har de aldri lært å ta vare på egen helse og egne interesser. Mange pasienter forstår ikke konsekvensene av sine valg. De må lære å skape struktur og ”normalitet” i livet sitt. Informantene sier at med bakgrunn i mange pasienters manglende kunnskap er læring av ferdigheter vektlagt. I materialet trekker enkelte av informantene fram læring gjennom å gjøre ting sammen som en god måte for pasientene å tilegne seg kunnskap. Det synes å være uenighet om hvor mye de ansatte skal hjelpe. Noen informanter ser det som viktig å gjøre ting sammen med pasienten flere ganger. På den måten lærer pasienten og klarer å gjøre det selv etter hvert. I intervjuene refereres det til ansatte som mener at man ikke må ”sy puter under armene” på pasientene, og mener pasientene må klare mer selv. Tanken er kanskje at om pasientene hjelpes for mye, kan det være hjelp til ytterligere hjelpeløshet. Karlsson og Borg (2017) hevder at å bli vist tillit og oppleve at noen har tro på at du kan klare noe, er god hjelp for mange. Frankl (20. september 2007) siterer Goethe når han sier: ”If we take man as he is, we make him worse, but if we take man as he should be, we make him capable of becoming what he can be”. For at pasienten skal få brukt sitt potensiale og bli det menneske han kan være, må kravene man stiller være litt høyere enn det man tror pasienten kan mestre. På den måten kan pasienten nå sitt fulle potensiale. Hvis kravene er innenfor det man tror pasienten kan mestre, vil pasienten underprestere og ikke nå sitt fulle potensiale. Skårderud og Sommerfeldt (2013) refererer til Winnicotts beskrivelse av ”The good enough mother” som ikke er perfekt, men god nok hvor hun balanserer mellom omsorg og utfordring. Et for sterkt

fokus på å ordne opp for pasienten kan undergrave pasientens ansvarliggjøring og egen kompetanse. Et for løsningsorientert fokus fra de ansatte kan innskrenke pasientene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I læringsprosessen må pasientens egne ressurser støttes på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012). Den salutogene modell fokuserer på mestringsevne, ressurser og muligheter (Langeland, 2006). I følge humanistisk psykologi er utfordringer og belastninger i livet nødvendig for at vi skal modnes og selvrealiseres, men det er viktig med passende mengde (Langeland, 2006). En informant sier at for å finne ut hvor mye man kan kreve av pasientene og legge listen passe høyt, er det viktig med en utredning av funksjonsnivå. I materialet vises det til at flere av pasientene har levd vanskelige liv i mange år. Mengden belastninger og utfordringer synes store over lang tid. Man kan stille spørsmål om hvordan dette virker inn på modning og selvrealisering for mange av pasientene. Informantene forteller at mange av pasientene har behov for trygge rammer, støtte, læring og struktur. Dagtilbudet er åpent fire av døgnet 24 timer i fem av ukens dager. Det betyr mye tid uten de nødvendige rammene og støtten de trenger. Om man tenker at pasientene ikke har fått modnet og selvrealisert seg som Langeland (2006) viser til, hva gjør dette i så fall med pasientene? Noen av informantene stiller spørsmål ved om tiden tilbrakt i dagtilbudet er nok til å skape struktur og normalitet i pasientenes liv, eller om det kun er et pusterom før de skal tilbake til sine kaotiske liv. Det kom fram under intervjuene at pasientene er negative til den korte åpningstiden. Da åpningstidene ble kortet ned, ble ikke pasientene hørt. Viktigheten av reell brukermedvirkning vektlegges i de 14 bedringshistoriene beskrevet i Landheim et al. (2016).

I materialet kommer det fram at informantene opplever at samarbeidspartnere stiller urimelige krav til pasientene, for eksempel krav om rusfrihet, stille til timeavtaler, fylle ut skjemaer og innhente dokumentasjon. En av informantene peker på at krav om rusfrihet kan synes underlig da rus er et stort problem for pasientgruppen, og sier at ruskontroll kan være et mål om mulig rusfrihet. Informantene beskriver ”normaliteten” i pasientenes hverdag som ”dagtilbud-tiden”. Flere informanter sier at hjelpeapparatet krever ”normalitet” fra pasientene. Hvis pasientene ikke tilfredsstillter det som hjelpeapparatet krever for å bistå dem, kan pasientenes hjelpetilbud bli marginalisert.

5.3 Behov og tilbud

Utviklingen i pasientgruppen i dagtilbudet og blant LAR-pasienter generelt, går mot stadig mer tilårskomne pasienter. Gjennomsnittsalderen for pasienter i LAR-behandling har økt gradvis og var 44,3 år i 2016. Under to prosent av pasientene er under 26 år og andelen pasienter over 50 år øker. Det betyr at man må forberede seg på en økende andel eldre pasienter i LAR med hva det måtte føre med seg av ulike former for funksjonssvikt og tiltaksbehov (Waal et al., 2017). Alder vil etter hvert sette begrensninger i livsutfoldelse for alle mennesker, men for mennesker som har levd et langt liv i aktiv rus, vil aldringsprosessen skje raskere enn for resten av befolkningen (Wyller, 2009). Informantene sier at pasientene som benytter dagtilbudet er personer som primært ikke klarer seg bra på egen hånd og som har et omfattende hjelpebehov og omsorgsbehov. Det er betimelig å stille spørsmål om hvordan dette harmonerer med dagtilbudets korte åpningstid. Det kan være utfordrende å skille mellom hva som skyldes naturlig alderdom, kognitiv svikt, demens eller livsstil. En informant er opptatt av at man må finne ut hva funksjonssvikten skyldes, fordi man da kan sette inn riktig tiltak og på den måten kanskje bedre funksjonsnivået og livssituasjonen til pasienten. I min kliniske hverdag har jeg flere ganger opplevd pasienter med et betydelig funksjonsfall som man tror er kognitiv svikt eller demens. De har alle fått færre symptomer og en tilfriskning når de tilføres regelmessig ernæring og struktur ved for eksempel en sykehusinnleggelse. Eldre pasienter med dårligere fungering på ulike områder, krever større innsats fra hjelpeapparatet (Waal et al., 2017). Å sørge for at pasientene får riktig hjelp og omsorg er vesentlig for å skape håp om et bedre liv.

