

Denne filen er hentet fra **Lovisenberg diakonale høgskoles** institusjonelle arkiv
[LDH Brage](#).

En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid

Camilla Christine Holm
VID Vitenskapelige Høgskole

Simen Alexander Steindal
Lovisenberg diakonale høgskole

Berit Foss
Høgskolen i Oslo og Akershus

Alfhild Dihle
Høgskolen i Oslo og Akershus

Ved henvisning til [publikasjonen](#), bruk fullstendig referanse:

Holm, C. C., Steindal, S. A., Foss, B. & Dihle, A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1). <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03>

Rettigheter:

Tidsskrift for psykisk helsearbeid tillater arkivering i institusjonelle arkiv. [Les mer her](#).

Vitenskapelig artikkel – til fagfellevurdering

En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid

Camilla Christine Holm, RN, MSN
Høgskolelektor og spesialsykepleier i psykiatri
VID Vitenskapelige Høgskole,
Fakultet for sykepleie og helse,
Pb 185 Vinderen, 0319 Oslo

Simen Alexander Steindal, RN, PhD
Førsteamanuensis,
Lovisenberg diakonale høgskole
Lovisenberggata 15B, 0456 Oslo

Berit Foss, RN, PhD
Førsteamanuensis
Høgskolen i Oslo og Akershus
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Stuedsted Pilestredet
Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Alfhild Dihle, RN, PhD
Førsteamanuensis
Høgskolen i Oslo og Akershus
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Stuedsted Kjeller
Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Antall ord/tegn: 4888 Antall tabeller: 1

Kontaktperson:

Camilla Christine Holm

Email: camilla.christine.holm@vid.no

Tlf: +47 915 38 308

SAMMENDRAG

Håp anses som en viktig faktor for personlig recovery innen psykisk helsearbeid, men det er ikke enighet om hva dette betyr i praksis eller hva håp innebærer. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell innen psykisk helsearbeid erfarte og forsto uttrykk av håp hos brukere i kommunehelsetjenesten. Et deskriptivt og eksplorerende kvalitativt design med bruk av flersteps fokusgruppeintervjuer ble benyttet. Fem helsearbeidere ble intervjuet to ganger. Systematisk tekstkondensering ble anvendt i analysen. Tre temaer ble identifisert: håp knyttes til menneskets eksistens; å fremme verdier og ansvarliggjøre; og å være brukerens følgesvenn. Vi diskuterer innholdet i ulike uttrykk av håp, og diskuterer disse i relasjon til andre fenomener, og hvilke komponenter som fremmer håp eller bidrar til håpløshet.

Nøkkelord: håp, psykisk helsearbeid, fokusgrupper, recovery

ABSTRACT

An Empirical Inquiry of the Phenomenon of Hope in Recovery Oriented Mental Health Care.

Hope is considered an important factor within the field of mental health care. However, there is disagreement in what this means in general, and what this means in clinical practice or what hope consists of. The study aimed to gain knowledge about how mental healthcare professionals in community healthcare experienced and expressed hope using a descriptive and explorative design with multistage focus group interviews. Five healthcare professionals were interviewed twice and systematic text analysis used. Three themes emerged: Hope is related to human existence; to enhance values and responsibility; and to be the user's companion. We discuss the contents of different expressions of hope, and discuss hope expressions in relation to other phenomena and which components that enhance hope or contribute to hopelessness.

Keywords: Hope, mental healthcare, focus group interview, recovery

Bakgrunn

Håp anses som en sentral verdi for personlig recovery innen psykisk helsearbeid (Sælør, Ness, Borg & Biong, 2015), men det er ikke enighet om hva håp betyr for menneskets helse eller hva begrepet innebærer (Schrank, Stanghellini & Slade, 2008). Håp kan forstås som en drivkraft til å handle, hvor aktiviteten stimulerer til overvinnelse av «noe». I håpets natur ligger det muligheter til å overleve en total ødeleggelse (Marcel, 2010). Schrank et al. (2008) definerer håp som en fremtidsorientert forventning til å nå personlige mål, relasjoner eller åndelighet, hvor oppnåelsen vil gi mening, er subjektiv og betraktes som mulig eller realistisk og avhenger av personlig aktivitet, personlighet eller eksterne faktorer. Helsepersonell spiller en viktig rolle for å fremme og opprettholde håp hos pasienter (Tutton, Seers & Langstaff, 2009). Videre trenger pasienter hjelp til å gjenkjenne håp og omfavne håp som en kilde til å oppleve bedring (Cutcliffe, 2004).

