

# Fra krise mot mestring

Utforskning av opplevelsen av hjelp sett fra den kriserammedes perspektiv.

**Christian Johansen**

Veileder  
Marit Sjursen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Prosjektet tar utgangspunkt i praksis og samtaler med mennesker som opplever eller har opplevd krise i forhold til psykisk helse.

### **Hensikt og problemstilling**

Fra krise mot mestring: Utforskning av opplevelsen av hjelp sett fra den kriserammedes perspektiv.

Prosjektet søker å utforske kriserammedes subjektive opplevelse av hjelp i det å gå fra krise mot mestring, med fokus på hva som bidrar positivt mot mestring. Krise i prosjektet sees i forhold til psykisk helse. Subjektiv opplevelse av hjelp settes i intervjuene ikke i sammenheng med spesifikke tilbud fra helsevesenet.

### **Utvalg og metode**

Utvalget består av fem personer, som retrospektivt ser på egen krise og hva som har bidratt positivt i det å gå fra krise til mestring. Det er valgt kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju. Analyse er gjort i form av fenomenologisk meningsfortetning.

### **Resultater**

Funnene viser til ti kategorier av opplevelse som samlebetegnelser for temaer som kom frem under intervjuene. Utsagn i intervjuene viser til opplevelse av egenutvikling som vesentlig i det å gå fra krise mot mestring. Denne utviklingen viser til hjelp som en intern prosess med eksterne bidrag. Hjelp sees som bidrag til egen mestring. I første rekke gjennom intern utvikling, men også gjennom tilrettelegging, kommunikasjon og tilstedeværelse som gir trygghet og tillit i en vanskelig situasjon.

### **Konklusjon**

Prosjektets utforskning av subjektiv opplevelse av hjelp har ført til flere spørsmål knyttet til tilnærming til egenutvikling.

**Nøkkelord:** Psykisk helse, krise, opplevelse av hjelp, mestring.

## **Abstract**

### **Background**

The study is based on clinical practice and conversation with persons regarding their subjective experience of a mental health crisis.

### **Scope**

From crisis towards coping: Exploration of the perception of help from the perspective of the person experiencing the crisis.

The scope of this study is to explore the perception of help from the perspective of the person who have experienced mental health crisis, with emphasis on what have contributed in a positive way towards coping. The study is not limited by context to specific health service programs.

### **Sample and method**

In the project five qualitative, semi-structured interviews were conducted. The persons retrospectively viewed their own perception of help in the process of going from the experience of crisis towards the experience of coping. Analysis of the content in the interviews has been by condensation in accordance with phenomenological exploration.

### **Results**

The findings were categorized in ten topics containing themes from the interviews. The findings of the interviews indicate perception of personal development as essential for the experience of going from crisis towards coping. The personal development is seen as an internal process, with external contribution. Perception of help is attributed to an internal process, but also through enabling, communication and presence that contribute to perception of safety and trust. This is seen as a sound foundation for personal development in a difficult life situation.

### **Conclusion**

The study has led to further questions regarding approach to personal development.

**Keywords:** Mental health, crisis, perception of help, coping.

## **Forord**

Ideen til prosjektet har kommet gjennom utfordringer og diskusjoner knyttet til praksis i helsevesenet. Disse utfordringene og diskusjonene dreier seg ofte om tilnærming til å hjelpe. Det har i løpet av prosjektet vært mye lesing og mange diskusjoner som til tider har vært til irritasjon og frustrasjon for meg selv, og antakeligvis for andre rundt meg som har vært overraskende generøse og tålmodige. Jeg vil med det takke de som, mer eller mindre frivillig, har bidratt til refleksjon. Jeg vil spesielt takke Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse.

Jeg vil presisere at prosjektet presenterer en måte blant flere måter å se temaet på. Ambisjonen er i så måte å bidra til refleksjon gjennom en vitenskapelig tilnærming til et tema preget av mangfold i forhold til kunnskap og tilnærming.

<b>Innhold</b>	<b>Side</b>
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	1
<b>2.0 Problemstilling</b> .....	3
2.1 Tilnærming til prosjektet.....	3
2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	4
2.3 Oppgavens oppbygning.....	4
<b>3.0 Begrepsavklaring</b> .....	5
3.1 Felles semantisk begrepsforståelse.....	5
3.2 Krise.....	5
3.2.1 Utvikling av krise som begrep.....	5
3.3 Hjelp.....	6
3.3.1 Utvikling av hjelp som begrep.....	6
3.4 Mestring.....	7
3.4.1 Utvikling av mestring som begrep.....	7
<b>4.0 Teori</b> .....	8
4.1 Opplevelse som fenomen.....	8
4.2 Perspektiv som grunnlag for forståelse og virkelighetsdannelse.....	11
4.3 Endring i sosial konstruksjon gjennom historiske hendelser:	
Fremvekst av vitenskapelig verdensbilde.....	13
4.4 Humanismens fremvekst.....	15
4.4.1 Hva er humanisme?.....	15
4.4.2 Humanistisk forståelse i form av fenomenologi.....	17
4.4.3 Humanistisk forståelse i form av hermeneutikk.....	17
4.4.4 Fra teori til praksis: Recoverytenkning.....	18
4.4.5 Fra teori til praksis: Dialogisk nettverstenkning.....	21
<b>5.0 Tidligere forskning</b> .....	25
<b>6.0 Metode</b> .....	30
6.1 Kvalitativ forskning.....	30
6.2 Semistrukturert intervju.....	31
6.3 Etisk protokoll for prosjektet.....	32
6.3.1 Informert samtykke.....	32
6.3.2 Fortrolighet.....	33

<b>Innhold</b>	<b>Side</b>
6.3.3 Konsekvenser.....	33
6.3.4 Forskerens rolle.....	34
6.4 Utvalg.....	35
<b>7.0 Gjennomføring.....</b>	<b>37</b>
7.1 Intervju.....	37
7.2 Transkripsjon.....	38
7.3 Analyse.....	39
<b>8.0 Deskriptivt utsagn.....</b>	<b>42</b>
8.1 Hendelsesforløp.....	42
8.2 Opplevelse av egen helse.....	43
8.3 Kunnskap.....	45
8.4 Kommunikasjon.....	46
8.5 Egenutvikling.....	47
8.6 Motivasjon.....	49
8.7 Nettverk.....	49
8.8 Tilnærming.....	50
8.9 Medisinering.....	51
8.10 Hjelp til hvem?.....	51
<b>9.0 Diskusjon.....</b>	<b>53</b>
9.1 Validitet og reliabilitet.....	53
9.2 Deskriptivt utsagn sett sammen med teori.....	55
9.2.1 Hendelsesforløp.....	55
9.2.2 Opplevelse av egen helse.....	56
9.2.3 Kunnskap og nettverk.....	58
9.2.4 Kommunikasjon.....	60
9.2.5 Tilnærming.....	61
9.2.6 Egenutvikling.....	62
9.2.7 Medisinering.....	63
9.2.8 Hjelp til hvem?.....	64
<b>10.0 Oppsummering.....</b>	<b>66</b>
Litteraturliste.....	68

**Innhold****Side**

Vedlegg.....	72
--------------	----

## 1.0 Introduksjon

Prosjektet har utgangspunkt i møter med mennesker som trenger hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Gjennom samtaler i disse møtene kan en som helsepersonell få mye informasjon om hvordan dette oppleves både positivt og negativt. Dette er samtaler jeg har hatt i møte med mennesker som forholder seg til, eller har forholdt seg til, opplevelse av krise i forhold til psykisk helse. I noen samtaler har jeg fått inntrykk av at det kan oppleves et misforhold mellom helsepersonell sin intensjon og handling, eller sagt på en annen måte mellom teori og praksis. Det dreier seg om at intensjonen har vært å skulle hjelpe, mens det i praksis ikke har hatt den tilsiktede effekt.

Som helsearbeider møter jeg mennesker i forskjellige faser og situasjoner i livet, og en av tingene som er felles for dem er et behov for hjelp. Det å yte hjelp til andre er en utfordring i seg selv med tanke på mål og middel. Pasienter og pårørende har en forhåpning om at et møte med helsevesenet skal bidra i positiv retning i forhold til deres situasjon, og som helsearbeider ønsker jeg å bidra til det. Som helsearbeider opplever jeg at hjelp er komplekst, samtidig som det også kan være veldig enkelt. Misforholdet som kan oppstå mellom intensjon med hjelp og handling som utføres for å hjelpe, er det skrevet mye om. Dette er ganske dekkende beskrevet i Saint Bernard of Clairvauxs utsagn: "Hell is full of good intentions and desires" (Shapiro og Epstein, 2006, s. 57), omskrevet til et mer kjent uttrykk: "The road to hell is paved with good intentions."

Med utviklingen av samfunnet har det funnet sted en økt profesjonalisering i forhold til forskjellige aspekter i livet, blant annet dersom det oppstår behov for hjelp. Hvordan profesjonelle bidrar i en krise varierer, og preges blant annet av hvilket perspektiv og oppfatning de har av den kriserammedes behov for hjelp og hva som hjelper. I forhold til å yte hjelp brukes det begreper som grensesetting, empowerment, hjelp til selvhjelp, selvinnsikt, sykdomsforståelse, verdighet osv. I disse begrepene er det mange forståelser av sykdom og lidelse. I forlengelsen av begrepsbruken vil det også være konsekvenser for hvordan det ytes hjelp.

Psykisk lidelse er komplekst i forhold til å være hjelpetrengende, pårørende, og hjelper. Det finnes mye litteratur om hjelp og hvordan dette kan utføres. Perspektivene på feltet utgjør et mangfold i forhold til rollene som kriserammet og hjelper. I den senere tid har det kommet en del litteratur om opplevelsen av krise i forhold til psykisk helse, hvor den hjelpetrengendes perspektiv kommer frem. Her kan forfattere som Arnhild Lauveng (2005) og



Odd Volden (2011) nevnes som eksempel. Arnhild Lauvengs opplevelse har også blitt satt opp som teaterstykket "I morgen var jeg alltid en løve". Selvbiografier og skjønnlitteratur har løftet frem hvordan det har vært opplevd å være hjelpetrengende.

## **2.0 Problemstilling**

Fra krise mot mestring: Utforskning av opplevelsen av hjelp sett fra den kriserammedes perspektiv.

Jeg vil utforske kriserammede personers subjektive opplevelse av hjelp i en krise, med fokus på hva som bidrar i positiv retning mot gjenvunnet mestring. I prosjektet sees en gjennomlevd krise som en prosess hvor individet går fra en opplevelse av krise mot en opplevelse av mestring. Krise er i prosjektet sett i forhold til psykisk helse. Operasjonalisering av krise er i forhold til behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Mestring er i forhold til at personen klarer seg uten det offentlige hjelpeapparatet i forhold til den aktuelle krise. Problemstillingen vil utforskes retrospektivt, hvor krisen som tas opp er gjennomlevd og mestring er gjenopprettet.

## **2.1 Tilnærming til prosjektet**

Hensikten med prosjektet er utforskning av den subjektive opplevelse av hjelp, og hva som har bidratt til at den kriserammede har kommet fra krise mot mestring. Temaet er av egeninteresse i forhold til egen praksis. Motivasjonen for prosjektet ligger i egenutvikling i forhold til arbeidssituasjoner hvor jeg møter mennesker i krise. Dette prosjektet er en masteroppgave og vil dermed også gi meg innsikt i gjennomføring av et forskningsprosjekt, og sørge for kompetanse innen forskning. Resultatet av prosjektet kan senere være et relevant bidrag til faglig diskusjon om hvordan mennesker i krise møtes.

Som det har kommet frem i utformingen av problemstilling og hensikt, er målet for prosjektet en utforskning av subjektiv opplevelse. Tilnærmingen til dette går derfor gjennom kvalitativ metode, nærmere bestemt ved semistrukturert intervju. En mer detaljert begrunnelse og beskrivelse gis i kapittelet om metode.

Jeg har valgt å gjennomføre prosjektet med utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) syv forskningsstadier. De beskriver en prosess som logisk følger en kronologisk tilnærming til et tema eller fenomen. Prosjekttilnærmingen starter med tematisering, og deretter følger design, intervju, transkribering, analysering, verifisering, og rapportering.