Felles for informantene er en holdning om å trå varsomt for ikke å skade pasientene. Ikke alle informantene formidler håp om bedring i livssituasjonen til pasientene, men de har fokus på å ikke gjøre ting verre for dem. Dette står i motsetning til hvordan Sælør (2016) beskriver viktigheten av at ansatte i psykisk helse- og rusfeltet uttrykker at det finnes håp, og hvordan brukere av tjenestene opplever det som viktig at noen "har troa". Sælør et al. (2015) beskriver betydningen av mennesker en stoler på og som har tro på deg. Lauveng (2005) skriver om sin brukererfaring og fremhever viktigheten av hjelpere som tør å bli med inn i håp og drømmer og ikke avskriver håp som urealistiske. I intervjuene beskrives en stadig eldre pasientgruppe med synkende motivasjon og evne til å håpe på at livet kan bli bedre. Flere pasienter beskrives som institusjonaliserte. Enkelte mangler kanskje erfaringer fra hvordan et godt og normalt liv kan fortone seg og mangler erfaringsgrunnlag som gir dem noe å håpe seg tilbake

til. De kjenner ikke et annet liv enn det de har levd og kan ha større vanskeligheter med å ønske, drømme eller håpe på noe konkret i forhold til sin recoveryprosess. Kanskje kan pasientenes manglende håp og motivasjon være et resultat av det Lynch beskriver som mangel på fundamental kunnskap og følelse av at det finnes en vei ut av vanskelighetene (Rustøen, 2013). Fromm peker på mangel på trygghet, forutsigbarhet og kontroll i livet, og hvordan manglende opplevelse av å kunne forandre tilværelsen fremmer følelse av håpløshet (Rustøen, 2013). I den salutogene modellen vektlegges opplevelse av mening og sammenheng for å kunne få det bedre (Almvik & Borge, 2006). I materialet beskriver informantene at pasientene opplever å ikke ha tilstrekkelig kunnskap og kontroll over de faktorene som kunne ha hjulpet dem framover i recoveryprosessen og at reell brukermedvirkning ikke er tilstede. De forteller om pasienter som faller mellom flere stoler i hjelpeapparatet.

Psykiske helseproblemer og ruslidelse henger ofte sammen (Landheim, 2002). Personer med ROP-lidelse kan være vanskelige å nå med god hjelp fordi de sammensatte problemene trenger bred forståelse og sammensatte helse- og velferdstjenester (Biong & Borg, 2016). Pasienter med ROP-lidelse blir en kasteball mellom to systemer som ikke har samarbeidet godt nok om denne pasientgruppen. Pasientene får ikke den hjelpen de trenger verken innen rusomsorgen eller innen den psykiske helseomsorgen (Helsedirektoratet, 2012). Integreert behandling, det vil si samtidig behandling for ruslidelsen og den psykiske lidelsen, blir ansett som svært viktig for hvordan det går med pasienten (Helsedirektoratet, 2012). Studier om recovery gir støtte til individuell og integreert behandling og et recovery-orientert kunnskapsgrunnlag (Biong & Borg, 2016).

Det blir problematisert i intervjuene at pasientene ikke får et tilbud innen psykisk helse, men at pasientene "bare" får tilbud om samtaler med ansatte ved dagtilbudet og praktisk hjelp til å rydde i en kaotisk livssituasjon. Det kan tolkes som om informantene har manglende tro på at det arbeidet som gjøres i dagtilbudet er like verdifullt som tradisjonell terapi. Herrestad og Biong (2011) refererer til en forskningsgjennomgang av betydningen av håp for psykisk helse. Den viser at det er vanlig å se håp som en viktig terapeutisk faktor. Informantene beskriver dagtilbudet som kilde til trygghet, stabilitet og normalitet for pasientene. Dette sammen med tilrettelegging og praktisk hjelp for å styrke pasientenes håp om recovery bidrar til at dagtilbudet kan ha en terapeutisk effekt. Recoveryforskning tyder på at det blant annet er gode relasjoner, andres engasjement, håp, fellesskap, å høre til og å finne egne kreative løsninger som er viktig for å få i gang bedringsprosesser (Bøe & Thomassen, 2007).

Skårderud og Sommerfeldt (2013) hevder at ”i miljøterapeutiske sammenhenger vil den profesjonelle omsorgen kunne komme til uttrykk som praktisk og materiell omsorg sammen med nestekjærlighet, håp, anerkjennelse og forståelse for lidelse” (s. 45). Dagtilbudet kan kanskje sees som mer enn et behandlingstilbud. I materialet er det vist at dagtilbudet kan dekke ulike behov hos pasienten. Dette kan være omsorg, ernæring, tilhørighet, relasjoner, meningsfulle aktiviteter og hverdagsliv, bevisstgjøring på egne ressurser og muligheter. Det kan også være å hjelpe pasientene med å få tilgang til tilpasset behandling og oppfølging ved behov, hjelpe pasienten til å orientere seg i et ofte uoversiktlig og fragmentert hjelpeapparat og være behjelpelig med å koordinere tjenestene rundt pasienten.

5.4 Et samarbeidsprosjekt

Betydningen av relasjonen mellom pasient og behandler blir vektlagt i litteraturen.

Weingarten (2010) ser på det å fremme det rimelige håpet som et samarbeidsprosjekt. Håpet vekkes og styrkes i samspillet mellom pasienten og hjelperen. Biong og Borg (2016) vektlegger betydningen av håp og håpefulle fagpersoner som ser muligheter og ressurser hos pasientene. Biong og Soggiu (2015) har undersøkt hvordan personer med ROP-lidelse erfarte sine recoveryprosesser. De så at tilfriskning var knyttet til relasjoner mellom pasienten og de profesjonelle hjelperne og samarbeid om mål pasienten syntes var viktig. Arvantidis og Olsen (2017) hevder at relasjonelt arbeid er det viktigste virkemiddelet en sosialarbeider har i motivasjonsarbeidet for å skape endring. Det må jobbes relasjonelt for at pasientens håp skal tre fram og bidra til at pasienten setter seg mål og arbeider mot dette. Det er viktig at de ansatte jobber så tett på pasientene at de greier å oppfatte de små lysglimtene av håp som kan være med å fremme recoveryprosessen. Frankl, (2007) hevder at det avgjørende er relasjonen mellom behandler og pasient, det personlige og eksistensielle møtet. Nyere innenfra-forskning som er gjort for å få fram erfaringskunnskap, støtter synet på viktigheten av gode relasjoner (Landheim et al., 2016). Forskningen viser at etiske og relasjonelle forhold er viktig i bedringsprosesser (Bøe & Thomassen, 2007). Det er vesentlig at den ansatte utvikler en sensitivitet overfor pasientens drømmer, ønsker og preferanser og skaper trygge relasjoner og situasjoner hvor pasienten tør å ta opp alt som opptar han eller henne (Karlsson & Borg, 2017).