I denne studien vektlegges psykisk helsearbeid som en relasjonsbyggende virksomhet rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og annen form for lidelse. Et sentralt aspekt er recovery, som representerer den individuelle prosessen som ligger i bedring. Brukeren utvikler en tilfredsstillende måte å leve på, til tross for de utfordringene den psykiske lidelsen medfører for vedkommende. Dette innebærer at brukeren selv opplever bedring som konsekvens av komplekse samspill i relasjon til andre og i møte med omgivelsene (Hummelvoll, 2012). Omsorg representerer en kjerneverdi i recoveryprosessen, og er vesentlig for å finne brukernes helseressurser for å møte fremtidens utfordringer (Rydenlund, 2011). Innenfor teorien om salutogenese defineres helse som et kontinuum mellom en helsepol og en uhelsepol. Helsepersonell retter oppmerksomheten mot det dynamiske samspillet mellom ressursene brukerne har til rådighet for å møte sine helseutfordringer, og stressfaktorene brukerne møter. Slik kan helsepersonell tilrettelegge for at brukerne kan bevege seg mot høyest mulig grad av helse, og bidra til å opprettholde positive helsemønstre hvor mestring av hverdagen og egne psykiske utfordringer står sentralt (Borge, 2014). Antonovsky (2012) utviklet i den salutogene modellen grunnleggende beskrivelser av hvordan mestring og helse kan fremmes, via hovedbegrepet "Sense of Coherence" (SOC). Graden av mestring og helse avhenger av hvordan den enkelte opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse tre begrepene utgjør SOC. Det betyr å være involvert i egne helsefremmende aktiviteter, og at disse oppleves meningsfulle, samtidig som deler av livet oppleves forståelige og at egne ressurser benyttes til å håndtere utfordringer som dukker opp (Borge, 2014). Recovery kan ses i sammenheng med Antonovskys helsebegrep. I likhet med recovery handler salutogenese om å finne de interne og eksterne ressurser som kan bidra til å fremme helse (Antonovsky, 2012).

Vi betrakter håp som et menneskelig ressursområde, og denne studien bygger på en antagelse om at det er en sammenheng mellom håp og helse i en recoveryprosess.

Flere studier viser til betydningen av håp i recoveryprosessen. Sælør et al. (2015) utforsket hvordan helsepersonell innen psykisk helse- og rustjenester næret og inspirerte til håp hos brukere. Helsepersonell erfarte at å fremme håp var en samarbeidsprosess mellom helsepersonell og bruker. En forutsetning for å kunne håpe på vegne av andre var å være bevisst eget håp og hva som bidro til opprettholdelse av eget håp. En litteraturgjennomgang indikerte at fenomenet håp var like viktig for brukere med psykisk lidelse og rusavhengighet som for andre mennesker, men studien presenterte få beskrivelser av håp eller håpsinspirerende handlinger hos brukerne. Funnene tydet på at helsepersonell er bevisst håpsinspirerende praksis, og ser kompleksiteten i fenomenet som noe pragmatisk og realistisk (Sælør, Ness, Holgersen & Davidson, 2014). Ifølge Bird et al. (2014) er det vesentlig å vektlegge fokus på håp tidlig i recoveryprosessen, da håp anses som en drivkraft mot mål og retning. McKenna, Furness, Dhital & Ireland (2014) gjennomførte fokusgruppeintervjuer med sykepleiere innen psykisk helsearbeid og undersøkte hvilke recoveryorienterte komponenter de tilbød til eldre pasienter innen akutt psykiatri. Sykepleierne fremmet håp ved å bruke tid sammen med pasientene på deres vei til bedring, og ved å formidle håp på pasientenes vegne. Herrestad & Biong (2011) undersøkte hvordan ansatte i ambulante akuttpsykiatriske team beskrev praksis rettet mot å styrke håp, og hvordan denne praksisen kunne forstås. De ansatte beskrev betydningen av å komme i posisjon for å sette pasienten i bevegelse. Å sette pasienten i bevegelse handlet om å bidra til at pasientene kunne få en forståelse av sin situasjon, samtidig som de ansatte fokuserte på hva som fremmer håp. En systematisk litteraturgjennomgang undersøkte håpsrettet praksis knyttet til ulike psykiske lidelser. Håpsrettet praksis ble fremmet ved at helsepersonell hadde fokus på realistiske målsettinger, motiverende handlinger og aktiviteter som gir håp. Det ble understreket at håpsrettede strategier måtte være tilpasset den enkelte pasients behov (Koehn & Cutcliffe, 2007).