## **2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted**

Det er i oppgaven lagt til grunn en agnostisk humanistisk tilnærming til prosjektet. Prosjektet utforsker problemstillingen gjennom en fenomenologisk tilnærming. Humanisme i seg selv er ikke en vitenskap så mye som det er et livssyn, men det tas i humanismen til orde for bevissthet rundt hva som er vitenskap og hvordan dette omsettes til kunnskap og praksis. Humanisme dekkes mer utdypende i teori kapittelet. Metodekapittelet vil nærmere ta for seg begrunnelse for valg av tilnærming til prosjektet.

## **2.3 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven bygges opp ved en gjennomgang av bakgrunnen for prosjektet, problemstillingen og tilnærming til problemstillingen. Videre vil jeg ta for meg sentrale begreper og teori knyttet til prosjektet. Teorien vil være knytte til problemstillingen gjennom begrepsavklaring. Her vil teori i forhold til subjektiv opplevelse fremheves. Utvikling av humanisme til recoverytenkning og dialogisk nettverkstenkning vises til som eksempel på hvordan forståelse av subjektiv opplevelse har blitt omsatt til behandlingstilnærming innen psykisk helse. I den teoretiske tilnærmingen er det et historisk og faglig spenn som vanskelig kan ytes rettferdighet i en begrenset oppgave som dette. Jeg har valgt ut teori jeg mener kan bidra til å utforske tema, og belyse tilnærminger til tema i prosjektet. I dette ligger det en begrensning. Det er gitt at prosjektet tar mål av seg å utforske, ikke stadfeste, og det er gjennom det jeg søker ryggdekning for disse valgene.

Gjennom utformingen av oppgaven søker jeg å få en rød tråd fra bakgrunn via utforming av problemstilling til begrepsavklaring, teori og tidligere forskning. Kapittelet om tidligere forskning ser på forskning som omhandler personers subjektive opplevelse av hjelp. Deretter følger et kapittel om den metodiske tilnærmingen som er valgt, med påfølgende kapittel om gjennomføring. Gjennomføringen innebærer intervju, transkribering og analyse. Funnene vil deretter presenteres, med et påfølgende kapittel hvor funn og teori, og da spesielt recoverytenkning og dialogisk nettverkstenkning, reflekteres over. Recoverytenkning presenteres ved Alain Topors tilnærming, og dialogisk nettverkstenkning ved Jakko Seikkulas tilnærming. Humanisme, recoverytenkning og dialogisk nettverkstenkning presenteres i teorikapittelet.

### **3.0 Begrepsavklaring**

I begrepsavklaringen ønsker jeg å se på semantisk forståelse basert på ordbok, og pragmatisk forståelse av begrepene relatert til utvikling i et helseperspektiv. Ut fra problemstillingen vil jeg se nærmere på begrepene krise, hjelp og mestring.

#### **3.1 Felles semantisk begrepsforståelse**

I følge Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok (1991) defineres krise til å være svært vanskelig eller farlig situasjon, hjelp til å være bistand/støtte, og mestre knyttes til å beherske eller rå med noe. Definisjon av ordene knyttes i ordboka til kontekst, ved at de settes i en sammenheng hvor de alle tre rommer opplevelse. Jeg vil komme tilbake til opplevelse i teorikapittelet.

#### **3.2 Krise**

En krise er en situasjon en person ikke mestrer, og som subjektivt blir sett som at den kan føre til tap, trussel eller utfordring i eget liv (Roberts, 2005). Utfyllende kan det sies at tre beslektede faktorer er med å skape krise: En farlig hendelse, trussel mot mål i livet og/eller manglende evne til å mobilisere tilstrekkelig mestringsstrategi (Roberts, 2005). Opplevelse av krise kan ut fra dette sees i sammenheng med hvordan vi subjektivt opplever en situasjon som kan føre til tap, trussel eller utfordring i livet.

##### **3.2.1 Utvikling av krise som begrep**

Cullenberg (2010) peker på krisebegrepets hverdagslige bruk og viser til ordets greske opprinnelse og bruk i forbindelse med avgjørende vending, plutselig forandring eller skjebnesvanger endring. Begrepet har og blitt brukt i forbindelse med overganger mellom faser i livet. I psykiatriens bruk av uttrykket viser Cullenberg (2010) til Freuds og Eriksons bruk av begrepet i forhold til menneskets utvikling. Her fremheves det en bruk av begrepet som ikke nødvendigvis forutsetter funksjonsforstyrrelse. Denne bruken av begrepet er fremdeles vanlig. Cullenberg (2010) tar til orde for en mer begrenset bruk av begrepet, og psykisk krise defineres til å være en tilstand der tidligere erfaringer og innlært reaksjon ikke er

tilstrekkelig for forståelse og mestring av situasjonen. Han viser til fire bestanddeler som beskriver krisesituasjonen. En utløsende faktor, indre/subjektiv betydning av hendelsen, individets aktuelle livsperiode og sosiale forutsetninger.

### **3.3 Hjelp**

Hjelp er noe som bidrar til oppfyllelse av et behov, eller fremming av anstrengelse, bestrebelse eller formål. Denne vide definisjonen av hjelp er basert på den innledende orddefinisjonen, og det som følger under i forhold til utvikling av begrepet.

#### **3.3.1 Utvikling av hjelp som begrep**

Hjelp er et sentralt begrep innen helsefaglige yrker, og omtales i den hippokratiske legeeden som vektlegger å gi råd til de sykes nytte og avverge det som kan skade dem eller gjøre dem urett (hippokratiske ed, 1993). En liknende ide kan også sees i Nightingale eden, som avsluttes med en forpliktelse til å vie seg selv til den pleietrengendes velferd (Potter og Perry, 1997). Disse edene var noen av de tidligste retningslinjene for leger og sykepleiere som profesjon, og har senere hatt innvirkning på andre helsefaglige yrker. Retningslinjene har med tiden blitt diskutert og omskrevet, men ideen om at hensikten er å hjelpe har blitt stående. Potter og Perry (1997) viser til utvikling av sykepleieteori gjennom blant andre Nightingale, Henderson, Orem, Watson, hvor teoriene dreier seg om forskjellige perspektiv på hvordan hjelpere utøver yrket på en god måte. Hensikten med å hjelpe gjenspeiles forøvrig også i lovgivning som regulerer ansvar og plikter for helsepersonell. Helsepersonellovens § 1 definerer at formålet med lovgivningen er å bidra til sikring av sikkerhet og kvalitet for pasientene. § 2 definerer virkeområdet til personell og virksomheter som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Pasientrettighetsloven definerer pasientenes rett til helsehjelp. § 1-1 definerer formålet som å sikre befolkningen lik tilgang, og fremme tillitsforholdet mellom pasienter og tjenesteyter, og ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasientrettighetsloven, 1999).

### **3.4 Mestring**

Mestring dreier seg om opplevelsen av å beherske eller rå med en situasjon. Utfyllende vil jeg fremheve Lazarus (1999) beskrivelse av coping (oversatt til mestring) som en prosess, og som viser til et gjensidig avhengighetsforhold mellom stress og mestring. Det begrunnes med at stress viser til en utilfredsstillende livssituasjon som personen ønsker å endre. Avhengighetsforholdet gjenspeiles ved at dersom opplevelsen av stress er høy så er følelsen av mestring tilsvarende lav, og motsatt.

#### **3.4.1 Utvikling av mestring som begrep**

Mestring er en menneskelig egenskap som gjennom tidene har påvirket livsutfoldelse og hvordan vi fremstår. Vi fremhever evne til mestring som noe å strebe etter. Dette sees for eksempel i det daglige hvor mødres gleder og bekymringer kan ha utspring i barnets utvikling av mestring. Det kan og sees i interesse for prestasjon innen idrett, hvor det organiseres mesterskap for det meste. Dette gjelder de fleste områder hvor mennesker omgås. Mestring kan gi et utgangspunkt for status. Dette kan og sees i historisk sammenheng, hvor jeg vil vise til at personer generelt ikke fremheves for sin middelmådighet. Aleksander den store ville antakeligvis ikke blitt husket og henvist til i like stor grad hvis han hadde holdt seg hjemme og fremstått som Aleksander den middelmådige.

I følge Lazarus (1999) skjøt vitenskapelig interesse for mestring i en moderne forstand først fart på 1970-tallet. Selv om begrepet mestring ikke var særlig brukt før 1970-tallet, viser han til at det ikke er en ny idé. Ideen i bredere forstand mener han gjenspeiles i klinisk psykologi og psykiatriens historie, og da for eksempel i psykoanalysens idé om egoforsvar. Denne forståelsen ble videreutviklet gjennom 1950- og 1960-tallet av blant andre Menninger og Haan. Lazarus har vært sentral innen utvikling av vitenskapelig forståelse av mestring som fenomen.

## 4.0 Teori

Dette kapittelet tar for seg opplevelse som fenomen, og ser nærmere på denne forståelsen i forhold til subjektiv opplevelse av hjelp.

### 4.1 Opplevelse som fenomen

For å utforske opplevelse av hjelp vil jeg videre utforske opplevelse som fenomen. Her tar jeg utgangspunkt i Nyengs (2006) forståelse av følelser.

*Følelsenes fenomenologi kan ikke begrenses til hvordan følelsen kjennes, men må også – og kanskje først og fremst – dreie seg om hvordan følelsen vokser frem i interaksjon mellom individer, og mellom individ og gruppe, og på hvilket grunnlag følelsene utgjør meningsfulle erfaringer (Nyeng, 2006, s 15).*

I forhold til denne forståelsen kan opplevelse sees som subjektiv opplevelse, objektiv observasjon og sosial konstruksjon. Subjektiv opplevelse i hvordan individet føler og omsetter det til opplevelse. Objektiv observasjon som for eksempel vestlig vitenskapelig og nevrologisk forståelse av sansing i forhold til opplevelse. Og som sosial konstruksjon innen rammer for virkelighetsforståelse, som gir meningsfulle erfaringer i en kontekst. Dette vil jeg se nærmere på i kapittel 4.2.

I forhold til psykisk helse kan det se ut som om veien til vestlig tilnærming og forståelse av opplevelse går via vitenskapelig fysiologisk forståelse av mennesket som biologisk enhet, og gjennom filosofisk humanvitenskapelig forståelse av mennesket som sosialt vesen.

Fysiologisk forståelse av opplevelse har hatt en stor utvikling. Utvikling av teknologi gir fysiologisk utforskning andre muligheter en tidligere. Dette har gitt utslag i form av forskning på eksempelvis nevrologisk tilpasning (neuroplasticity) og genforskning. Neuroplasticity viser til hjernens og nervesystemets evne til å endre seg i forhold til erfaring og miljø (Breedlove, Watson og Rosenzweig, 2010). Genforskning viser til genetisk endring påvirket av erfaring og miljø. Nå er ikke den tanken i seg selv noe nytt, men nyere forskning viser til raskere påvirkning enn tidligere antatt (Værøy og Værøy, 2004). Denne utviklingen gir ny kunnskap og ny forståelse av muligheter og begrensninger i forhold til psykisk helse. Det kan konstatere etablert praksis, gi grunnlag for fremvekst av nye behandlingstilbud eller

endring av etablert praksis. Værøy og Værøy (2004) viser til at tilnærming til psykisk helse de senere år har vært preget av sosialvitenskapelig forståelse av psykisk helse, og argumenterer for at det faktisk er rent fysiologiske aspekt ved psykisk helse som ikke bør glemmes. I det å nærme seg subjektiv opplevelse av hjelp, ville det i den forbindelse nærmest være å ikke se skogen for bare trær hvis fysiske forutsetninger ikke kom i betraktning. Værøy og Værøy (2004) viser for eksempel til forskjellige demens tilstander som resultat av fysiologisk utvikling. Demens vises til som ervervet kognitiv svikt, og da svikt i forhold til emosjonell kontroll og funksjon i dagliglivet. Det sees her et klart årsak-virkningsforhold i forhold til opplevelse, altså fysiske skader på nerve eller hjerne som endrer individets opplevelse. Jeg mener det her er et klart skille mellom klare årsak – virknings forhold og mer spekulative forståelser av hvordan det teoretisk kan være. I den forbindelse er det ikke etablert noen klar vitenskapelig forståelse av hvordan sansing omsettes til opplevelse. Det er vanskelig å definere hva dannelse av opplevelse og tanke som fenomener innebærer gjennom fysiologisk vitenskapelig teori.