Felles for alle informantene er en oppfatning av at relasjoner utgjør kjernen og grunnmuren ved jobbingen og er det som utgjør suksessfaktoren ved dagtilbudet. Samtidig som flere av

informantene sier at de selv legger ned mye arbeid i relasjonsbygging, sier de at det ikke er like mye fokus på dette blant kollegaene. En går så langt som å si at kollegaene trekker seg unna pasientene. Det kommer også fram at informantene opplever at det generelt ikke er fokus på relasjonsarbeid og det mangler forankring i organisasjonen. Disse uttalelsene står i motsetning til hverandre. En mulig forklaring på dette kan være at jeg har valgt ut informanter som jeg vet har fokus på relasjonsbygging og at det er deres holdninger til dette temaet som kommer fram i intervjuene snarere enn den reelle situasjonen på arbeidsplassen.

For å skape håp og sette i gang recoveryprosesser, må pasientene føle en trygghet og klare å stole på sine hjelpere (Sælør et al. 2015). I materialet vises det til hyppige utskiftninger av ansatte i hjelpeapparatet. De ansatte i dagtilbudet har vært ansatt i flere år og utgjør stabilitet, trygghet og forutsigbarhet i mange pasienters liv. Det beskrives i materialet mange dårligere relasjoner mellom pasientene og hjelpeapparatet, og at dette er en hindring i pasientenes recoveryprosess. Dette gjelder ikke alle hjelpere, for i materialet er det beskrevet leger og andre ansatte som ser pasientene og tar pasientene på alvor. Informantene beskriver seg som et redskap for pasientene hvor de er problemløser og tilretteleggere. Mye av arbeidet til de ansatte i dagtilbudet består i å være koordinator og et bindeledd mellom pasient og øvrig hjelpeapparat. Informantene sier de ser det som sin oppgave å være pådrivere for at pasientene skal få de tilbudene de har behov for og at ulike tjenestesteder følger opp pasienten. Informantene beskriver et stort og fragmentert hjelpeapparat som kan oppleves uoversiktlig og vanskelig å navigere i. Det kan virke mangelfullt koordinert og dermed mangler en samlet analyse og plan for arbeidet rundt den enkelte pasient på tvers av etater og tjenestesteder. Biong og Borg (2016) sier at recoveryforskning de senere årene også har omhandlet erfaringer med ROP-lidelse. Disse studiene beskriver ofte personer med ROP-lidelse som vanskelig å nå med god hjelp fordi de sammensatte problemene trenger bred forståelse og sammensatte helse- og velferdstjenester. Mange LAR-pasienter har ikke Individuell Plan (Waal et al., 2017). Mangel på tilpasset hjelp, uoversiktlige og komplekse systemer og mangelfullt koordinerte tjenester er til hinder for recoveryprosesser (Ness, Borg & Davidson, 2014).

I følge recoveryforskningen er relasjoner til familie og venner viktig. Gode recoveryprosesser fordrer at ikke bare pasienten selv og de profesjonelle hjelperne stiller opp. Det er viktig å få med familie, venner, utdanningssystemet, arbeidslivet, lokalsamfunnet og frivillig sektor med på laget (Landheim & Biong, 2016). Reetablering av et sosialt liv og relasjoner støtter

recoveryprosessen (Ness, Borg & Davidson, 2014). For enkelte av pasientene i dagtilbudet er det mer snakk om å etablere enn å reetablere. De ikke har så mye sosialt liv og relasjoner fra tidligere å bygge på. 70 prosent av de eldre LAR-pasientene sier de har dårlig nettverk og de føler seg ensomme (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i helse vest (KORFOR), 2015). I materialet er det lite fokus på relasjonsarbeid mellom pasient og familie og nettverk. Hvorfor det er slik, kommer ikke fram av materialet.

5.5 R'en i LAR

Fokus på ressurser, framtid og et meningsfylt hverdagsliv er viktig for recoveryprosessen (Ness, Borg & Davidson, 2014). Betydningen av en opplevelse av mening og hensikt i livet belyses av Antonovsky (2012) og Frankl (2007). 82 prosent av pasientene i LAR-behandling er ikke i arbeid eller utdanning. 55 prosent av LAR-pasientene har uføretrygd og 20 prosent har arbeidsavklaringspenger som inntektskilde. Inntekt fra lønnet arbeid er det kun 9 prosent som har (Waal et al., 2017). Pasientene informantene beskriver i intervjuene er ikke i arbeid og noen har aldri vært det. I materialet kommer det ikke fram opplysninger om hvorfor det er sånn eller om det er fokus på å sysselsette pasientene. Flere av pasientene beskrevet i materialet har et ønske om å være til nytte, men det kommer ikke fram av materialet at det jobbes med dette. Informantene sier at for en del eldre og syke pasienter kan det å møte daglig til medisintil levering, ha sosialt samvær og aktiviteter i dagtilbudet oppleves meningsfullt i seg selv.

Da LAR ble opprettet etter forsøksdrift i 1994-97, var målsettingen ”et bedre og mer fullverdig liv med meningsfulle aktiviteter og relasjoner – ikke bare mindre bruk av illegale rusmidler eller mindre kriminell aktivitet” (Waal et al., 2017, s. 57). I dagtilbudet legges det mye vekt på skadereduserende tiltak. Dette står i sterk kontrast til målet som ble utarbeidet ved oppstart av LAR-behandling. I dag ser vi at dette har endret seg fra at behandlingen hadde et mål om rehabilitering til å både ha pasienter med mål om rehabilitering og pasienter med mål om stabilisering og skadereduksjon (Waal, et al., 2017). De setter fokus på at man ved å implementere skadereduksjon i målsettingen for LAR-behandling, ikke må ”parkere” pasienter som kunne vokst ved å ha et reelt mål om rehabilitering. Når det etterspørres hvor R'en i LAR har blitt av, kan det tyde på at dreiningen fra rehabilitering til skadereduksjon kan henge sammen med økende alder for LAR-populasjonen. Med økt alder kommer økende grad av sykkelighet og antakelig økende behov for aktivering og omsorg (Waal et al., 2017).