Koehn & Cutcliffe (2007) og Herrestad & Biong (2011) påpeker at det er begrenset med forskning knyttet til helsepersonells erfaringer av håp innen psykisk helsearbeid. Til tross for at håp er vesentlig for at brukerne skal oppleve bedring, har vi ikke funnet studier som har utforsket helsepersonells erfaringer med håp innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Studiens hensikt var derfor å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer og forstår brukeres uttrykk for håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Studiens forskningsspørsmål var:

Hvordan erfarer og forstår helsepersonell håp i møte med brukere med psykiske lidelser?
Hva innebærer det for helsepersonell "å være bærer av håp" eller nære håp hos brukere med psykiske lidelser?

Metode

Studien har et deskriptivt og eksplorativt design med flerstegs fokusgruppeintervjuer. Designet gjør det mulig å beskrive fenomenet håp slik det erfares av deltakerne og gir muligheter for utvidet forståelse gjennom ulike tolkningsnivåer og teoretisk diskusjon. Dette kan åpne opp for nye beskrivelser eller sider ved fenomenet (Malterud, 2017) som er lite utforsket. Flerstegs fokusgruppeintervju generer data ved at deltakerne reflekterer over egne erfaringer sammen og har mulighet til å reflektere over betydningen av håp mellom gruppemøtene (Malterud, 2012). Dette kan bidra til å generere rikere data enn ved individuelle dybdeintervju.

Utvalg

Deltakerne ble rekruttert fra psykisk helsetjeneste i en kommune på Østlandet. Et strategisk utvalg ble benyttet. Det var ønskelig å intervju helsepersonell som har erfaringer med håp hos brukere innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Det var viktig at deltakerne kunne uttrykke seg godt på norsk for å få frem ulike nyanser innenfor tematikken.

Enhetsleder rekrutterte deltakerne, og seks personer var villige til å delta i studien. Potensielle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og ga skriftlig informert samtykke til deltakelse før intervjuene. I tråd med Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble informantene informert om at det var frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn og uten at det ville få noen konsekvenser for dem. En informant trakk seg på grunn av sykdom. Det endelige utvalget ble fem kvinner og bestod av tre sykepleiere, en vernepleier og en hjelpepleier. Kvinnene var mellom 35 og 60 år (gjennomsnittsalder 52 år). Samtlige hadde videreutdanning innen psykiatri eller psykisk helsearbeid. Deltakerne hadde fra 3 til 30 års erfaring fra fagfeltet psykisk helsearbeid eller psykiatri.

Intervjuguide

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med 6 spørsmål som ble brukt ved begge intervjuene. Intervjuguiden inneholdt spørsmål som: Hvordan forstår dere begrepet håp? Kan dere si noe om forbindelsen mellom håp og bedring i psykisk helsearbeid? Hvordan kan

håpløshet oppleves? Hva kan medvirke til håpløshet? Hva kan hindre en hjelper i å være «bærer av håpet»?

Datainnsamling

Fokusgruppene møttes to ganger våren 2013. Det gikk fire uker mellom gruppemøtene for å åpne opp for mulighet til individuell refleksjon mellom møtene. Deltakerne satt rundt et konferansebord på et møterom ved informantenes arbeidsplass. Førsteforfatter var moderator, mens en assisterende moderator gjorde feltnotater. Før det siste intervjuet, la førsteforfatter frem en kort oppsummering av hovedaspektene fra den første samtalen. Dette bidro til at informantene raskt kom inn i temaet, og kunne utdype temaene ytterligere. Hvert fokusgruppeintervju varte i to timer, med en fem minutters pause midt i. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ord for ord av førsteforfatter. Data ble oppbevart og behandlet i tråd med gjeldende retningslinjer fra NSD.

Refleksivitet

Før gjennomføring av studien var førsteforfatters inntrykk at håp var av vesentlig betydning for å kunne oppleve bedring av en psykisk lidelse, men at det blant helsepersonell innen psykisk helsearbeid var lite fokus på hva håp konkret omhandlet for den enkelte pasient. Videre inntrykk var at helsepersonell kviet seg for å snakke om eksistensielle temaer generelt, fordi det ble opplevd som noe u håndgripelig og diffust. Gjennom utvikling av intervjuguide, datasamling og dataanalyse reflekterte førsteforfatter over egen forforståelse slik at den ikke skulle være styrende for datasamling og analyse. Oppklarende spørsmål ble stilt underveis og i etterkant av intervjuene for å validere tolkningen av informantenes utsagn. I etterkant av intervjuene ble tolkningene drøftet med assisterende moderator. Reliabiliteten ble ivaretatt ved at intervjuguiden ble diskutert med en professor innen psykisk helsearbeid, samt to fagpersoner med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Første og andre datasamling ble utført av samme moderator.