Det å ha ideer om opplevelse som fenomen mangler det der imot ikke på. Opplevelse som filosofisk fenomen har vært omhandlet gjennom en rekke tilnærminger. Hume (2009) viser til skiller mellom den naturlige verden og den menneskeskapte verden. Han skiller forståelsen av opplevelse i to ved naturfilosofi og moralfilosofi. Naturfilosofien omhandler forståelse av den ytre verdens representering som inntrykk i sinnet. Moralfilosofien omhandler prinsippene for menneskesinnets virkemåte som relevant for forståelse av moralske emner. Så hva ser da Hume (2009) som prinsippene for menneskesinnets virkemåte? Han deler dette inn i elementære enheter, og relasjoner disse enhetene imellom. De elementære enhetene betegnes som persepsjoner, og består av inntrykk og ideer. I relasjonene mellom inntrykk og ideer utheves fire områder. Innhold i bevissthet er basert på sansing. Forskjellen mellom sansing og tenkning forstås som gradering, ikke som ulike egenskaper. Persepsjoner er enkle, det vil si ikke delelige. Det meningsfulle i menneskelig bevissthet ligger i helhet, den enkelte persepsjon i seg selv er uten mening. I dette brøt Hume med den vestlige tradisjon innen filosofi. Vestlig filosofi hadde frem til dette skilt mennesket fra andre vesen gjennom evnen til å tenke.

Hume hadde en idé som avvek innen det vestlig filosofiske konsept og begrepsverden. Hvordan passer da andre perspektiv inn når det ikke opererer innen samme konsept og begrepsverden?



For at en vestlig person skal forstå kinesisk medisin anbefale Williams (2002) at vår konvensjonelle kunnskap legges til side. En kombinasjon av de to har en tendens til å vanskeliggjøre konseptuell forståelse. Vestlig medisinsk tenkning dreier seg mye om gjenopprettelse av teknisk feil i organ. Den kinesiske modellen forklares lite gjennom forståelse av enkeltorgan, derimot sies det mye om organsystemer som delaktig i menneskekroppens overordnede dynamiske energiprosess. I kinesisk medisin setter Zangfu systemet tanke som fenomen i sammenheng med milten. Det vil si at nedsatt funksjon i milten kan ha utslag i tankeprosess, og at overanstrengelse av tankeprosess kan føre til nedsatt miltfunksjon. Zangfu systemet kan sees som en samlebetegnelse for en rekke yin og yang organsystemer (Williams, 2002). Jeg skal ikke greie videre ut om kinesisk virkelighetsforståelse utover at det er en annerledes måte å se verden på.

Filosofi betyr kjærlighet til kunnskap, men det sier ikke noe om hvor kunnskapen kommer fra (Smart, 2001). Historisk sett har det ikke vært noen felles norm for hva som gir grunnlag for kunnskap, og dette har gitt mange utslag i forhold til opplevelse. Smart (2001) viser til kunnskap som grunnlag for statusen til vise menn gjennom historien. I etterpåklokskapens lys har kanskje noen av disse vise menn vist seg å ikke være spesielt vise, men i en del tilfeller dannet grunnlag for menneskelig lidelse. Lundstøl (1999) viser til at kunnskap historisk sett har vært et privilegium som har gitt makt, og at det å bevare hemmeligheten kan bidra til opprettholdelse av makt. Denne forståelsen finner jeg interessant i forhold til Nordenstams (2006) utsagn, som fremhever at kompetanse innen humanistisk vitenskapelig aktivitet forutsetter påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. Videre hevdes det at de humanistisk vitenskapelige tilnærmingene og tradisjonene er underlagt mønstre i form av tause forutsetninger for aktivitet. Det innebærer en innføring i en tradisjon som forutsetning for å forstå og utøve aktiviteter knyttet til utvikling av videre kunnskap. Så hva er da forskjellen på dette og opplæring til å bli medisinmann i en eksotisk stamme langt borte fra en vestlig virkelighetsforståelse? I forhold til helsetjenester vil en da for eksempel kunne svare effekt av behandling. Er det da slik at den vestlige forståelsen av virkelighet har gitt store fordeler i behandling av psykiske lidelser, i forhold til land hvor virkelighetsforståelsen er annerledes? Når virkelighetsforståelse, uansett hvor den kommer fra, evner å etablere et klart årsaks - virkningsforhold har den et fortrinn. Ut over det tror jeg det kan være en idé å se på hvilke konsekvenser virkelighetsforståelse får for individets opplevelse.

Eksempelvis kan opplevelse forstås i forhold til magisk-religiøs kunnskap som innvirker på virkelighetsoppfattelse. Dette igjen kan virke inn på forståelse av grenser mellom sykdom og normalitet. Dersom en person i dag hevder han er Guds sønn og at tro på ham gir evig liv avstedkommer dette sannsynligvis ikke en verdensreligion, men snarere en tur til lege for evaluering av mental helse. Det er ikke det samme som at han nødvendigvis tar feil, og ikke er Guds sønn. Men innenfor rammene av virkelighetsoppfattelse til de involverte kan dette virke lite sannsynlig. Litt tendensiøst kan jeg da forlenge den tanken til at hvis Jesus hadde kommet til Norge i dag hadde han ikke blitt korsfestet, han hadde blitt pasient i psykiatrien. Forhåpentligvis er det siste å foretrekke.

Menneskets forståelse av verden og virkelighet har et mangfold som får konsekvens for hvordan vi nærmer oss hverandre. Dette vil jeg eksemplifisere gjennom utforskning av utvikling av humanisme til dialogisk nettverkstenkning og recoverytenkning (kapittel 4.3 frem til kapittel 5). Først vil jeg videre utforske opplevelse av hjelp vil ved å se nærmere på perspektiv som en bidragsyter til opplevelse av hjelp.

## **4.2 Perspektiv som grunnlag for forståelse og virkelighetsdannelse**

Hvilket perspektiv vi ser virkelighet fra vil ha innvirkning på opplevelse og hvordan vi nærmer oss fenomener. Som jeg nevnte i innledningen kan virkelighet som fenomen betraktes som subjektiv opplevelse, objektiv observasjon og som sosial konstruksjon.

I det at virkelighet kan sees som subjektiv opplevelse ligger det da at krise, hjelp og mestring som fenomen kan betraktes i første, andre og tredje person. Fenomenet sett fra den kriserammedes perspektiv, fra den som hjelper, og fra et utenforstående perspektiv. De forskjellige perspektivene innebærer forskjellige utfordringer, og innebærer da også forskjellige synspunkt på hva som hjelper og hva hjelp er.

I vitenskapelig tilnærming til fenomen vektlegges det tradisjonelt objektivitet. Johnson (2011) skiller mellom kompliserte lukkede fenomen og komplekse åpne fenomen. Et komplisert lukket fenomen innehar et klart årsak - virkning forhold. Med det menes det ikke at årsak - virkning forhold er innlysende, poenget er at det er der. Det vil si at objekter som virker på hverandre i et fenomen er konstante, og da helst målbare, noe som gjør fenomenet forutsigbart. Johnson (2011) viser til at utfordringene for objektiv vitenskapelig tilnærming til fenomen blir komplekse når objekter som virker på hverandre påvirkes av minne eller

feedback. Det innebærer at objektene ikke lenger er konstante, men utvikler seg mer eller mindre uforutsigbart. Denne retningen innen vitenskapelig tenkning er mer kjente innen områder som kvantefysikk og kaosteori, og har den senere tid blitt omsatt i forhold til andre vitenskapsfelt relatert til psykisk helse.

I forhold til objektivitet kan det være en utfordring å operasjonalisere og avgrense begreper som har med opplevelse å gjøre. Eksempelvis viser Lazarus (1999) til opplevelsen av mestring i et gjensidig avhengighetsforhold til opplevelsen av stress, men det finnes ikke en ensartet beskrivelse og definisjon av stress.

Utfordringer som hjelp som fenomen møter i forhold til objektivitet har og vært tematisert i filosofiske betraktninger. Hans Skjervheim (1996) og Martin Buber (2007) har tatt for seg hvordan objektivitet og subjektivitet kan virke på relasjoner og samhandling. De belyser hvordan objektivitet i mellommenneskelige relasjoner gir mulighet for å fjerne seg fra det menneskelige.

Virkelighet kan og betraktes som sosial konstruksjon. Eksempelvis kan forståelse av virkelighet være betinget av kultur, politikk eller religion. Et eksempel er gjennom uttrykket om at det er seierherren som skriver historie. Mennesker kan i denne forbindelse betraktes som selektive og fleksible i forhold til virkelighet, og gjennom det skaper premisser for perspektiv på virkelighet. Dette danner grunnlaget for mangfold i overbevisning innenfor blant annet religion, økonomi, politikk og helse. Helsevesenet i Australia har møtt denne utfordringen i møtet mellom aboriginenes forståelse av verden og virkelighet, og den vestlige vitenskapelige tilnærming til det samme (Jordan, 2005). I Australia er kontrastene mellom virkelighetsforståelse i de to nevnte kulturer påfallende, og dette har hatt store konsekvenser for helsetjenester. Det har påvirket hvordan hjelp ytes, og det har påvirket individets subjektive opplevelse av hjelp.

Hensikten med å trekke frem disse perspektivene er å belyse at virkelighet kan være et flyktig fenomen, alt etter hvilket perspektiv som inntas, og i forlengelsen av det da også forståelse av krise, hjelp og mestring. Perspektiv kan i denne forstand forstås som viktig for opplevelse av hjelp.

Jeg vil videre utforske opplevelse av hjelp og den kriserammedes perspektiv ved å se på utvikling av humanisme som et eksempel på hvordan subjektiv opplevelse, objektiv observasjon og sosial konstruksjon har smeltet sammen til virkelighetsforståelse. I dette er det

en utforskning av hvordan opplevelse og virkelighet som fenomen kan forstås. Til slutt vil jeg utforske hvordan virkelighetsforståelse har blitt omsatt til det å skulle yte hjelp til personer som opplever psykisk krise i dialogisk nettverkstenkning og recoverytenkning.

I den videre utforskningen tar jeg med litt om historisk grunnlag for, og fremvekst av, kunnskaps- og vitenskapsbasert utvikling og forståelse. Spesielt vil jeg se på fremveksten av humanistisk forståelse. Den historiske utviklingen av virkelighetsforståelse har hatt innvirkning på, og bidratt til, den humanistiske forståelse av mennesket og det menneskelige. Jeg vil her se nærmere på forståelse av virkelighet i forhold til subjektiv opplevelse, objektiv observasjon og sosial konstruksjon.

Forståelse av mennesket og det menneskelige danner grunnlaget for tilnærming til hjelp. Det teoretiske grunnlaget for prosjektet tar utgangspunkt i fremveksten av vitenskap som bidragsyter til utvikling av syn på mennesket og samfunnsstrukturer. Vitenskapelig tilnærming til fenomen generelt har slik sett vært og er en av premissleverandørene for vårt vestlige syn på virkelighet, og har gjennom det bidratt til synet på krise, hjelp og mestring.

Humanisme har videre utviklet seg til flere forståelser av virkelighetsdannelse og virkelighetsforståelse. Jeg vil kort komme inn på fenomenologi og hermeneutikk som grunnlag for recoverytenkning og dialogisk nettverkstenkning. Jeg vil i kapittel 9 se de intervjuedes opplevelse av hjelp i sammen med dialogisk nettverkstenkning og recoverytenkning. Dialogisk nettverkstenkning baseres på Jakko Seikkulas ideer, og recoverytenkning baseres på Alain Topors ideer.

### **4.3 Endring i sosial konstruksjon gjennom historiske hendelser: Fremvekst av vitenskapelig verdensbilde**

Frem til, og i, middelalderen var styresett i Europa preget av tyranni med sterk forankring i religion. Virkelighetsforståelse var preget av et magisk-religiøst perspektiv (Brøntveit og Duesund, 2002). To hendelser som var viktige for det kommende oppgjør med religiøst-politisk tyranni i Europa, var Svartedauen og Martin Luthers oppgjør med den katolske kirke.