Resultatene av Statusundersøkelsen 2016 viser at en høy andel av LAR-pasientene har fått en akseptabel sosial situasjon. 77 prosent av pasientene hadde i 2016 egen leiet eller eiet bolig (Waal et al., 2017). En skulle derfor kunne anta at pasientgruppen ville være mer tilfreds med egen situasjon, men dette kommer ikke fram i materialet. Næss (2006) ser på om livskvalitet og lykke er det samme, og konkluderer med at det er det ikke. Samtidig hevder Næss at noen mennesker både er meget lykkelige og meget ulykkelige. Det vil si at følelsene rundt eget liv kan for noen mennesker variere veldig. En av informantene uttaler at det kan se ut som om pasientenes opplevelse av tilfredshet over egen livssituasjon varierer i takt med deres tilgang på penger. I Statusrapporten vises det til at flere pasienter bor i egen bolig, men det sies ikke noe om bokvaliteten (Waal et al., 2017). Informantene viser til at mange av pasientene bor i kommunale boliger i belastede områder med mye kriminalitet og rus. Mye gjenstår før målene beskrevet i Bolig for velferd, Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020) innfris. Der står det at alle skal bo godt og trygt. De som ikke klarer å skaffe seg bolig og bli boende, skal få den hjelpen de trenger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Informantene beskriver pasienter som uttrykker at livet er så tungt og vanskelig at de ønsker at livet skal ta slutt. En av fem eldre pasienter i langvarig LAR-behandling er vurdert å ha en alvorlig depresjon i løpet av de fire siste ukene. Fire prosent av denne pasientgruppen har hatt minimum et suicidforsøk det siste året (Waal, et al., 2015). Informantene peker på at det er vanskelig å møte pasientene på deres ønsker og behov med de virkemidlene de har til rådighet. De beskriver et språk mellom pasientenes uttalte ønsker og de tilbudene de får fra hjelpeapparatet. En informant forteller om en pasient som ønsker å flytte i egen bolig i et mindre belastet boligområde. Det pasienten får tilbud om hjelp til er i første omgang å rydde i økonomiske forhold rundt den boligen pasienten ønsker å flytte fra. En annen pasient som blir beskrevet i materialet ønsker å leie bolig på det private markedet, men NAV tilbyr plass i en lavterskelinstitusjon.

En informant beskriver arbeidet som gjøres i dagtilbudet som ”å jobbe med det som ikke skjer”. En annen informant sier at vedkommende ikke har mye håp om bedring av pasientenes livssituasjon. Informanten sier at målet er å i hvert fall ikke bidra til å forverre livssituasjonen. Dette står i sterk kontrast til betydningen av håp og håpefulle hjelpere som vektlegges av Biong og Herrestad (2011), Landheim et al. (2016), Sælør (2016) og Arvantidis og Olsen (2017). Biong og Soggiu (2015) viser at å jobbe for bedring av hverdagsliv og levekår er spesielt viktig. Kanskje man ved å ikke uttale håp for pasientene og jobbe for at ting ikke skal

skje og ha et skadereduserende fokus, er med på å forsterke håpløshetsfølelsen til pasientene.

Karlsson og Borg (2017) hevder at standardiserte manualer og prosedyrer for individuelle og personlige recoveryprosesser ikke kan eller skal implementeres, da de mener dette forsterker menneskets motstand mot å bli forandret utenfra og at slike endringer ofte ikke varer over tid. Det utfordrende og spennende med å arbeide med mennesker, er at det ikke finnes en fasit. Alle er unike individer med ulike historier og trenger forskjellig tilnærming uansett historie. Nyere forskning peker på faktorer som kan skape bevegelse og recovery; hjemmet, arbeid, aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljø, venner og familie (Karlsson & Borg, 2017). Recovery kan utvikles ved å se sammenhengen mellom pasienten, den sosiale konteksten, levekår, lokale muligheter, fagpersoner og de tjenestene som tilbys og utvikles (Karlsson & Borg, 2017).

5.6 Oppsummering av drøftingen

Studiens problemstilling handler om hvordan ansatte i et kommunalt LAR-tiltak opplever pasientenes håp om recovery og hvordan de ansatte kan jobbe håpefullt for å fremme håp hos pasientene. Litteratursøket viser at hva som kan inspirere håp avhenger av kontekst, er situasjonsbetinget og personavhengig. Det samme gjelder for recoveryprosesser som beskrives som personlige og individuelle. Håp blir beskrevet som et samarbeidsprosjekt mellom pasient og hjelper hvor gode relasjoner er avgjørende. Pasientenes håp beskrives av informantene som små, konkrete og praktisk rettede.

Det kan se ut som om dagtilbudet er en egnet arena for å jobbe relasjonelt. De fleste pasientene kommer daglig og oppholder seg der over tid. Arvantidis og Olsen (2017) hevder at relasjonsarbeid er det viktigste virkemiddelet en sosialarbeider har for å motivere pasienten sånn at pasientens håp kan tre fram, bidra til at pasienten setter seg mål og arbeide mot målet.

Når pasientenes mål oppleves viktige for dem og de har manglende tro på måloppnåelse, kan det utvikles en følelse av håpløshet som passiviserer pasientene. Manglende tro på måloppnåelse kan henge sammen med en følelse av liten påvirkningskraft over viktige faktorer som påvirker recoveryprosessen. Reell brukermedvirkning er viktig. Det kan oppnås ved å spørre hver enkelt pasient "Hva trenger du?" og ut i fra svaret tilrettelegge for et individuelt tilrettelagt hjelpetilbud.

Av materialet i denne studien kan man se at det jobbes i dagtilbudet med å legge til rette for

bedring for pasientene på mange livsområder. Informantene beskriver seg som koordinatorene, problemløsere og tilretteleggere. De sørger for praktisk hjelp, omsorg, næringsrike måltider og medisiner. Pasientene ledes videre i hjelpeapparatet. Informantene forteller om mangel på tilpasset hjelp og ROP-pasienter som ikke er velkomne innen psykisk helsevern. Det pekes på et uoversiktlig og komplekst tjenestetilbud. Informantene etterspør et helhetlig perspektiv i tjenestetilbudet for den enkelte pasient hvor de ulike tilbudene koordineres på tvers av etater og tjenestesteder.