Analyse

Det ble anvendt systematisk tekstkondensering etter prinsippene til Malterud (2017). Metoden er egnet for deskriptiv og eksplorativ analyse og for å kunne utvikle nye beskrivelser av et fenomen så tekstnært som mulig. Dataanalysen foregikk i en prosess bestående av fire trinn. I første trinn leste førsteforfatter gjennom teksten tre ganger og noterte fortløpende i margin hva teksten omhandlet for å få et helhetsinntrykk av tekstmaterialet. Deretter ble det laget en liste over hovedinntrykk og hvilke temaer som kunne skimtes i materialet ut fra

forskningsspørsmålene. Teksten ble ytterligere inndelt ved å samle tekst med fellestrekk, som resulterte i en inndeling i fire foreløpige tema; håp som noe ved menneskets eksistens, opplevelse av mening, håpets betydning i tid og rom og det å være bærer av håp. I andre trinn ble meningsbærende enheter for de fire foreløpige temaene identifisert. Hvert av temaene representerte foreløpige ideer om ulike sider ved forskningsspørsmålene. I tredje trinn ble de meningsbærende enhetene merket med ulike farger og systematisert, det vil si kodet ved at tekst som hadde noe tilfelles ble samlet. I fjerde trinn ble innholdet i kodene diskutert med andre- og fjerdeforfatter. Sammen diskuterte vi innholdet i kodene, noe som dannet grunnlag for inndelingen i temaene. I tabell 1 vises analyseprosessen ved et eksempel.

Funn

Dataanalysen resulterte i tre temaer: håp knyttes til menneskets eksistens; å fremme verdier og ansvarliggjøre; og å være brukerens følgesvenn.

Håp knyttes til menneskets eksistens

Deltakerne erfarte at håp hadde en viktig funksjon som bærebjelke for brukerne når de opplevde livet vanskelig. Håp ble bærebjelken som brukerne holdt fast i for å klare å leve med det som var vanskelig i livet. Noen deltakere assosierte håp med det å leve og som en positiv drivkraft som var nedfelt i menneskets natur. Denne positive drivkraften kunne bidra til å opprettholde brukernes liv. En deltaker sa: *”I alle fall er håp knyttet til det å leve.”* Andre deltakere forstod håp som noe fremtidsrettet. Det at brukerne hadde noe å se frem til, som en konkret avtale eller meningsfylt aktivitet, ble beskrevet som viktig når hverdagen ble opplevd som vanskelig.

Deltakerne beskrev håp som noe lyst og lett som kunne være en motvekt til det mørke og triste forbundet med håpløshet. Deltakerne forstod håp som en iboende kraft i mennesket som kunne variere i intensitet og tid og som ikke ble borte hos brukerne selv når livet deres var tungt og vanskelig. En deltaker fortalte:

“Men jeg tror ikke at det går an for et menneske å bare være preget av håpsløshetskraftene. Jeg tror ikke de er de eneste kraftene i et menneske. Det er nedfelt håpsdimensjoner i mennesket. Jeg tror det finnes i mennesket et sted, for de der kaoskraftene som håpløshet er, de har motkrefter.”

En annen fortsatte:

”Og med den holdningen så gir det vel et håp og i møte den som er suicidal, som på en måte, det går jo an å velge døden og det destruktive, men det å vite at det er et eller annet sted vi kan lete. Det gir oss håp.” Deltakerne erfarte at håp og håpløshet kunne eksistere samtidig, og at det i et hvert menneske er håp så lenge det er liv».