Svartedauen 1347 - 1352 var med å endre folks syn på livet, religion og de geistliges selvutnevnte rolle, og bidro til revisjon av kirkelære og praksis. Her fikk allmuen en

opplevelse av at de geistlige ikke ble spart, og at de geistliges tette kontakt med Gud kanskje ikke var så tett allikevel. Det var ikke slik at gode kristne ble spart, Svartedauen rammet folk uten å diskriminere (Ustvedt, 2002).

Martin Luthers oppgjør med den katolske kirke i 1517 stilte vesentlige spørsmål ved religiøs praksis. Det ble stilt spørsmål ved kirkens lære, rikdom og inntjening opp mot den fattigdom og nød som opplevdes av folket (Brøntveit og Duesund, 2002).

Kirkens og maktelitens godt etablerte monopol på verdensbildet var rokket ved, og renessansen ble en tidsepoke preget av oppdagelser som forsterket denne utviklingen. Renaissance startet i Italia på slutten av 1400-tallet, og var en tid for gjenoppdagelse av oldtidens filosofiske tenkning i Hellas og Roma. Her kan Copernicus, Bruno og Galilei nevnes. Verden ble stadig utvidet gjennom oppdagelsesreiser, og nye land og kontinenter ble satt på kartet. Stadig flere områder som omhandlet livet løsrev seg fra kirkelig og religiøst monopol (Brøntveit og Duesund, 2002). Som sagt var mange av ideene som vokste frem i renessansen fundert på eldre tenkning, men disse ideene hadde tidligere bare utviklet seg innenfor rammene av et religiøst grunnsyn som da var gjennomgående i samfunnet.

Utviklingen vedvarte og ble forsterket av opplysningstidens tenkere. Francis Bacon (1561 - 1626) argumenterte for legitimering av vitenskap som et verktøy for menneskelig velferd. Det teoretiske synet på mennesket endret seg. Her kan Rene Descartes (1596 - 1650) mekaniske og dualistiske forståelse trekkes frem som å ha hatt stor innflytelse på forståelse av mennesket. Forlengelsen av denne forståelsen fikk konsekvenser for praktisk tilnærming til mennesket og det menneskelige (Tranøy, 2007).

Den nyvunne ideen om vitenskap som verktøy for menneskelig velferd medførte en vitenskapelig tilnærming til mennesket. Forståelsen av anatomi, fysiologi og sykdomslære har ført til økt levealder (Potter og Perry, 1997). Sammensmelting av vitenskap og filosofi har endret måten vi lever på og organiserer samfunnet. Siden renessansen har troen på vitenskapelig tilnærming til menneskets velferd vært tiltagende, og har vært gjenstand for et stort antall tilnærminger. Vitenskap har blitt brukt, og misbrukt, sammen med filosofi i utvikling av forskjellige ismer som har preget verden og hatt store følger for individet fra 1800-tallet frem til i dag (Brøntveit og Duesund, 2002).

Denne utviklingen kan sees som å ha endret forståelsen av mennesket og det menneskelige, og har påvirket hvordan vi nærmer oss hverandre. Gjennom utvikling kan det

se ut som om forutsetninger for sosial konstruksjon av virkelighet endres. Dette vises i forskjeller i forståelse, normer og verdier mellom forskjellige kulturer, og gjennom utvikling innad i kulturer over tid.

#### **4.4 Humanismens fremvekst**

Norman (2007) ser ordet humanisme, slik vi kjenner det i dag, i lys av det italienske ordet *umanista* som er antatt dannet på slutten av 1400-tallet eller tidlig på 1500-tallet. Dette speiler en revitalisering av studiet av oldtidens litteratur fra Hellas og Roma i forhold til italiensk renessansefilosofi. Her fikk det tradisjonelle kristne synet på menneskenaturen en vri mot vektlegging av menneskets muligheter til handling og utvikling i livet før døden gjennom det frie valg. Italiensk renessansefilosofi tok ikke avstand fra religion og regnes av noen derfor ikke som humanisme. Det er tatt med her fordi det kan sees som en kime til mer kritisk filosofisk dreining, og til humanisme i tradisjonell forstand.

Denne dreiningen ble forsterket gjennom de franske opplysningstenkerne på 1700-tallet. Her kom skepsis til, og avvisning av, religiøs tro til uttrykk. Tyranni basert på religiøst-politiske maktstrukturer ble konfrontert med empiri og fornuftstenkning. Den mer tradisjonelle agnostiske og ateistiske humanismen kom til uttrykk. Religion fikk en konkurrent i forhold til makt i sekularisert filosofi som støttet seg til vitenskap (Norman 2007).

Karl Marx var en av de første som brukte humanisme som begrep i forhold til ateismens positive sider. Fra 1800-tallet og fremover tok enkeltpersoner og organisasjoner for seg etiske verdier uavhengig av religion, da gjerne kalt sekulær, rasjonalistisk eller fritenkende. Opprinnelsen til dagens humanister kan spores tilbake til disse fritenkerne (Norman 2007).

##### **4.4.1 Hva er humanisme?**

Bruken av ordet humanisme knyttes til tradisjonell latinsk betegnelse på fag som omhandler det menneskelige og dannelse, som grammatikk, retorikk, poesi, historie og moralfilosofi. Humanvitenskap kan knyttes til forstående virksomhet, mens naturvitenskapene er kausalforklarende (Nordenstam, 2000). Mange av humanismens ideer er underbygd med

vitenskapelige funn. I denne sammenheng fremhever Norman (2007) viktigheten av å skille vitenskapelige funn fra anvendelse av de samme funnene. I det disse funnene tolkes er det en fare for misvisning i og med at de ikke lenger er i direkte tilknytning til den vitenskapelige undersøkelsen. Med dette mener Norman (2007) at det er fare for at vitenskap blir en troshandling på lik linje med andre religioner. Han peker videre på at det er en del vitenskapen ikke kan svare på, rett og slett fordi det vi spør om ikke er vitenskapelige spørsmål. Norman (2007) foreslår at vitenskap og filosofi i mange tilfeller kan sees som forklaring av samme fenomen sett fra ulike perspektiv, men at teori uansett må sees opp mot hvor godt den forklarer erfaringsfakta. Slik sett vil humanismen innebære en dynamisk individfokuset tilnærming til psykisk helse og opplevelse av hjelp.

Norman (2007) fremhever to fundamentale punkter i humanismen. Det ene er anerkjennelse av bevissthet som særpregende egenskap for mennesket. Det andre er å ikke tilskrive denne egenskapen til mystiske enheter i en slags ånde verden atskilt fra den fysiske verden.

Humanisme rommer menneskelighet og dannelse, og en forståelse av at evne til dannelse kan gi muligheter og frihet. Individuell dannelse og friheten innebærer ansvar for hensikt, vurdering og handling. Det vil si at en felles og menneskelig natur ikke er gitt, og det finnes ingen absolutte verdier. Mennesket sees som et vesen som erfarer virkelighet i form av egen bevissthet. Menneskets motiver, hensikter, vurderinger og forståelse, og sosiale og kulturelle sammenhenger sees som sentrale, samtidig som mennesket har biologiske og fysiske begrensninger (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, og Løkke, 2009).

Norman (2007) mener at det allikevel finnes fellesmenneskelige verdier, og viser til at moralverdier kan sees som menneskelige verdier. Han avviser det han kaller vulgærsubjektivism og vulgærrelativisme. Det vil si at han tar avstand fra ideen om at det er opp til hver enkelt å vurdere hva som er rett og galt, og at verdier bare er uttrykk for fremherskende konvensjoner og antagelser i gitte grupperinger i samfunnet. Moralverdiene sees som fellesmenneskelige verdier gjennom at mennesket er sosiale vesen som samhandler ved hjelp av språk, og som identifiserer seg emosjonelt med hverandre gjennom sympati, menneskelighet og medmenneskelighet.

En humanistisk forståelse av psykisk helse innebærer et humanistisk vitenskapsideal og humanvitenskapelig metode. Denne vitenskapelige metoden kaller Haugsgjerd et. al. (2009) for hermeneutisk og/eller fenomenologisk.

#### **4.4.2 Humanistisk forståelse i form av fenomenologi**

Fenomenologi betyr læren om fenomenene. Grunnleggeren av fenomenologien Edmund Husserl (1859-1938) var opptatt av bevissthet som særpreg for mennesket. Denne filosofien brøt med Descartes mekaniske og dualistiske menneskesyn, som var datidens fremherskende vitenskapssyn. Virkelighetsdannelse forstås i sammenheng med sansing som en aktiv og strukturdannende prosess i vår bevissthet. Det innebærer at subjektet danner et komplett og meningskapende bilde gjennom en tankeprosess basert på en endeløs tilgang på impulser. Det vil si at det skjer et møte mellom det vi sanser og våre forventninger til det vi sanser. Vi tillegger det vi sanser egenskaper i form av assosiering. Fenomenologi er studie av denne skapelsen, og fokuserer på å komme i direkte kontakt med virkeligheten slik den fremstår (Haugsgjerd et. al., 2009).

#### **4.4.3 Humanistisk forståelse i form av hermeneutikk**

Historisk sett har begrepet hermeneutikk sine røtter i tolkning av bibeltekster fra 1600-tallet. Den hermeneutiske metode ble utviklet som en forståelsestilnærming i humanistiske fag som en annerledes måte å se mennesket på enn naturvitenskapens forklaringsmodell. Modellen ble utviklet av den tyske psykologen og filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911), og vektla sammenheng mellom tolkning og forståelse og mellom mening og handling (Haugsgjerd et. al., 2009).

Hermeneutikken forstår mennesket som intensjonalt i en subjektiv kontekst, men vil ikke dermed sette handling i en bevisst og intensjonal meningssammenheng. Slik sett kan handling også være ureflekterte og følelsesbaserte reaksjoner på ytre påvirkning. Samtidig fremhever hermeneutikken at menneskets fremste erkjennelseskilde er subjektiv tolkning av verden, fornuft og logikk (Haugsgjerd et. al., 2009).

Mennesket sees som et indrestyrt og meningskapende vesen. Hvordan individet forstår seg selv og verden blir dermed vesentlig for meningsdannelse og handling. Språk forstås som meningsbærende uttrykk for forståelse av livet her og nå. Denne forståelsen har resultert i en metodisk tilnærming til det menneskelige som kalles den hermeneutiske spiral eller den hermeneutiske sirkel (Haugsgjerd et. al., 2009). I praksis innebærer dette et utgangspunkt der individet søkes og forstås i den sammenheng personen inngår i. Det er individet som beskriver sin sammenheng og skaper mening. I denne sammenheng utforskes



også forståelsen av detaljene. Utforskning av detaljene settes i sammenheng med helheten og kan bidra med avklaringer, nyanseringer og/eller modifiseringer. Forståelse skapes i en kontinuerlig bevegelse mellom helhet og del. Dette skaper en dynamisk tilnærming til virkelighetsopplevelse gjennom utforskning av meningsbæring i det språklige uttrykk. Hensikten med en slik tilnærming er utvidet forståelse for opplevelsen av seg selv og sine handlinger, og den mening som formidles i disse (Haugsgjerd et. al., 2009).

#### **4.4.4 Fra teori til praksis: Recoverytenkning**

I min formulering av problemstilling har jeg sagt at jeg vil utforske den subjektive opplevelsen av hjelp i det å gå fra krise mot mestring. Alain Topor (2006) tar for seg det samme ved å bruke begrepet bedring. Bedring er i denne forstand en prosess som rommer et kunnskapsfilosofisk standpunkt som bryter med tradisjonell biologiskmedisinsk tilnærming til psykisk helse. Det vises til en forståelse av psykisk helse som et dynamisk og foranderlig fenomen, med vekt på subjektiv opplevelse. Bedringsbegrepet brukes i forhold til at individet går fra en subjektivt uønsket tilstand mot en ønsket tilstand. Utfordringene som individet står overfor sees ikke som løsrevne og uavhengige, men som kontekst avhengige og sammensatte. Bedring er ment som en utviklingsprosess som skjer i individet i relasjon til seg selv og omgivelsene. Slik sett er det ikke snakk om å tilbake stille til en tidligere tilstand, men en videreutvikling i forhold til at individet kontinuerlig påvirkes av sine omgivelser og opplevelser. I dette ligger muligheter for endring av egen situasjon. Dette er vesentlig i individets opplevelse av makt og avmakt.