Områder som relasjoner til venner og familie, økonomi, bolig, arbeid eller annen meningsfylt aktivitet og sosialt fellesskap utenfor rusmiljøet er viktig for recoveryprosesser. Av dette trekker informantene fram at det arbeides mye med økonomi og bolig. I materialet ser det ut til at det er fokus på relasjonsbygging mellom pasientene og de ansatte. Pasientenes relasjoner til familie, venner og sosialt nettverk beskrives i materialet som mangelfulle eller fraværende. Pasientene informantene omtaler er ikke i arbeid. Det kan ha sammenheng med utviklingen i pasientgruppen som viser eldre pasienter med store helsemessige utfordringer. Ut i fra materialet er det usikkert hvorvidt det fokuseres nok på pasientenes muligheter og ressurser. Materialet kan tyde på at ved å jobbe tett med pasientene over lang tid, preges flere av de ansatte av pasientenes håpløshetsfølelse, problemer og begrensninger. Informantene uttrykker ulik grad av håp for pasientene og fokus på ressurser og mestring var lite tilstede i intervjuene. Sælør, Ness, Borg og Biong (2015) hevder at hjelperens eget håp er viktig for å kunne formidle håp til, eller på vegne av, pasienten. Med et salutogent perspektiv tenker man at ved å ha et mestringsperspektiv får hjelperen lettere syn på pasientenes muligheter og ressurser. Arbeidet blir å forsøke og aktivere ressursene. ”Håp er viktig i recovery, har vi lært. Dette forutsetter også håpefulle fagpersoner, som ser muligheter og ressurser framfor problemer og begrensninger” (Biong & Borg, 2016, s. 27).

I materialet vises det til en aldrende pasientgruppe med funksjonssvikt og økt behov for hjelp og omsorg. Informantene forteller om pasienter som mangler grunnleggende ferdigheter for å kunne mestre sine liv. Dagtilbudet er åpent fire timer og beskrives som den tiden som representerer trygghet, stabilitet og normalitet i pasientenes liv. Noen av informantene stiller spørsmål ved om tiden tilbrakt i dagtilbudet er nok til å skape struktur og normalitet i pasientenes liv, eller om det kun er et pusterom før de skal tilbake til sine kaotiske liv. I følge informantene ønsker pasientene lengre åpningstid.

6 AVSLUTNING OG VEIEN VIDERE

Oppgavens tittel ”Å gjøre håp” er et resultat av en e-post fra Stian Biong (personlig kommunikasjon, 18. april 2018) hvor han svarer på en e-post fra meg med spørsmål om håpefull praksis. Han skriver at han og Herrestad ønsket å skrive en artikkel om hvordan praktikere forsto begrepet håp og hvordan praktikere ”gjorde” håp.

Det kommer tydelig fram i denne studien at de ansatte i dagtilbudet ”gjør håp”. Håpefull praksis i dagtilbudet, med mål om å skape bevegelse og håp i pasientene, dreier seg ofte om praktisk tilrettelegging og hjelp eller ved å være tilgjengelig og gjøre hyggelige ting sammen med pasientene. Informantene beskriver det som hjelp med små ting og trivialiteter, rydde i pasientenes kaos og hjelpe dem med å løse praktiske vansker i hverdagen. ”Håpefull praksis ser ut til å være knyttet til handlinger rettet mot å skape bevegelser” (Herrestad & Biong, 2011, s. 112).

Da jeg presenterte prosjektet, var det flere av mine kollegaer som undret seg over valg av tema. Deres umiddelbare reaksjon var at dette jobber vi ikke med. Underveis i prosjektet har flere fått en større bevissthet omkring betydningen av håpefull praksis, hvordan det allerede jobbes med dette og hvordan det kan utvikles. Mitt håp for dette prosjektet er at håpsfremmende arbeid kommer på dagsorden og forankres i arbeidet med pasienter i langvarig LAR-behandling.

Materialet som ligger til grunn for resultatene presentert i denne oppgaven, er basert på de ansattes stemmer. Pasientenes stemmer er ikke hørt. En naturlig og ønskelig fortsettelse av denne studien er å høre pasientenes stemmer. Hva sier de om eget håp? Hva mener de vil fremme deres recoveryprosess? Hvordan ønsker de å bli møtt av de ansatte? Recovery som personlig prosess, hvordan kan det kombineres med LAR-behandling og dens retningslinjer og krav? Hvordan kan man styrke pasientens stemme for på den måten å motvirke håpløshetsfølelse?

LITTERATURLISTE

Almvik A. & Borge, L. (Red.). (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Arvanitidis, M.M. & Olsen B.C.R. (2017). Håp og sosialt arbeid. *Fontene Forskning 2017 (1)*, 4-15.

Biong, S. (2015). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker. En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden*. SFPR-Forskningsrapport 15/2015. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*, (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). "Her tar de tingene i henda og gjør noe med det". Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 12(1)*, 50-60. Hentet fra: <https://www.idunn.no>

Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frankl, V. (2007). *Vilje til mening*. Oslo: Arneberg.

Frankl, V. (20. september 2007). *Search for meaning*. (Videoklipp). Hentet fra: https://youtu.be/fD1512_XJEw

Helsedirektoratet. (2010). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*. Oslo: Helsedirektoratet.

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

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

Herrestad, H. & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelse i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulans psykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2011* (2), 109 -119.

Herrestad, H., Biong, S., McCormack, B., Borg, M. & Karlsson, B. (2014). *A pragmatist approach to the hope discourse in health care research*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/nup.12053>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.) Oslo: Abstrakt.

Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. (H2312NB)

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i helse Vest (2015). *Eldres rusmiddelbruk. Alkohol og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR*. Utredning til Helse- og Omsorgsdepartementet juni 2015. Stavanger universitetssykehus.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A. S. (2002): Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309-318. Hentet fra: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/download/383/358>

Landheim, A. & Biong, S. (2016). Recovery sett fra brukerne, fagfolk og forskning. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*, (s. 13–16). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer – salutogenese i teori og praksis. I A. Almvik & L. Borge (Red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 87–103). Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.

Løgstrup, K. (1999): *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.

Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

MAR Oslo poliklinikk (2015). "Trodde ikke jeg skulle bli en dag over 27, nå er jeg 65". *Kartlegging av MAR Oslo poliklinikk sine pasienter med legemiddelassistert rehabilitering over 10 år*. Oslo: Velferdsetaten.

Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery. A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual diagnosis*, 7(3), 107-117. Hentet fra: <https://www.emeraldinsight.com>

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/01. Hentet fra: https://www.hioa.no/content/download/45540/675053/file/2749_1.pdf

Næss, S. (2006). Livskvalitet og lykke. Er livskvalitet og lykke det samme? Bruker norske samfunnsforskere de to ordene på samme måte? *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2006/43 (353-355). Hentet fra:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=246577&a=3

Rustøen, T. (2013): *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>

Skjervheim, H. (2001). Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim, H.: *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*. *Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slade, M. (2017). 100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. *NAPHA rapport nr. 2/2017* (2. utg.).

Sælør, K. T. (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. (Doktoravhandling) Universitetet i Bergen.

Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M. & Biong, S. (2015). You never know what's around the corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(3), 131-152. I K. T. Sælør (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. (Doktoravhandling) Universitetet i Bergen.

Sælør, K. T., Ness, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9). I K. T. Sælør (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. (Doktoravhandling) Universitetet i Bergen.

Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A. & Lillevold, P. H. (2015). *Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon?* Senter for rus- og avhengighetsforskning SERAF rapport 2/2015.

Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Skeie, I., Håseth, A. & Lillevold, P. H. (2017). *Statusrapport 2016. Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?* SERAF rapport 2/2017.

Waal, H. (2016). Rusmiddelproblemer og avhengighet er ingen livstidsdom. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl og S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 158-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: construct, clinical applications, and supports. *Family Process, 49 (1)*, 5-25. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01305.x>

Wyller, V. B. (2009). Barn og gamle. Biologi og medisin i et helhetsperspektiv. Bind VI. *Det friske og det syke mennesket*. Oslo: Cappelen Damm.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i studien "Håpefull praksis i [REDACTED]".

Jeg tar Masterstudie i Psykisk helse ved Høyskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med min avsluttende masteroppgave, er jeg i gang med en studie hvor jeg ser på betydningen av håp i bedringsarbeidet med pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse.

Bakgrunn og hensikt

Bakgrunnen for studien er at jeg gjennom egen klinisk erfaring ser at mange av pasientene preges av håpløshet og uttrykker at ingenting nytter. Ofte hører jeg uttalelser fra pasienter som "Det er ingen vits i å forsøke, jeg skal dø snart allikevel". Enkelte pasienter flørter med selvskadende atferd som gjentatte overdoser.

Spørsmål jeg vil se nærmere på er hvordan pasientenes håp kommer til uttrykk og om ansatte har håp på vegne av pasientene. Videre vil jeg se på hvordan organisering av arbeidet og rammebetingelsene påvirker mulighetene for å ha en håpefull praksis. Med begrepet håpefull praksis mener jeg å inspirere og tilrettelegge for å igangsette bevegelse i pasienten som kan skape håp om bedring.

Målsettingen med studien er å få mer kunnskap om betydningen av håp i arbeidet med pasientene på [REDACTED] og hvordan man kan tilrettelegge for en håpefull praksis.

Hva innebærer studien?

Jeg har foretatt litteratursøk for å få en bred forståelse av betydningen av håp i arbeid med ROP-pasienter. Ut i fra resultatene fra litteratursøket ønsker jeg å få spesifikk kunnskap om hvordan ansatte i [REDACTED] tenker om pasientenes håp og hva som hemmer og hva som fremmer å jobbe med pasientenes håp eller mangel på håp.

Jeg ønsker å intervju ansatte i [REDACTED] for å få forståelse for hvordan man tenker og jobber rundt disse spørsmålene. For at informantene skal ha god kjennskap til pasientene og feltet, er det ønskelig at informantene skal ha vært ansatt i [REDACTED] i minimum to år.

Intervjuet vil ta ca. en time og vil foregå etter individuell avtale.

Frivillig deltakelse.

Deltakelse i prosjektet er frivillig og du kan trekke deg fra deltakelse når som helst uten å måtte oppgi grunn.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du vedlagte samtykkeerklæring.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alt materiale jeg benytter i oppgaven vil være anonymisert og vil ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og veileder Aud Misund som vil ha tilgang til informasjonen. Masteroppgaven er tenkt avsluttet i juni 2017, og da vil personopplysninger slettes.

Jeg ønsker å benytte lydopptaker under intervjuet for å sikre en nøyaktig gjengivelse. Dette er viktig for å være sikker på at det er dine erfaringer, tanker og meninger som kommer fram i materialet og at det ikke blir farget av min forforståelse. Jeg håper det er i orden for deg. Opptakene vil bli slettet når intervjuene er nedskrevet og anonymisert.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Hvis du lurer på noe kan du kontakte meg på telefon [REDACTED] eller på mail: janne.nygaard.telle@vel.oslo.kommune.no

Prosjektleder og veileders kontaktinformasjon: aud.misund@hioa.no

Med vennlig hilsen

Janne Nygaard Telle

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien "Håpefull praksis i [REDACTED] [REDACTED]"

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien.

Jeg gir herved informert samtykke om å delta i studien.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn.

Dato og signatur

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE:

1. Hva legger du i begrepene håp og håpefull praksis?
2. Hvor lenge har du vært ansatt i [REDACTED]?
3. Hva legger du i begrepene håp og håpefull praksis?
4. Kan du gi et eksempel som beskriver hvordan pasienter kan uttrykke håp om å oppnå bedring?
5. Vil du si at du har håp om at pasientene kan bedre sin livskvalitet?
 - På hvilken måte?/Hvorfor ikke?
 - Mener du at du kan yte pasientene nødvendig hjelp for at pasientene skal kunne oppleve en bedring av livskvalitet?
 - Hender det at du opplever deg hjelpeløs og ikke kan yte nødvendig hjelp til pasienten? Beskriv en slik situasjon.
6. På hvilken måte klarer du å beholde eller utvikle ditt eget håp for pasienten? (Gi eksempler)
7. På hvilken måte snakker du med/jobber du med dine primærpasienter om deres håp for framtiden?