Å fremme verdier og ansvarliggjøre

Deltakerne erfarte at det å hjelpe brukerne med å finne mening i tilværelsen var viktig for å nære håp. Det kunne handle om å motivere den enkelte til å engasjere seg i aktiviteter som opplevdes som meningsfulle. En deltaker sa: *”Håp er knytta til mening som en verdiforankring, som på en måte er «driven» for å skape bevegelse.”* Videre sa en annen: *”Jeg mener håp har med mestring av hverdagen å gjøre. At du er engasjert i noe. Melder deg på noe. At du har noe å se frem til som gir mening og som løfter deg litt.*

Deltakerne var opptatt av å hjelpe brukerne til å skape en opplevelse av seg selv som aktør i eget liv for å sette seg nye mål for fremtiden. Det kunne dreie seg om konkrete hverdagslige mål for dagen i dag, eller langsiktige overordnede mål frem i tid. Det viktige var å få tak i noe som kunne stimulere den enkelte til ønske om endring: En sa: *”Det å lage dagsplaner. At de har en plan med dagen i dag.”* Videre fortsatte en deltaker: *”Eller at de vil melde seg på et eller annet.”* Videre sa en: *”Eller at de har et mål for livet sitt, kanskje få seg jobb eller utdanning, eller familie.”* Som respons på dette svarte en annen deltaker: *”Jeg tenker det handler om en holdningsendring.”*

Deltakerne erfarte at det å være tilstede sammen med brukerne i en fortvilet situasjon, kunne bidra til en erkjennelse hos brukerne om at de ikke ønsket å stå i en lignende situasjon igjen. Deltakerne vektla at egen evne til å tåle å stå i disse situasjonene var krevende, men viktig for at brukeren skulle kunne oppleve håp og mulighet for bedring på sikt. I tillegg handlet det om tro på at brukerne kunne få det bedre når de hadde det som vanskeligst, og om å ansvarliggjøre den enkelte slik at de gradvis tok ansvar for eget liv. Eksempel på ansvarliggjøring var at deltakerne stimulerte brukerne til å erkjenne muligheter for å kunne ta egne valg og se nye perspektiver for fremtiden. Evnen til å være aktiv og ansvarlig i recoveryprosessen og å kunne se en vei videre med nye muligheter ble understreket. Det handlet om å gå fra å være et offer for omstendighetene til å ta mer ansvar for egen recoveryprosess: *”Man må ta ansvar for seg selv i bedringsprosessen. Ansvar for eget liv.”* Videre fortsatte en: *”Også må man se på seg selv som aktør og ikke et offer. Og erkjenne at man ikke er som man skulle ønske. Man har begrensninger og man har muligheter.”* En

annen deltaker responderte: *”Ja. Det at man klarer å skifte perspektiv fra at alle har skyld i at jeg har det sånn og sånn, til at jeg kan ta tak i livet mitt. Det tenker jeg det er i håp i.”*

Å være brukerens følgesvenn

Deltakerne fremhevet sitt ansvar for å bygge opp et tillitsforhold til brukerne og tilrettelegge for opplevelse av trygghet i relasjonen. Dette ble omtalt som alliansebygging. Deltakerne etterstrebet rett balanse mellom nærhet og avstand i relasjonen, noe som handlet om å følge brukerne i deres tempo på vei til bedring. Dette forutsatte forståelse for hvilke ressurser brukerne har. Deltakerne erfarte at dersom de ikke tok hensyn til brukernes ressurser og ikke vandret med, kunne brukerne oppleve håpløshet og relasjonen mellom dem kunne bryte. Deltakerne etterstrebet en bevissthet rundt hvordan de kunne forebygge håpløshet i relasjonen. En genuin tro på at de kunne hjelpe, og at det ville gå bra for brukeren, var avgjørende for å kunne bære håp. Deltakerne trakk frem bestemte egenskaper hos seg selv, som måtte ligge til grunn i relasjonsarbeidet. En deltaker fortalte: *”Vi har ofte støttesamtaler. Det å være en medvandrer eller en person som lytter og forstår, og være der og si så fint at du kan dele dette med meg.”* En deltaker fortsatte: *”Ja. Være en som bærer, lytter og tåler det som sies. Det kan være første skritt på veien.”*

En lyttende og støttende holdning ble trukket frem som vesentlig for å skape trygghet i relasjonen til brukerne. Det var delte meninger om hvorvidt håp kunne vokse frem av å bli lyttet til og vist forståelse for: En fortalte: *”Vi må lytte oss inn til der ståstedet ditt er. Det er håp i det.”* En annen fortsatte: *”Håpet er jo knytta til mer enn å lytte og forstå. Jeg mener at det skal mye mer til for å få håp. Hadde vi klart å få tak i den motoren der inne som de har glemt at de har fordi de er neddyngnet i skuffelser og krenkelseser. Det som en gang har drevet dem og gitt glede. Det er det viktigste.”*