Topors valg av det dagligdags ordet bedring rommer bedømmelse, og gir individet subjektiv definisjonsmakt i forhold til egen situasjon. Subjektiviteten i begrepet innebærer egeninnsats som en vesentlig del av bedring som prosess. Hjelp fra andre blir slik sett sekundær, og individets opplevelse av situasjonen er i sentrum. Topor (2006) viser gjennom ordvalget til bruk av språket som en vesentlig del i mellommenneskelig samspill. Valg av ord og språk er en mer eller mindre gjennomtenkt posisjonering i en relasjon. Dette eksemplifiseres ved bruk av ord som helbred og rehabilitering i helsevesenet. Bruken av disse ordene impliserer at den kriserammede mer er en mottaker av hjelp enn utøver i samspill med andre. Det tas med dette til orde for refleksjon om profesjonalisering og de implikasjoner det kan ha for den kriserammedes bedring.

Topors bruk av begrepet bedring viser til en forståelse av psykisk helse som en prosess, ikke en tilstand. Dette har implikasjoner for vitenskapelig tilnærming. Det utfordrer den tradisjonelle vitenskapelige hangen til objektiv måling og vurdering, og gir et annet perspektiv på symptomer, behandling og sosialt liv. Det har implikasjoner for profesjonell organisering av tilnærming til psykisk helse. Samtidig vektlegger Topor at det ikke her er snakk om enten eller, men heller både og. Han tar gjennom dette til orde for fleksibilitet med ivaretagelse av pasientens individualitet som mål.

Konkret kan mye av det Topor (2006) tar for seg oppsummeres i at individet behandles som en person, med de kompleksiteter det innebærer. Det søkes ikke å redusere problemene til symptomer og diagnoser, men heller ta høyde for kompleksitet og individualitet. Kompleksitet løftes frem som en egenskap hos alle mennesker, i det at vi alle innehar mange roller. Det vil sannsynligvis ikke finnes en ensartet beskrivelse av en person dersom du snakker med flere som kjenner personen, med mindre det generaliseres på en slik måte at personens særegenhet langt på vei fjernes. Da vil du også ta bort vesentlige deler som gjør denne personen til den den er og herved fjerne den subjektivt opplevde verdien av individet.

Topor (2003) viser til at bedring kan sees ganske uavhengig av metodisk tilnærming. Ingen spesiell tilnærming har vist seg allmenngyldig, enten det er medisiner, psykoterapi, familieterapi, kirurgiske inngrep, healing eller andre alternative tilnærminger. Det viser seg at alle kan bidra, men ingen kan brukes som en universal tilnærming. Det tas her til orde for å trekke lærdom fra de som har gått igjennom en krise og opplevd bedring. Individets håndtering av problemene er kompleks. Topor (2006) har oppsummert brukeres utsagn om egeninnsats i forhold til bedring i åtte punkter.

- Å prøve å forstå innebærer at individet prøver å skape mening. I dette kan det oppstå meningsdannelser som ikke alltid er like lett for utenforstående å følge, i og med at våre opplevelser er subjektive.
- At individet fatter en beslutning innebærer at individet tar grep om egen situasjon i form av å ville endre aspekter ved sitt liv. Beslutningen blir først virksom når støtte fra omgivelsene oppnås og det legger igjen spor i personens liv.

- For noen innebærer psykiske problemer en pasifisering i forhold til eget liv. Derfor kan det å gjøre mer bli viktig i bedringsprosessen. Det kan innebære å formulere seg, å kjenne seg igjen, eller å søke seg til andre med lignende erfaringer.
- For andre kan det innebære å gjøre mindre ved å ta færre oppgaver, og heller å mestre det man gjør bedre. Det kan innebære at personen søker bort fra personer i liknende situasjon.
- Selvinstruksjon innebærer at personen resonnerer med seg selv og skaffer seg kontroll. Gjennom dette kan personen skaffe seg kontroll over symptomer og skape trygge rammer i hverdagen.
- Å unngå farlige situasjoner innebærer at personen utnytter kjennskap til seg selv, og gjennom det hankses med situasjoner som trigger uønskede tilstander. Personen blir gjennom dette også klar over positive situasjoner og har mulighet til å søke det.
- Symptom som håndtering innebærer at personen viser symptomer som en del av kommunikasjon. Symptomer blir i psykiatrien en målestokk for vansker, og kan dermed også bli et uttrykk for å oppnå mål, oppmerksomhet og omtanke.
- Håndtering av symptomer ut fra livssituasjon kan også gi utslag i avvikende atferd. Handlinger og utsagn sees her i sammenheng med mer eller mindre vellykkede forsøk på mestring, sett utenfra.

I forhold til andres bidrag til bedringsprosessen fremhever Topor (2006) flere punkt basert på brukererfaring. Jeg vil her fremheve Topors vektlegging av noen kjennetegn for gode mellommenneskelige relasjoner. I de følgende punktene lages det ikke spesielle kriterier for mennesker med psykiske problemer, men noe vektlegges i større eller mindre grad i forhold til individualitet.

- Noen går ut over det brukeren forventer.
- Tid
- Praktisk, emosjonell og sosial støtte.
- Gjensidighet i relasjoner.
- Likeverdighet og nysgjerrighet.
- Individuelt tilpasset tilnærming som fremhever og ser det unike hos individet.

- Hvem tilbyr hjelpen? Hjelp kan være relasjonsavhengig.
- Å gjøre noe annet og uforventet.
- Ingen universal løsning.
- Det som hjelper en periode, er ikke nødvendigvis til hjelp senere.
- Diagnose og problematikk har ikke fasitløsninger.
- Det er individet som skal ha hjelp, ikke hans/hennes diagnose.
- Hvordan er livssituasjonen?
- Hvilke ressurser er tilgjengelig?

I tillegg til dette trekker Topor (2006) inn utenforliggende faktorer som medisiner, penger, det åndelige og brukerstyrte virksomheter. Ut fra brukerfortellinger fremheves det at disse avhenger ikke bare av innhold, men også hvilken sammenheng de fremgår i. Disse tingene er også en bidragsyter i forhold til selvbilde og mulighet for å kunne realisere seg selv, både positivt og negativt. I forhold til disse faktorene er det medisiner som har fokus fra de profesjonelles side, mens de tre andre kan komme mer i bakgrunnen.

Topor tar som sagt til orde for refleksjon om profesjonalitet, og utfordrer tradisjonelle tanker om profesjonalitet i forhold til kunnskap, kontroll og sosialt samspill.

#### **4.4.5 Fra teori til praksis: Dialogisk nettverstenkning**

Jakko Seikkulas tilnærming til psykisk helse går gjennom nettverkstenkning (Seikkula og Arnkil, 2007) og åpne samtaler (Seikkula, 2008). Tilnærmingen viser til en forståelse av mennesket som sosialt og kontekstavhengig.

Nettverkstenkning innebærer at individet alltid forholder seg til andre individ og grupper (Seikkula og Arnkil, 2007). Dermed sees opplevelse som kontekstavhengig, og problemer løses gjennom samhandling. I denne forbindelse fremheves viktigheten av å skille mellom funksjons-sosialt nettverk og nettverk sett i sosial støttesammenheng. Et tilfredsstillende sosialt nettverk har relasjoner som innebærer at individet får og gir hjelp. Nettverk sees som en helhet av menneskelig relasjon, relasjoner mennesket selv opplever som

viktig. Utviklingen av sosiale nettverk og sosial identitet skjer gjennom samhandling, og denne samhandlingen gir individet åndelig støtte, materiell hjelp, tjenester, kunnskap og nye relasjoner. Sosiale nettverk sees som skapt i individets sinn i forhold til behov, ikke som et aspekt ved omgivelser. Dette eksemplifiseres ved forskning gjort på gjentakende mønster når nettverk etableres blant folk som flytter. Dette peker på ivaretagelse av individuelle sosiale behov i forhold til sosiale nettverk. Nettverkstenkning setter individets subjektive opplevelse i sammenheng med kommunikasjon med omverden. Kommunikasjonen blir i denne sammenheng sett som både verbal og nonverbal gjennom vår sansing og tolkning av verden rundt oss. I denne forbindelse bruker Seikkula begrepet grensesystemer i sammenheng med virkelighetsdannelse.

Grensesystemer tar utgangspunkt i virkelighet som et individuelt subjektivt anliggende (Seikkula, 2008). Individuell subjektiv virkelighet dannes og er foranderlig i interaksjon med andre virkeligheter. Det vil si at subjektiv virkelighet dannes i grenseområdet mellom forskjellige subjektive virkeligheter. Denne forståelsen av virkelighetsdannelse gir også grunnlaget for mulighet til endring. I forhold til grenseområder gjelder dette for individet både innad og utad. Dette kan eksemplifiseres ved at individet innehar flere roller og sammenhenger. I relasjoner innebærer det at vi kan oppfattes forskjellig ut fra hvilken rolle vi sees i lys av. En kvinne kan sees i lys av å være kvinne, mor, elskerinne, oppdrager, datter, arbeidstaker etc. Det vil si at individet har sin fortolkning av disse rollene og omverden har sin fortolkning ut fra møtet med individet. Disse virkelighetene kommer sammen og danner opplevelsen av seg selv innad i grensene mellom de forskjellige rollene, og utad i samspill med andres virkelighet. Slik sett dannes virkelighet gjennom indre og ytre dialog.

I dialogisk forståelse av virkelighetsdannelse blir språk viktig som medium i møtet mellom forskjellige virkeligheter. Seikkulas (2008) tilnærming går ut på å skape rom og tilrettelegge for endring gjennom at de forskjellige virkeligheter kommer til uttrykk i dialog. Målet i tilnærmingen kan sees som økt mellommenneskelig forståelse. Hva individet ønsker å gjøre med denne økte forståelsen er ikke et anliggende for hjelpeapparatet, det er individet selv som bestemmer hvordan dette skal anvendes i eget liv.

Tenkningen tar til orde for individuell subjektiv opplevelse som viktig i forhold til psykisk helse, samtidig som det er vesentlig at individuell opplevelse settes i sosial kontekst. Denne tenkningen bryter med tradisjonell vitenskapelig tenkning, hvor det som skal undersøkes fragmenteres og objektiveres. En tenkning som dette åpner for kompleksitet uten

reduksjonisme eller forenkling, og tar høyde for det dynamiske og foranderlige i psykisk helse.

Seikkula (2008) peker på syv prinsipper for organisering av profesjonell tilnærming til psykisk helse.

- Umiddelbar hjelp tar utgangspunkt i at det er nå brukeren er i en krise. Øyeblikket sees som en mulighet for å komme i kontakt med utfordringen på en annen måte enn hvis det går tid i forhold til meningsdannelse og mestring.
- Å ta hensyn til det sosiale nettverk vektlegges i og med forståelsen av at individet inngår i en sosial sammenheng. Det sosiale nettverket defineres her av den som har kontaktet hjelpeapparatet, og ved videre møter defineres det av den kriserammede. Tanken her er at det er den kriserammede som er best i stand til å definere hvem som inngår som viktige i eget liv.
- Fleksibilitet og bevegelse innebærer at hjelpeapparatet tilpasser sine aktiviteter til pasientens og det sosiale nettverkets behov. Det vil si at hyppighet og terapeutiske metoder tilpasses ut fra behov og ønske. Møtested er etter hva personen og nettverket ønsker.
- Ansvar for å arrangere møte hviler på helsearbeideren som ble kontaktet. Arbeidsgruppa settes i utgangspunktet sammen på bakgrunn av første kontakt, og andre instanser kobles inn etter behov. Dette for å spare den som henvender seg for håpløsheten som kan ligge i videre henvisninger. Med ansvar følger også mulighet for beslutninger. Det vil si at avgjørelsesmyndighet er tilgjengelig, og eventuelle uenigheter diskuteres åpent slik at den kriserammede og nettverk har mulighet for innsigelser.
- Kontinuitet innebærer at den kriserammede har et helhetlig tilbud hvor de instanser som deltar inkluderes. Dette for å unngå problemer med forskjellige behandlingsnivå. Gruppen bør være organisert slik at den har mulighet for helhetlig ansvar.
- Å holde ut usikkerhet innebærer å øke tryggheten samtidig som mulighet for vekst i den kriserammedes ressurser ivaretas. Her er det viktig at den kriserammede og det sosiale nettverket ikke overlates til seg selv, men opplever å bli hørt og tatt på alvor.
- Dialogisme innebærer, som jeg har vært inne på før, ikke å endre den kriserammede eller det sosiale nettverket. Tilnærmingen har som ambisjon å skape dialog mellom de forskjellige personene. Det er her snakk om en prosess hvor de impliserte parter får klarlagt

de forskjellige opplevelser av situasjonen, og at det gjennom dette skapes økt felles forståelse som gir rom for endring.