Det er fint om du kan gi et eksempel som illustrerer hvordan du jobber med pasientenes/brukernes håp for framtiden.
8. Hvordan synes du fokuset er på betydningen av relasjoner og jobbing for å styrke disse i [REDACTED]?
 - Hvordan vil du beskrive relasjonen du har til dine primærpasienter?
 - Opplever du det som lett eller vanskelig å bygge gode relasjoner med pasientene?
 - Føler du deg trygg på egne ferdigheter til å bygge gode relasjoner?
 - Har du de nødvendige ferdighetene og verktøyene til dette arbeidet?
9. Hvordan påvirker organiseringen av tjenestestedet og rammebetingelsene mulighetene for å ha en håpefull praksis?

Hva hemmer og hva fremmer?
Eks:

 - tilgjengelighet/åpningstider
 - tid/arbeidsoppgaver
 - saksgang/prosedyrer
 - koordinering og samarbeid med andre instanser/tjenester
 - hvor nært pasienten tas avgjørelsene/brukermedvirkning
 - ulike verktøy som KOR, DIP, tiltaksplan, resultatmåling
 - kontroll/medikasjon
 - andre forhold som ikke er nevnt i punktene over

10. Kan du huske en gang hvor du opplevde at en håpefull praksis ble fremmet/hemmet?
Hva skjedde (etterspør eksempel)?

11. Hvordan tenker du at vi kan bidra til bevegelse mot positive endringsprosesser for den enkelte pasient?
Gi gjerne ett eller flere eksempler som illustrerer hvordan du tenker?

12. Har du forslag til endringer i arbeidssituasjonen og de strukturelle rammebetingelsene som kan gjøre det lettere å ha en mer håpefull praksis?

13. Hva mener du om å ansette erfaringskonsulent?

Vedlegg 4

Illustrasjon av analyseprosessen

Her vil jeg illustrere hvordan jeg gikk fram da jeg analyserte materialet.

Jeg har tatt et utsnitt fra hvert intervju, og viser hvordan jeg jobbet med disse gjennom de fire trinnene i den systematiske tekstkondenseringen. Da dette er fire korte utsnitt, er det kun ment som et eksempel for å vise framgangsmåten. De fullstendige resultatene av hele analyseprosessen legger jeg fram i kapittel 4 Resultater.

Tekstutsnitt:

Informant 1:

Det som jeg beskriver som håp er jo på en måte *små sånne lysglimt*. Det er jo ikke noe håp som er drivkraft i handling. (...) At kanskje det kunne være en *knagg å holde seg fast i*. (...) Jeg tror det er å i utgangspunktet ha *respekt for pasientene og høre hva de tenker seg* i livet sitt framover. Det kan godt være *at noen av de ikke tør å si noe om håpet sitt* heller, at det liksom høres så *urealistisk og hvordan skal jeg komme dit?* Se på meg, her sitter jeg. Respekt for det stedet de er også. Så kanskje håp er et *bittelite håp* da. Det trenger ikke være et revolusjonerende som et nytt liv, nødvendigvis. Kanskje det er et bittelite håp om at jeg kan klare meg denne uka uten å ta de og de tablettene(...)

Informant 2:

Noen ønsker jo det store *hovedmålet som det er å bli rusfri*. Noen har det som et stort, men det er et veldig stort overordna mål. Vi må prøve å hjelpe dem å se på det og *stykke det opp* sånn at dem på en måte *klarer å se at dem når sine ting*. Det kan være sånne ting som at dem *ønsker å mestre hverdagen, ønsker bedre boforhold, ønsker gode relasjoner med familie, kontakt med barn, dem ønsker et bedre liv* (...) Hvis pasienten skal se det som en sånn *stor boble*, så blir det *for stort og for kaotisk* å klare og sette opp regnestykket sjøl. Sånn at dem *trenger den erfaringa å lære* at sånn er det man gjør det. Altså for vi klarer heller ikke den store bobla i vårt liv. Da blir det for kaotisk når vi føler vi har for mange oppgaver sjøl, og blir stressa. Og hvordan blir det ikke for dem som sliter med mange andre ting. Da er det

viktig å vise hvordan man tenker eller hvordan man kan *dele opp sånn at man tar å angriper små mål for å gå videre (...)* Jeg tror *alle mennesker har en tro og et håp, ellers hadde vi ikke orket*. Og spesielt med denne gruppa her er det viktig at vi *ikke fratar dem det håpet*. At ikke ting blir sabla ned. At man *ser deres håp uansett (...)* Så jeg tenker det at *alle pasientene har et håp*, men det går tilbake til den *tilliten*. *Tør de å åpne seg for deg?*

Informant 3:

Jeg tenker jo at *håp er jo en tro på at noe kan bli bedre og drømmer og det å ønske seg noe* eller hvis man har det bra at dette skal fortsette å vare og hvis jeg får det vanskelig vil det gå over og liksom *positive tanker om fremtiden (...)* Jeg tenker at *måten vi jobber på og hvordan vi snakker til folk og hvordan vi engasjerer oss i det som er vanskelig for de, det sier noe om min praksis i forhold til håp*. Og jeg prøver jo å *engasjere meg i det som engasjerer pasienten*, uavhengig av om jeg synes det virker smart eller ikke. Men min erfaring er at de har veldig *adekvate ønsker* for livet sitt, og *ønsker er praktisk rettet (...)* Jeg ser at *når det er orden i boforhold og økonomi og sånne ting, så opplever de mye mindre skam og så får de energi til å engasjere i andre ting i livet (...)* Jeg prøver å *ta tak i det minste lysglimt og hale de opp igjen*.

Informant 4:

Håp tenker jeg er noe, er *positiv kraft*. At det er noe man *drømmer om eller ønsker seg eller tenker seg at er mulig (...)* Og *håpefull praksis, da tenker jeg jo hvordan helsepersonell kan bære fram håp for andre, eller hvordan de kan forsøke å finne pasientenes håp*, eller rede ut om håpene deres, de *reelle håpene*. Som *ikke trenger å være sånne store, store saker*, kanskje jeg tenker det kan være alt mulig. *All positiv kraft i livet (...)* Så jeg tror på det å *stabilisere deres hverdag*, og kunne hjelpe de (...) Og det å ha *troen på at det er en framtid* der som har det minste *lysglimt*. Å kunne *rydde opp* liksom i såpass mye gammelt grums, eller kanskje ikke rydde opp, men i alle fall *dekke over for å gå videre*.