For å kunne nære håp og være bærer av håp, måtte deltakerne være bevisst egen fortid og livshistorie, samt ha et bevisst forhold til egne verdier og holdninger. Utfordrende situasjoner som berørte egen livshistorie, kunne gjøre kvaliteten på relasjonen dårligere. Overføringer kunne oppstå som følge av å ikke være bevisst egen fortid, slik at brukeren ikke ble møtt tilfredsstillende. En deltaker uttrykte: *”Hvis det vekker for mye av ens eget som ikke er bearbeidet, vil det bli overføringer og en selv er i sentrum og ikke den andre.”*

Flere fortalte at det å tørre å by på seg selv og sin sårbarhet, var med på å nære fellesskapet i relasjonen. Frykten for å miste alliansen med brukerne, og dermed risikere at relasjonen

skulle bryte var en utfordrende side ved hjelperrollen. Derfor var det viktig for deltakerne å ta seg selv på alvor, og å kunne uttrykke frykt for å miste allianse med brukeren. Dette bidro til likeverd og fellesskap i relasjonen. *”Det å tørre og være åpen og ærlig. Det å være åpen og si at jeg er redd for å miste kontakten med deg.”* I de tilfellene hvor brukeren hadde selvmordstanker, ble det ekstra viktig å våge å sette ord på egen sårbarhet. En deltaker understreket: *”Jeg blir lett redd for om jeg har gjort noe vondt. Av og til må vi ta noen sjanser på at relasjonen skal holde eller ikke. Og satse på at en kan løfte personen videre, men relasjonen kan bryte.”*

Diskusjon

Dataanalysen resulterte i tre temaer som tolkes og diskuteres fortløpende: håp knyttet til menneskets eksistens; å fremme verdier og ansvarliggjøre; og å være brukerens følgesvenn.

Deltakerne knyttet håp til menneskets eksistens som en positiv drivkraft til å gå fremtiden i møte. Dette støttes av Rydenlund (2011) som hevder at håpets essens er bevisstheten om og en tiltro til kommende muligheter, til vekst og utvikling. Håp kan ha betydning for mennesket på et dypere nivå enn kun å anvende seg av mestringsstrategier. Det kan bidra til en grenseoverskridelse som innebærer ny styrke, kraft og evne til å skape mening. Den meningssøkende delen av recoveryprosessen har stor betydning for mennesker med psykiske lidelser (Hummelvoll, 2012). Selv om brukeren ikke blir helt fri fra sin psykiske lidelse, kan håp handle om å se på livet på et annet vis. Håp kan bidra til ny livsforståelse og personen kan se mening med det som tidligere i livet ble opplevd som tomt og meningsløst (Skärsäter, 2011). Deltakerne forstod håp som en bærebjelke i livet som bærer uansett påkjenninger, noe som ifølge Coulehan (2011) kan handle om en iboende overbevisning og et ønske om å opprettholde noe meningsfullt. Deltakerne trakk frem at brukerne kan være neddyngnet i skuffelser, krenkelser og tapsopplevelser, og dette ble omtalt som håpløshetskrefter. Samtidig fremholdt deltakerne at håp bærer og løfter fordi det er en del av menneskets natur. Brukerne kan være fylt av håp og håpløshet samtidig da dette er en del av livet for oss alle. Videre beskrev deltakerne viktigheten av å finne en mening her og nå som kan bære og gi håp. Antonovsky (2012) knytter mening til deltagelse i prosesser som former ens egen skjebne i daglige erfaringer. Det betyr å engasjere seg i livsområder som gir mening både i kognitiv og følelsesmessig forstand. Deltakerne erfarte håp som en kontrast til det mørke, og som en motkraft til fortvilelse og motløshet. Dette samsvarer med Marcells (2010) forståelse av håp. Dessuten fremhevet deltakerne betydningen av samarbeid og brukernes egen deltagelse med blant annet utforming av mål og dagsplaner. Ifølge Antonovsky (2012) kan medbestemmelse

bidra til at livsopplevelser karakteriseres av en indre sammenheng, mens når andre bestemmer alt for oss og styrer utfallet reduseres vi til objekter. Helhet og sammenheng er sentralt i Antonovskys (2012) teori om helse. Et slikt syn på helse legger vekt på ressurser, drivkraft, motivasjon, likeverdige relasjoner, nærvær og mestring (Borge, 2014).