Videre i Seikkulas (2008) tilnærming organiseres behandlingsmøtet som en felles utforskning av det foreliggende problem. I dialogisk tilnærming sees problemer som sosiale konstruksjoner som reformuleres i samtaler. Det er derfor vesentlig at de forskjellige stemmene høres som likeverdige. Det er den kriserammede og det sosiale nettverket som definerer problemet. Den profesjonelles oppgave blir slik sett å hjelpe med utforskning av problemet gjennom dialog og refleksjon.

Tanken bak dette er å skape menneskelige møter. Det innebærer å gå fra å håndtere symptomer til en felles opplevelse. I denne tilnærmingen tas det hensyn til den asymmetri som et møte med helsevesenet innebærer. Det tas hensyn til den ikke uttalte makt som ligger i møte med faglærte, og de implikasjoner det kan ha i forhold til definisjonsmakt. Her peker Seikkula (2008) på forskjellen mellom monolog og dialog i samtaler. Monolog vil si at en part forteller en annen part hvordan virkeligheten er, og låser slik sett problemstillingen. Dialog innebærer meningsutveksling som er idédannende, ikke bare i den enkeltes hode men også i rommet mellom deltakerne. Dialog fører dermed til å skape et nytt felles språk. Gjennom økt felles forståelse skapes det også et nytt fellesskap.

## 5.0 Tidligere forskning

Jeg vil videre se på tidligere forskning relatert til subjektiv opplevelse av hjelp i forhold til psykisk helse. Litteratursøk har gitt mange treff i forhold til subjektiv opplevelse av krise, men resultatene er mer begrenset i forhold til subjektiv opplevelse av hjelp. Det meste av litteratur her er narrativ, hvor hjelp ofte kommer som en del av krise som tema. Det er også en del forskning med brukerevaluering i sammenheng med hjelp, men da gjerne hvor ulike former for hjelp sees opp mot hverandre og effekt vurderes i forhold til statistikk. Forskning på brukerens subjektive opplevelse av hjelp er mer sjelden, og der den er tatt med er det gjerne innen definerte rammer i forhold til tjenestetilbud. Disse studiene viser at brukerne er mer fornøyd med en lokalbasert tilnærming enn institusjonsbasert tilnærming (Winess, Borg og Kim, 2010).

Søket ble avgrenset til kvantitative og kvalitative forskningsartikler, og da artikler basert på førstehånds forskning. Utgangspunktet var artikler publisert de fem siste år, men dette ble utvidet til de ti siste år. Metodisk tilnærming i artiklene ble vurdert, og i den forbindelse er det bare tatt med artikler som er publisert i anerkjente tidsskrift. Dette innebærer en kvalitetssikring av artiklene, men utelukker også noen innspill til tema.

Jeg startet søk etter tidligere forskning med enkelt google-søk på internett for å se hva som kom opp. I dette søket kom jeg frem til Winess et. al. (2010) som tar mål av seg til å systematisere eksisterende kunnskap om servicebrukeres erfaring/opplevelse med kriseteam og lokalbasert team. Målet for deres prosjekt var å utvikle denne type tjenester videre. Artikkelen viser til seksten forskningsstudier om temaet. Elleve av studiene målte effekt av, eller hvor fornøyd brukerne var med mobilt psykisk helseteam i forhold til bruk av institusjonsbasert tilbud. Fire av studiene er relevante for mitt prosjekt. Tre av disse er av samme hovedforfatter og bygger på samme datamateriale. Av disse ser jeg derfor nærmere på to.

Karlsson og Hultberg (2007) foretok en evaluering av et akutteams arbeid gjennom fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det ble foretatt syv kvalitative intervju som omhandlet personenes subjektive opplevelse av møte med akutteam. Det vises i denne studien til tre sentrale områder for erfaring som tematiseres. Det er den intervjuedes spontane og ureflekterte erfaringer, selvforståelse og oppfatninger av intervensjon. Studiet presenterer fem overordnede temaområder. Egenkontroll, å bli sett og hørt, ansvarliggjøring, flere stemmer og trygghet.



Egenkontroll tar for seg i hvilken grad det oppleves styring over eget liv, og denne opplevelsen settes i sammenheng med videre utvikling og vekst. Å bli sett og hørt sees som sentralt i personenes opplevelse av anerkjennelse fra den som skal hjelpe. Beskrivelse av gode møter med hjelpere viser til opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor. I intervjuene kom det frem at opplevelsen av å bli ansvarliggjort for valg virket inn på opplevelsen av hjelp. Det var en kilde til både positiv og negativ opplevelse av hjelp. Det å få inn flere stemmer var basert på teamets tilnærming gjennom bruk av åpne samtaler og refleksjon. I intervjuene kom det frem at det gav en opplevelse av å kunne se situasjonen fra flere sider uten at det ble definert en riktig måte, og dette gav mulighet for korrigeringer av teamets forståelse. I kommunikasjonen ble subjektiv opplevelse av det vanskelige vektlagt, og dette ble sett som et godt utgangspunkt for å øke forståelsen blant de involverte. Trygghet innebar en lettelse i bekymringer for møte med hjelpeapparatet, og det dreide seg om opplevelsen av å ikke være alene om det vanskelige. Trygghet i forhold til fleksibilitet og forutsigbarhet fra hjelpeapparatet viste seg i dette å være viktige stikkord.

Hopkins og Niemiec (2007) gjennomførte en deltakende forskningsstudie med intervju av sytti tidligere brukere av hjemmebasert behandling. Her fremkom det syv hovedtema som ble brukt videre i utforming av et evalueringsskjema for lokalbaserte tjenester. Temaene som kom frem i intervjuene var tilgang, tilgjengelighet, kontinuitet, kvalitet, valg/forhandling, kommunikasjon, endring og avslutning av tjenester.

I undersøkelsen kom det frem at det var ønskelig med rask og enkel tilgang til tjenester, og at behandlingstilbudet var tilgjengelig for de involverte innen rimelig tid når det oppsto et behov. Et godt hjelpeapparat ble sett som at fagfolk hadde oversikt over nødvendig informasjon, og at det ikke var nødvendig å forklare detaljer gang på gang. Det å bli lyttet til av respektfulle, kunnskapsrike, rolige og vennlige fagpersoner var også viktig for opplevelsen av hjelp. I fortsettelsen av det ble mulighet til forhandling om behandling vektlagt. I den forbindelse var det muligheten etter at den verste krisen hadde roet seg som ble vektlagt. God kommunikasjon i alle forhold av tjenester og relasjoner ble trukket frem, og kan i den forstand sees i relasjon til de foregående utsagn. Til slutt ble informasjon og samarbeid sett som viktig for en god overgang tilbake til egen lege eller annet omsorgsnivå.

Videre litteratursøk ble foretatt i databasene EBSCOhost scholar, EBSCOhost cinahl, EBSCOhost medline og PubMed. Søkene ble gjort gjennom frasesøk på: patient perception of help in mental health crisis, patient experience of help in mental health crisis. Alternativer til

ordet patient ble vurdert, men ble til slutt utelukket for å avgrense søket. Søk med alternativer gav ikke noe vesentlig endring i innhold i artiklene som ble funnet, og avgjørelsen ble da tatt for å begrense omfanget av søket.

I PubMed og EBSCOhost scholar gav dette til sammen syv nye artikler som basert på sammenfatning (abstract oversatt til norsk) kunne ha relevans for mitt prosjekt. Ved gjennomlesning ble dette redusert til fem artikler.

Frasesøk i cinahl og medline gav ikke noe tilfredsstillende treffbilde og det ble derfor brukt nøkkelordsøk. Nøkkelord ble begrenset til patient perception og patient experience, help, mental health. Dette gav ytterligere fire artikler som ikke var funnet fra før, og som basert på sammenfatning kunne ha relevans for prosjektet. Ut av disse var det tre artikler som var relevante for prosjektet ved gjennomlesning. En ble utelukket da den viste seg å være basert på andres forskning, og en ble utelukket da det viste seg å være intervjuer om pasienters opplevelse av hjelp og fagfolks oppfatning av tema. I artikkelen var det vanskelig å skille utsagn i intervjuene fra hverandre.

Patterson, Greeson og Campbell (2009) foretok kvalitativt intervju av 29 kvinner som hadde opplevd voldtekt men ikke søkt hjelp i etterkant. Studiet fant at kvinnene ikke hadde tro på at det offentlige systemet kunne hjelpe dem, eller at de trodde det ville skade dem psykisk. Det viste seg at kvinnene trodde det offentlige systemet ikke ville hjelpe dem fordi de ikke fant seg selv verdige tjenester, eller at deres historie ikke matchet den stereotypiske oppfattelsen av voldtekt. Kvinnene kunne ikke se hvordan systemet skulle kunne hjelpe eller beskytte dem fra deres overgriper. Videre antok de at personell i systemet kunne forårsake ytterligere mental skade gjennom ikke å tro dem eller bry seg om dem. Kvinnene fryktet at assistanse fra systemet kunne forsterke deres smertefulle følelser og forårsake kollaps i mestringsevne. Undersøkelsen fremhever at kvinner som ikke søker hjelp etter voldtekt muligens lar det være i et forsøk på å beskytte seg selv fra oppfattet sjanse for ytterligere psykisk skade.

Lester, Tait, England og Tritter (2006) foretok seks pasient-, seks helsepersonell-, og seks kombinerte fokusgruppeintervju. I alt ble atten fokusgrupper med fem til tolv deltakere intervjuet. Resultatet viste at pasientene følte at bare andre som hadde opplevd psykisk sykdom kunne forstå hva de gikk igjennom. Denne opplevelsen mente de kunne bli brukt til å hjelpe andre å navigere i hjelpeapparatet, gi råd om medisiner, og tilby støtte ved kriser. Dette ble også sett som en mulighet til å ta tak i fattigdom og sosial eksklusjon gjennom betalt

engasjement i helsevesenet. Fagfolk i helsevesenet var mer motvillige til pasienter som partnere enten det var i form av konsultasjon eller som utøvere i tjenestetilbudet.

Ball, Links, Strike og Boydell (2005) utforsket kriseopplevelse gjennom dybdeintervju med fjorten personer med alvorlig vedvarende mental sykdom. Gjennom dette ble det utviklet en grounded theory om kriseopplevelse. Resultatet viste til underliggende sårbarhet som forløper for utvikling av krise. Opplevelsen av krise inkluderte følelse av å være overveldet og mangle kontroll, som manifesterer seg i form av irritasjon, sinne, aggresjon, føle seg langt nede, engstelig eller euforisk. Dette avdekket en hel rekke faktorer som bidrar til kriseløsning eller forebygging. I artikkelen tilskrives kriseløsning at personen ikke lenger føler seg overveldet og følelsen av kontroll er gjenopprettet. Det å forbli i en slik tilstand er fokus med tanke på å forebygge krise. I intervjuene kom det frem at faktorer som bidrar til kriseløsning og/eller forebygging kan være eksterne og interne. Eksterne faktorer inkluderte medikamenter, innleggelses, organiserte aktiviteter, og støttende og omsorgsfulle relasjoner. Dette ble eksempelvis sett som stabiliserende og det å gi kontroll. Aktivisering ble sett som forebyggende i forhold til å motvirke negative effekter av å sitte hjemme for seg selv. Interne faktorer ble beskrevet som initiativ til aktivitet, og utarbeiding av personlige mestringsstrategier. Her ble aktivitet, berolige seg selv og kontrollere symptomer trukket frem.