<p>Trinn 1 Intervjuene gjennomleses flere ganger. Får et helhetsbilde av materialet.</p>	<p>Ting som trer fram, mulige foreløpige tema: Små lysglimt. Knagg å holde seg fast i. Respekt for pasientene. Høre hva de tenker seg. Ikke tørre å fortelle om håp. Urealistisk-hvordan skal jeg komme dit? Bittelite håp. Rusfri-stort hovedmål. Stykke opp for å se bevegelse. De ønsker kanskje å mestre hverdagen, bedre boforhold, god relasjon med familie, kontakt med barn, et bedre liv. Stor boble. Stort og kaotisk. Trenger erfaringen å lære. Dele opp</p>
---	--

<p>Prøver å legge bort forforståelse.</p> <p>Ikke systematisere materialet.</p> <p>Oppsummere inntrykk. Hvilke foreløpige tema kan skimtes?</p>	<p>stort i smått. Alle mennesker har en tro og et håp ellers hadde vi ikke orket. Ikke frata dem håpet. Se deres håp. Alle pasienter har et håp. Tillit, tør de å åpne seg. Håp er små og jordnære, praktisk rettet, positiv kraft, drømmer eller ønsker. Tro på at noe kan bli bedre. Se deres håp uansett stort eller lite. Måten vi jobber på, snakker til, engasjerer oss sier noe om praksis i.f.t håp. Engasjere seg i det som engasjerer pasienten. Adekvate ønsker. Praktisk rettet. Orden i boforhold og økonomi, opplever mindre skam, får energi til andre ting. Ta tak i det minste lysglimt og hale opp. Positiv kraft. Drømmer, ønsker, tro på er mulig. Håpefull praksis – hvordan bære fram håp for andre, hvordan finne håp. Reelle håp – kanskje ikke store. All positiv kraft i livet. Stabilisere hverdagen. Ha tro på framtiden. Lysglimt. Rydde opp. Dekke over for å gå videre.</p> <p>Mulige foreløpige tema: 1)Alle har håp 2)Små og praktiske håp 3)Urealistiske håp 4)Stykke opp 5)Tillit 6)Ryddet opp 7)Knagg 8)Lysglimt</p>
<p>Trinn 2</p> <p>Systematisk gjennomgang av materialet. Identifiserer menings-bærende enheter i kodegrupper.</p>	<p>I tekstutsnittene settes de meningsbærende enhetene i kursiv. Som det går fram av tekstutsnittene er det en lang rekke meningsbærende enheter som sorteres under mange mulige tema.</p> <p>I den fullstendige analysen sorterte jeg enhetene ved hjelp av fargekoder slik at enheter med samme farge tilhører samme gruppe.</p>
<p>Trinn 3</p> <p>Kunnskap fra trinn 2 abstraheres ved å identifisere og kode meningsbærende enheter i subgrupper.</p> <p>Konstruerer kondensat av meningsbærende enheter til hver subgruppe. Kondensatene utformes i 1. person, jeg-form.</p>	<p>Kodegruppe: Vi har alle et håp ellers hadde vi ikke orket.</p> <p>Subgrupper:</p> <p>1. Små lysglimt. Små lysglimt. Positiv kraft. En knagg å holde seg fast i. Noe man drømmer om eller ønsker seg eller tenker seg at er mulig. Alle mennesker har en tro og et håp, ellers hadde vi ikke orket. Adekvate ønsker for livet sitt. Praktisk rettet. Ikke revolusjonerende som nytt liv, men et bittelite håp om at jeg kan klare meg denne uke uten å ta de og de tablettene. Se deres håp uansett. Engasjere meg i det som engasjerer pasienten. Ta tak i det minste lysglimt og hale de opp.</p> <p>2. En stor boble. Stort hovedmål å bli rusfri. For stort og for kaotisk. Stykke opp i mindre mål. Se bevegelse. Realistisk?</p> <p>Det konstrueres kondenserte sitater eller kunstig sitat for hver subgruppe som skal ta opp i seg de meningsbærende enhetene fra informantene.</p> <p>Et slikt kunstig sitat fra subgruppen ”Små lysglimt” kan være: Håp tenker jeg er noe, en positiv kraft. Det jeg beskriver som håp er små lysglimt. Det kan være en knagg å holde seg fast i. At det er noe man drømmer om eller ønsker seg eller tenker seg at er mulig. Jeg tror alle mennesker har en tro og et håp, ellers hadde vi ikke orket.</p>

	<p>Min erfaring er at pasientene ofte har veldig adekvate ønsker for livet sitt, og ønsker er praktisk rettet. Det trenger ikke være revolusjonerende som et nytt liv, kanskje det er et bittelite håp om at jeg kan klare meg denne uke uten å ta de og de tablettene. Jeg må se deres håp uansett og engasjere meg i det som engasjerer pasienten. Jeg må ta tak i det minste lysglimt og hale de opp igjen.</p>
<p>Trinn 4 Kondensatene re-kontekstualiseres i tredjepersons form. Analytisk tekst lages for hver sub-gruppe med kondensatene fra trinn 3 som grunnlag.</p>	<p>Den analytiske teksten utgjør kapittel 4 Resultater. Der går jeg gjennom mine endelige tema og subgrupper.</p> <p>Jeg hadde i utgangspunktet ca 70 sider transkribert materiale som jeg har organisert, fortolket og sammenfattet som vist i trinn 1, 2 og 3 i denne tabellen. Resultatet av analyseprosessen presenterer jeg i analytisk tekst i tredjepersons form i kapittel 4 Resultater.</p>

Vedlegg 5



Aud Misund

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus

Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO

Vår dato: 02.01.2017

Vår ref: 51337 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51337

Håpefull praksis i [REDACTED]

Behandlingsansvarlig

Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Aud Misund

Student

Janne Nygaard Telle

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



Ifølge meldeskjema informeres utvalget skriftlig og/eller muntlig om hva deltakelse i studien innebærer. Personvernombudet finner at det gis tilfredsstillende informasjon til utvalget.

Personvernombudet har lagt til grunn for vår vurdering at det ikke behandles sensitive eller taushetsbelagte opplysninger eller opplysninger om enkeltpasienter i forbindelse med studien. Vi legger videre til grunn at data sikres i tråd med Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for datasikkerhet.

Ved prosjektslutt anonymiseres data ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Eventuelle lyd-/bildeopptak slettes.