Relasjonen mellom bruker og helsepersonell er selve grunnlaget i psykisk helsearbeid. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, skal helsepersonell hjelpe brukeren til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier (Hummelvoll, 2012). Deltakerne gav uttrykk for betydningen av å forankre håpet i meningsfulle aktiviteter for den enkelte og å hjelpe brukeren til å opprettholde disse over tid, noe som samsvarer med studien til Herrestad & Biong (2011). Det å utvikle engasjement i en aktivitet eller jobb, kan bidra til håp. Arbeid kan ha betydning for brukernes bedring, selvaktelse og livskvalitet (Hummelvoll, 2012). Erfaringer fra et livsområde som arbeid, kan påvirke innstillingen til og atferden på andre livsområder (Antonovsky, 2012). Deltagelse i meningsfulle aktiviteter handler om å ivareta og utvide vanlige sosiale roller og bidra aktivt i et fellesskap (Hummelvoll, 2012).

For å kunne nære håp erfarte deltakerne at det var vesentlig å ansvarliggjøre brukerne slik at de kunne ta mer ansvar for eget liv. Det å gå fra å være et offer for omstendighetene til en aktør i eget liv ble trukket frem som noe som bidro til endring. Hvis man har en sterk opplevelse av håndterbarhet føler man ikke at man er et offer for omstendighetene, eller at livet har vært preget av urettferdighet. Noen ganger går livet i motbakke, men når det skjer er man i stand til å takle det, bearbeide sorgen og komme videre (Antonovsky, 2012). Brukerne trenger passe støtte og utfordringer for å gradvis kunne ta mer ansvar for seg selv i recoveryprosessen. Det kan dreie seg om å stille krav og gi et spark bak eller om å ta over noen oppgaver og dermed frita brukeren for ansvar (Borg, 2014). Flere brukerrepresentanter har imidlertid fremhevet at for stor vekt på omsorg og trygghet kan virke sementerende, oppleves kvelende og føre til passivitet. Brukeren trenger innlevende forståelse for hvem han er, slik at vedkommende kan få hjelp og støtte til å se sin egen vei videre (Hummelvoll, 2012). Aktiv brukermedvirkning handler om å bistå brukeren til å finne egne livsmål og gi støtte og hjelp utfra den enkeltes tilstand og behov.

Deltakerne erfarte at bestemte egenskaper hos helsepersonell var en forutsetning for å kunne være en følgesvenn i brukernes recoveryprosess. Profesjonell omsorg innebærer at helsepersonell bruker kunnskap og holdninger, samt kommunikasjonsferdigheter på en bevisst måte i møte med brukerne (Haugan, Moksnes & Espnes, 2013). Formålet med samtalen er

ikke hovedsakelig terapi eller behandling, men å søke etter en fremkommelig vei mot helse i fellesskap. Helsepersonell bidrar med sine livserfaringer og kunnskap utfra sin yrkesutdanning, mens brukerne bidrar med sin livsverden (Rydenlund, 2011). Deltakerne gav uttrykk for at de vektla fellesskap og likeverdighet i relasjon og samtale med brukerne. Det å bli møtt som et likeverdig menneske er av vesentlig betydning for at håp skal vokse frem. Relasjonen er den arena hvor partene likestilles og avmektighet forebygges (Buber, 2010). Forskning fremhever betydningen av å lytte, bygge allianser, skape trygghet og legge til rette for relasjon og fellesskap (Haugan et al., 2013; McKenna et al., 2014). I samsvar med våre funn, fant Sælør et al. (2015) at et tett samarbeid basert på tillit mellom helsepersonell og brukere var grunnleggende for å kunne nære håp.

Helsepersonells eget håp er viktig for å kunne håpe på vegne av andre (Sælør et al., 2015). Å være brukerens følgesvenn kan innebære å være stedfortredende håp når brukeren rammes av håpløshet (Skärsäter, 2011). En som holder håpet levende for de som ikke kan gjøre det selv, kan ha avgjørende betydning for brukerens recoveryprosess (Borg, 2014). For at helsepersonell skal kunne være en følgesvenn i recoveryprosessen fordrer det at brukerne kan dele de vanskelige opplevelsene sine (Cutcliffe, 2004). Deltakernes utsagn fremhever betydningen av å formidle håp og ha tro på brukernes eget potensial. Deltakerne erfarte at det å by på seg selv og vise egen sårbarhet var med på å nære håp hos brukerne. Helsepersonell bør ha etisk bevissthet som tillater brukernes håpløshet å komme til uttrykk, slik at de ikke hindres i å uttrykke sin lidelse fordi helsepersonell ikke orker å bære den (Rydenlund, 2011). Likevel kan det være tungt å være stedfortredende håp for andre. Helsepersonell må ta seg selv på alvor og være bevisst på egne reaksjoner i møte med andres lidelse (Skärsäter, 2011). Dette samsvarer med deltakernes bevissthet om betydningen av å kjenne sin egen livshistorie, sine holdninger og sine verdier. En profesjonell holdning fordrer at helsepersonell finner en balanse mellom nærhet og avstand og støtte og utfordring (Hummelvoll, 2012). Den åpenhet og sårbarhet som deltakerne gav uttrykk for kan relateres til vennskap. En profesjonell holdning innebærer å fremme en vennskapslignende relasjon fordi de profesjonelle er åpne om seg selv. Følelser og erfaringer kan vekke egne opplevelser og derfor trenger helsepersonell teorier og teknikker for å kunne formidle håp i vanskelige situasjoner (Topor, 2014). Å være brukerens følgesvenns innebærer å stimulere håp gjennom en relasjon som kan romme både håp og håpløshet. Dette krever tid og rom for nære samtaler, vennskap og gjensidig forpliktelse i brukerens vei mot helse.