Way, Sawyer, Kahkejian, Moffitt, og Lilly (2007) gikk igjennom to etablerte spørreundersøkelser og tilpasset etter det en spørreundersøkelse om oppfattelse av hjelp i forhold til mental helse i 21 fengsler. Analysen tok sikte på utforskning av tre mental helse tilbud og oppfattelse av hjelp. Det ble stilt syv spørsmål som graderte tilfredshet med tilbud og oppfattelse av hjelp fordelt på fire felt. Oppfattelse av hjelp ble knyttet til behandlingsprosess eller innhold, tilgang til klinisk personell, oppfattede fordeler av behandling og generell tilfredshet. I analysen ble det videre foretatt korrelasjonsanalyse i forhold til villighet til gjennomføring av medikamentell behandling, overtredelser med disiplinære følger, bruk av kriseceller og innleggelses. Dette viste en positiv sammenheng mellom vilje til medikamentell behandling og positiv oppfattelse av de fire feltene for oppfattelse av hjelp. Innsatte som bodde i forhold til overtredelser med disiplinære følger, hadde større korrelasjon til noen av spørsmålene. Det ble her bemerket korrelasjon til oppfattet effekt av behandling. Bruk av krisecelle hadde vesentlig negativ korrelasjon med tre av spørsmålene om kvalitets oppfatning i hele utvalget. Bare ett spørsmål var signifikant ved

korrelasjon til innleggelser. Artikkelforfatteren vektlegger at det er uvisst om dette er representativt for alle pasienter som mottar mental helsetjeneste.

Dewar, Mackay, Smith, Pullin, og Tocher (2010) tar for seg handlingsforskning som tilnærming til den politiske målsetningen i Storbritannia om at pasienters opplevelse skal prioriteres i helsevesenet. Artikkelen viser til et tre års forskningsprosjekt hvor pasientopplevelse ble direkte omsatt til praksis gjennom utarbeiding av et mer effektivt tjenestetilbud. Tilnærmingen gikk gjennom samtaler mellom pasienter og ansatte hvor pasienters opplevelse ble satt i sentrum ved samtaler om følelsesmessige berøring. Pasientens historie ble skrevet ned og gitt tilbake til pasienten med mulighet for oppklaring eller retting. Med pasientens tillatelse ble historien tatt opp blant personalet. Dette skapte refleksjon i forhold til å tilnærme seg pasienter som profesjonell, erfaringen av å motta tilbakemelding og hva teller som evidens i en evidensbasert praksis. I tillegg gav det uttelling for pasientene i form av justering av de profesjonelles tilnærming ved direkte individuell avklaring av opplevelse av hjelp.

Stenhouse (2011) intervjuet tretten personer som hadde vært innlagt på akutt post, med spørsmål om hvordan det opplevdes å være pasient på en akuttpsykiatrisk avdeling. I undersøkelsen vektla pasientene forventninger til å motta hjelp ved å få snakke med sykepleiere under oppholdet. Det kom frem at pasientene opplevde sykepleierne som for opptatt til å snakke med dem, og pasientene oppfattet mye av det sykepleierne drev med som ikke å være sykepleierrelatert. Siden pasientene opplevde å ikke få hjelpen de trengte fra sykepleierne, støttet de hverandre. Her varierte erfaringene fra opplevelse av hjelp til opplevelse av forverring gjennom tillegg til emosjonell byrde.

I tillegg til disse forskningsartiklene vil jeg nevne forskningen som Seikkula og Topor baserer sine teorier på. Topor baserer sin recoverytenkning og teori på egen forskning gjennom intervjuer med personer som har opplevd eller opplever mental krise. I tillegg trekker han inn annen forskning og tenkning som utfyller og/eller stiller spørsmål ved etablert tenkning. Huguelet, Mohr, & Borrás (2009) viser til recoverytenkning som en prosess og et organiseringsprinsipp for tilnærming til mental helsehjelp med fokus på subjektiv opplevelse.

Seikkula baserer også sin teori på egen forskning. Dette gjøres blant annet gjennom egen forskning på virkning av dialogisk nettverkstilnærming, og gjennom analyse av samtaler med personer som har opplevd eller opplever mental krise. Teorien trekker også inn annen forskning og teori, da blant annet relatert til språk og språkbruk.

## **6.0 Metode**

Dette kapittelet utdyper teorigrunnlaget for metodisk tilnærmingen til prosjektet. Jeg vil her redegjøre for hvorfor jeg har tatt de valg som er tatt.

I prosjektet tar valg av metode utgangspunkt i fire punkt som skiller mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming (Punch, 2001). Første punkt skiller kvantitativ tilnærming fra kvalitativ tilnærming gjennom forbindelse til tall/mengde data, noe som er logisk basert på navn på metodene. Andre punkt ser på forholdet empiri. Her sees tilnærming i forhold til pre-empiri og empiri, og avklaring av forskningsspørsmålet i forhold til konseptuelle og analytiske forhold så vel som tekniske og metodiske. Tredje punkt ser det utformede forskningsspørsmålet i forhold til behovet for dynamikk for å svare på spørsmålet. Altså i hvilken grad er undersøkelsen avhengig av åpne eller lukkede spørsmål: Kvantitative eller kvalitative? Fjerde punkt legger vekt på at metode skal følge spørsmål. Dette i forhold til om forskningsspørsmålet bindes av satt metode som begrenser svaret man får i andre enden.

Forskningsdesignet i denne oppgaven tar utgangspunkt i pragmatisk tilnærming hvor metode er valgt ut fra spørsmålet som stilles. I valget av tilnærming ligger det til grunn utfordringer i utformingen av forskningsspørsmålet. For å svare på spørsmålet i dette prosjektet er satte spesifikke spørsmål sett som en begrensning, og behovet for dynamisk tilnærming sett som vesentlig for å nærme meg den andres subjektive opplevelse. Det at det er utforskning, ikke konstatering, som er et mål i prosjektet, har vært vesentlig for valg av tilnærming. Dette har medført en prosess hvor bevisstgjøring av egen rolle og førforståelse har vært viktig. Utformingen av spørsmålet har vært igjennom flere omganger med diskusjon om hva det egentlig er jeg er ute etter.

Med utgangspunkt i at forskningsspørsmålet er sett i forhold til disse fire punkt, er derfor kvalitativ metode valgt i dette prosjektet.

### **6.1 Kvalitativ forskning**

Prosjektet tar mål av seg til å utforske opplevelse av hjelp. Det vil si at kvantifisering ikke i utgangspunktet ikke er viktig. Prosjektet bygger i utgangspunktet ikke på annen empiri enn en antakelse om at hjelp kan ses som en prosess i det å gå fra krise mot mestring, noe som igjen avstedkommer en bred tilnærming til den subjektive opplevelsen. Kvale og Brinkmann

(2009) fremhever kvalitativ orientering som en viktig og vesentlig tilnærming til beskrivelse av prosesser og fenomener. Her vektlegges viktigheten av pre-empiri i forhold til utvikling av kunnskap og praksis. Det innebærer at prosesser og fenomener beskrives før det utvikles teorier, forstås før de forklares, og ses som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter (Kvale og Brinkmann, 2009). I den videre tilnærmingen er derfor fenomenologisk tilnærming valgt. I forhold til Seikkulas og Topors tanker om psykisk helse har de innslag av både fenomenologi og hermeneutikk.

Valget av design på forskningsintervjuet er semi-strukturert intervju inspirert av Seikkulas åpen samtale tilnærming til psykisk helse. Dette for å gi minst mulig føringer i forhold til hva hjelp har vært for intervjupersonen.

## **6.2 Semistrukturert intervju**

I prosjektet er semistrukturert intervju valgt i forhold til forståelse av intervjupersonens eget perspektiv, og da særlig meningen med fenomener. Kvale og Brinkmann (2009) foreslår bruken av denne tilnærmingen som passende i forhold til utforskning. Det foreslåes videre at det lages en intervjuguide som sirkler inn bestemte tema, det vil si at intervjuet er en mellomting mellom åpen samtale og lukket spørreskjema-samtale. I utarbeidingen av intervjuguide for en semistrukturert tilnærming har hensikten vært at jeg selv skal påvirke hva personen ser som hjelp minst mulig. En strukturert intervjuundersøkelse sees, i forhold til prosjektets problemstilling, som begrensende og potensielt ledende for hva opplevelsen av hjelp er. Intervjuguiden ble utarbeidet, diskutert og evaluert i flere omganger i samarbeid med veileder fra UIA og bekjente med tilknytning til helsevesenet (kollegaer, brukere og pårørende). Målet var at intervjupersonen skulle snakke fritt om hva hjelp har vært for dem i det å gå fra krise mot mestring. Min oppgave ble mer sett som å sørge for å holde intervjuet til tema og sørge for utdypning. Intervjuguiden som ble utarbeidet følger med i denne presentasjonen (vedlegg 2).

### **6.3 Etisk protokoll for prosjektet**

Den etiske vurderingen i prosjektet er basert på fire punkter som Kvale og Brinkmann (2009) fremhever som etiske retningslinjer i intervjuundersøkelser. Disse punktene tar for seg informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle. De fire punktene har jeg sett opp mot Kvale og Brinkmanns (2009) syv forskningsstadier, jf kapittel 2.1. I dette ligger det en forståelse av etisk refleksjon som en gjennomgående prosess i utforming og gjennomføring av prosjektet. I forbindelse med metodisk og etisk forsvarlighet er prosjektet underlagt utredningsplikt opp mot Regional Etisk Komité (REK) for Helse sør-øst. Iverksettelse og gjennomføring av prosjektet har vært betinget REK godkjenning. I tillegg til det har forutsetning for prosjektet vært godkjenning av prosjektplan fra Universitetet i Agder.

#### **6.3.1 Informert samtykke**

Informert samtykke innebærer at utforming av forskningsspørsmål og hensikt med prosjektet gjøres forståelig for deltakere. Det har vært viktig å informere om hva den innhentede informasjonen vil bli brukt til. Informert samtykke innebærer også at personen deltar frivillig og at fordeler og ulemper ved prosjektet klarlegges. I forhold til psykisk helse kan også spørsmål om samtykkekompetanse komme opp, og dette er avklart i forhold til respondenter. I prosjektet er dette tatt hensyn til gjennom krav til utvalg (jf kapittel 6.4), og en skriftlig informasjon om prosjektet med et påfølgende samtykkeskjema. Informasjon/samtykkeskjema følger med i denne presentasjonen (vedlegg 1).

Informasjon om prosjektet ble gått igjennom muntlig før intervjuet startet og eventuelle uklarheter kunne tas opp. I forhold til informasjon om prosjektet ble det vektlagt tilstrekkelig informasjon opp mot å ikke legge føringer for respondentene i forhold til tema. Informasjonsskrivet hadde godkjenning REK, og var evaluert og tilpasset i samarbeid med kontaktperson i Mental Helse. Respondenten ble informert om sin rett til å trekke seg eller si ifra hvis det var ting de ikke ville snakke om. Transkribering ble gjennomført med fokus på konfidensialitet og nøyaktighet for å ivareta informert samtykke. Analysen ble gjennomført etter anbefalte trinn som det redegjøres for senere. I diskusjon av prosjektet er det vektlagt at informasjonene som har blitt innhentet brukes slik respondenten har blitt forespeilet. Prosjektet søker å fremstille subjektiv opplevelsen av hjelp slik det har blitt fortalt.

### **6.3.2 Fortrolighet**

Fortrolighet ble i prosjektet ivaretatt gjennom anonymisering av data. Utgangspunktet for utvalget var gjennom henvendelse til brukerorganisasjonen Mental Helse, og informasjon om prosjektet ble gitt gjennom kontaktperson. Jeg kontaktet respondenter og gjorde videre avtaler. Intervjupersonene fikk selv velge sted og tid for intervju. Dette for å søke at respondentene skulle føle seg trygge, og så langt det lar seg gjøre, føle seg komfortable med intervjusituasjonen. Lydopptak ble oppbevart separat fra kodeliste for hvem som ble intervjuet. Transkriberingen la som sagt vekt på nøyaktighet, og teksten ble anonymisert i forhold til personers navn, stedsnavn og navn på institusjoner, som gjorde det mulig å gjenkjenne respondenten.

### **6.3.3 Konsekvenser**

I prosjektet tas det hensyn til både positive og negative konsekvenser i forhold til forventninger til prosjektet. Dette innebærer avklaring om forskerens motivasjon og eventuell oppdragsgiver/sponsor for prosjektet. For intervjupersonen innebærer det en avklaring av påskyndelse for deltakelse. Videre en avklaring av forventninger til prosjektets videre nytteverdi. Dette fremkommer i kapittel 2.1, som er gjenspeilet i informasjonsskriv/samtykkeskjema (vedlegg 1).