Konklusjon

Helsepersonell knytter håp til menneskets eksistens, og dette kan relateres til helse slik det beskrives i Antonovskys modell om salutogenese. Håp kan næres gjennom en forpliktende relasjon som hjelper brukeren til økt bevissthet i forhold til egne verdier. Det betyr å ansvarliggjøre brukeren, støtte ham i de valg han tar, samt avlaste ved å overta brukerens eget ansvar når han ikke klarer å påta seg det selv. Recoveryprosessen kan betraktes som en bevegelse mellom håp og håpløshet. Dette fordrer personlig og faglig styrke hos helsepersonell slik at de kan være stedfortredende håp i motgang og håpløshet. Å nære håp i psykisk helsearbeid er å være brukerens følgesvenn og medvandrer på veien mot helse.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 48(7), 644-653. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Borg, M. (2014). Jeg ga aldri opp. I M. Borg & A. Topor (Red.), *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (s. 34-52). Oslo: Kommuneforlaget.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik, & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 31-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Buber, M. (2010). *Jeg og Du*. Oslo: Cappelen forlag.
- Coulehan, J. (2011). Deep Hope. A song without words. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(3), 143-160. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11017-011-9172-2>
- Cutcliffe, J.R. (2004). *The Inspiration of Hope in Bereavement Counselling*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Haugan, G., Moksnes, U.K., & Espnes, G.A. (2013). Nurse–Patient Interaction A Resource for Hope in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), 152-163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010113491460>
- Herrestad, H., & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulans akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 109-119.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Koehn, C.V., & Cutcliffe, J. R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134-140.
- Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcel, G. (2010). *Homo Viator: Introduction to the Metaphysic of Hope*. South Bend Indiana: St. Augustine`s Press.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., & Ireland, S. (2014). Recovery-Oriented Care in Older-Adult Acute Inpatient Mental Health Settings in Australia: An Exploratory Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10(62), 1938-1942.
- Rydenlund, K. (2011). Hopp och hoppløshet. I L. W. Gustin (Red.), *Vårdande vid Psykisk ohälsa – På avancerad nivå* (s. 275-295). Lund: Studentlitteratur AB.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6(118), 421-433.
- Skärsäter, I. (2011). Sorg. I L. W. Gustin (Red.), *Vårdande vid Psykisk ohälsa – På avancerad nivå* (s. 199-212). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sælør, K.T., Ness, O., Holgersen, H., & Davidson, L. (2014). Hope and recovery: a scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 2(7), 63-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/ADD-10-2013-0024>
- Sælør, K.T., Ness, O., Borg, M., & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(8), 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/ADD-05-2015-00100>
- Topor, A. (2014). En annen profesjonalitet. I M. Borg & A. Topor (Red.), *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (s. 54-78). Oslo: Kommuneforlaget.
- Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 3(13), 119-127.

Tabell 1

Analyseprosessen vist ved et eksempel

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode	Tema
<i>"...at det er knytta til mening som en verdi som på en måte er "driven" for å skape bevegelse"</i>	Mening som verdi til bevegelse	Opplevelse av mening	Å fremme verdier og ansvarliggjøre
<i>"... det henger sånn i hop, personens historie og avhengigheten til å se ting i sammenheng for at det skal gi mening"</i>	Se ting i sammenheng for at det skal gi mening	Opplevelse av sammenheng	

<i>"...man må ta ansvar for seg selv i bedringsprosessen. Ansvar for eget liv"</i>	Ansvar for eget liv i bedringsprosessen	Ansvarliggjøre	
--	---	----------------	--