I forhold til temaet i prosjektet ble også konsekvens i form av gjenopptakelse av tidligere traumatiske hendelser vurdert, og en handlingsplan for videre oppfølging utarbeidet. Gitt intervjupersonenes bakgrunn har det etiske aspektet vært viktig i forhold til utvalget. Dette er mennesker som har gjennomgått en krisesituasjon hvor de har hatt behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Mulighet for nye reaksjoner i forbindelse med samtaler rundt krisen de har opplevd ble vurdert som en mulig og viktig konsekvens. Derfor ble det foretatt avklarende samtale med intervjupersonen i forhold til det å ta opp temaet. Det ble kartlagt hvilke resurser intervjupersonene hadde tilgjengelig i forhold til å takle dette før intervjuet starter, og det ble deretter vurdert om samtale var etisk forsvarlig ut fra dette. De hadde i etterkant av intervju mulighet for støtte i organisasjonen Mental helse, og jeg vil selv være behjelpelig med kontakt videre i helsevesenet dersom det blir behov for det. I forhold til denne bekymringen vil jeg fremheve at utvalget består av personer som er i organisasjonen Mental helse på grunn av sitt engasjement for psykisk helse, og har etter min erfaring et



bevisst forhold til egen situasjon. Tidligere undersøkelser hvor brukerperspektivet er undersøkt har vist at nettopp denne vinklingen blir sett som viktig av dem det gjelder: brukerne (Svisdahl, 2008).

Vurdering av mulighet for re-traumatisering er reflektert over og tatt hensyn til i utvalget. I prosjektet ble første intervju gjennomført som en pilotstudie før resterende intervju ble avtalt. Det ble gjennomført et andre møte med respondenten to dager etter intervjuet, for å evaluere for eventuelle forbedringer.

#### **6.3.4 Forskerens rolle**

Forskerens rolle innebærer refleksjon og bevissthet. I alle faser av prosjektet har forskeren makt i form av språkvalg og språkbruk, temavalg og begrensning.

I prosjektets første fase hvor problemstillingen ble utarbeidet, innebar dette refleksjon rundt motivasjon og hensikt med prosjektet. I prosjektet har refleksjon i forhold til egne fordommer vært nødvendig, og avklaring av om motivasjonen for prosjektet var en mulig bekreftelse av fordommer eller videreutvikling av kunnskap. Valget av teorigrunnlag har også vært en utfordring. Det er ikke mangel på teori rundt temaet, så valget av teori falt i forhold til at jeg mener feltet innehar en kompleksitet hvor forenklet forståelse ikke bare fører til misforståelse, men kan få store konsekvenser for individets livskvalitet. Avklaring av et humanistisk vitenskapsteoretisk ståsted er også viktig for å gi lesere en klar forståelse av dette er en av flere måter mulige måter å nærme seg tema på.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til at det oppstår et asymmetrisk maktforhold ved intervjuundersøkelser. Poenget her er ikke at makt skal elimineres, men at det er et faktisk forhold som påvirker intervjuet. Makten ligger her i hva partene tar med seg til intervjuet i form av fordommer, interaksjon under intervjuet og behandling av den innhentede informasjonen etter intervjuet. I tillegg kommer rammefaktorer for intervjuet som tid, sted og valg av setting (formelt, avslappet osv.). I dagens samfunn verdsetter vi vitenskapelig tilnærming til utfordringer, og gjennom dette settes dermed også noen forventninger (positivt og negativt) til forskning. Dette påvirker ikke bare den som skal intervjues, men også hvordan forskeren selv velger å fremstå i forhold til prosjektet.

## 6.4 Utvalg

Utvalget er avgrenset til medlemmer av brukerorganisasjonen Mental helse, grunnet etisk vurdering i forhold til å oppsøke personer i målgruppen. Prosjektet har vært diskutert med representanter for organisasjonen med tanke på utforming og formål, og jeg har fått tilbakemelding om at dette virker interessant. Prosjektet har også vært diskutert med representant for Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri med samme respons. Disse har vært viktige samtalepartnere i forhold til utforming av problemstilling og tilnærming.

I utvalgskriteriene ble informert samtykke, fortrolighet og konsekvens (jf kapittel 6.3) sett i forhold til å kunne svare på forskningsspørsmålet på en etisk forsvarlig måte. Prosjektet søker sånn sett en balanse mellom nysgjerrighet for tema og ydmykhet for den individuelle subjektive opplevelse. Utvalgskriterier ble laget og deretter evaluert og diskutert. Kriteriene for utvalget i prosjektet ble som følger.

- Personen har gjennomlevd krise hvor mestring i forhold til den aktuelle krisen er gjenopprettet. Dette i forhold til å kunne reflektere over hva som har bidratt positivt i prosessen fra krise til mestring i retrospekt.
- Personen har hatt behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Siden krise, hjelp og mestring sees i lys av subjektiv opplevelse sees det som nødvendig å operasjonalisere og begrense begrepene.
- I utvalget ønskes begge kjønn representert.
- Alder er satt til personer som er myndige, 18 år og eldre, for å unngå konflikt med samtykke til å delta.

Utvalget ble gjort gjennom informasjon til Mental helse sine medlemmer. Denne begrensningen av utvalget ble gjort i forhold til etisk vurdering. Her ble det vektlagt medlemmenes engasjement og åpenhet i forhold til psykisk helse.

Utvalget besto av fem personer. Størrelsen på utvalget ble styrt av en balansegang mellom metning i forhold til at det gjennom flere intervju ikke blir tilført nye utsagn/meninger, og at datamengden skal være håndterlig i forhold til tiden som er til disposisjon for prosjektet. Dette er i samsvar med Kvale og Brinkmanns (2009) anbefalinger.

Informasjon om prosjektet ble gitt på møte organisasjonen har, og leder var behjelpelig med kontakt med potensielle respondenter som ikke var på disse møtene. Navn på interesserte respondenter ble videresendt fra ledelsen i Mental helse, til jeg hadde antallet jeg trengte. Dette ble gjort på denne måten fordi medlemmene ønsket det slik. Det var også mulig å kontakte meg direkte for de som ønsket det.

I forhold til utvalg ble Ritchie og Lewis (2005) anbefalinger brukt som retningslinjer for samarbeid med Mental helse. Disse tar høyde for hvem eller hva som skal representeres, og hva som er passende informasjonskilde. De fremhever bruk av organisasjoner for å representere spesifikke målgrupper, og fremhever det som godt egnet i forhold til studier som omhandler samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Ritchie og Lewis (2005) anbefaler videre et tett samarbeid med organisasjonen, og at utvalgsriterier for undersøkelsen spesifiseres. Det anbefales at organisasjonen sørger for utvalget i henhold til gitte spesifikasjoner. Det anbefales at organisasjonen henvender seg til mulige deltakere og forespør dem. I forbindelse med denne forespørsel anbefales det at forskeren sørger for skriftlig informasjon. Den skriftlige informasjonen som ble gitt i prosjektet følger her til slutt i vedlegg 1. Organisasjonens mulighet til å påvirke utvalget ble diskutert med kontaktpersonen, i samsvar med Ritchie og Lewis (2005) anbefaling.

## 7.0 Gjennomføring

Kapittelet tar for seg gjennomføring, og redegjør for valg i forhold intervju, transkribering og analyse.

### 7.1 Intervju

Intervju kan sees som produksjon av informasjon og kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). I forbindelse med intervju som forskningsverktøy er det flere aspekter som har innvirkning på informasjons- og kunnskapsproduksjon. Dette gjelder utforming av intervju spørsmål og de valg som foretas i forkant av intervjuet, og i forhold til gjennomføring av intervju. I den forbindelse ble det i prosjektet utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden hadde som mål å ivareta utforskning av forskningsspørsmålet gjennom utforming av spørsmål, samt å ivareta informert samtykke, konfidensialitet og trygghet (jf kapittel 6.3) for den som ble intervjuet. Kvale og Brinkmann (2009) viser til at kunnskap i intervjusammenheng skapes i skjæringspunktet mellom intervjuerens og den intervjuedes synspunkt. I den sammenheng ble spørsmålene utformet med tanke på å fange intervju personens subjektive opplevelse av hjelp med minst mulig føringer og premisser for hva opplevelsen av hjelp innebærer. Intervjuerens oppgave ble slik sett å holde intervjuet til tema, søke utdypninger, og bekreftelser/avkreftelser av forståelse av utsagn.

Metode for registrering av det som ble sagt i intervjuet ble også vurdert i forhold til å fange budskapet fra intervju personen. Alternativene som ble vurdert var film, lydopptak, eget minne og notering under intervju. Minne ble utelukket i forhold til personlige egenskaper til intervjueren. Notering ble utelukket i forhold til forstyrrelser for den som blir intervjuet og sjanse for mangelfull registrering. Video ble utelukket av hensyn til at noen av intervju personene synes det var ubehagelig. Det var også ønskelig med en enhetlig registreringsmetode for alle som ble intervjuet. Lydopptak er valgt som et kompromiss mellom at den som intervjues er komfortabel med situasjonen og at jeg i størst mulig grad fikk registrert budskapet i intervjuet.

De fem intervjuene som ble gjennomført gav 5 timer og 54 minutter lydopptak som ble transkribert over 219 sider.

## 7.2 Transkripsjon

Et muntlig intervju innebærer en kontekstavhengig interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Kommunikasjon skjer både verbalt og nonverbalt i mellommenneskelige relasjoner. Dette aspektet ved transkribering av intervju er en utfordring. En skriftlig fremstilling av en muntlig samtale kan lett miste eller feil fremstille budskapet i det som blir sagt. Kvale og Brinkmann (2009) viser til transkripsjon som en oversettelse fra tale til skrift. Det fremheves at skriftlig og muntlig fremstilling innebærer forskjellige språklige spill. Et velformulert skriftlig utsagn har ikke nødvendigvis samme virkning når det fremstilles muntlig og vice versa. Skriftlig fremstilling kan også miste det sosiale samspill, kroppsspråk, stemmeleie, ironi, sarkasme osv. som kan være en del av et muntlig budskap.

I forhold til å fange budskaper i intervjuet vil registreringsmåte derfor ha innvirkning på validitet av intervjuene. I prosjektet ble lydopptak valgt som registreringsmåte av intervju. Forskjellene mellom muntlig og skriftlig fremstilling har jeg søkt å klargjøre gjennom bevissthet overfor mine inntrykk, og gjennom direkte oppklarende oppfølgingsspørsmål i forhold til dette. I transkripsjonene er det tilført utdypning i parentes som viser til stemmeleie, tonefall, pauser, intensitet i samtalen.

I forhold til transkribering ble det vektlagt at den som foretok intervjuet også transkriberte. I prosjektet vil det si at en person har foretatt samtlige intervju og sørget for transkribering. Her ble en ordrett gjengivelse av samtale foretatt, samt at pauser, intensitet, emosjonelle uttrykk, og et helhetsinntrykk i forhold til intervju ble notert. Transkripsjonene er deretter lest igjennom samtidig som lydopptaket høres på, for å få samsvar mellom det som er skrevet og det som sies i intervjuene. Her er det flere utfordringer i form av hvor setninger avsluttes, lengder på pauser, når pauser kommer i forhold til det som blir sagt, valg og bruk av ord, individuelle emosjonelle uttrykk osv. I forhold til å bruke intervju som forskningsverktøy er dette utfordringer i forhold til forståelses- og fortolkningsprosessen.

Reliabilitet blir i så henseende et aktuelt tema. I prosjektet vil reliabiliteten styrkes av at samme person foretar intervju og transkriberer i forhold til samsvar mellom tale og skrift. Transkripsjonens intersubjektive reliabilitet er farget av at det er en person som har tatt valg i forhold til forståelse av intervjuene, og styrke og svakheter med dette er diskutabelt i forhold til kvalitativ tilnærming. Uansett sees det som viktig at dette klargjøres i forhold til prosjektet.

Kvale og Brinkmann (2009) peker på at transkripsjoner er sosiale konstruksjoner, og at korrekt transkripsjon derfor bør sees opp mot hva som er nyttig for prosjektet. I dette henseende viser det til en postmoderne oppfatning av virkelighetens språklige konstituering, og indre menings- og kommunikasjonsbrudd i kontekst som grunnlag for kunnskap.

### 7.3 Analyse

I tilnærming til analyse anbefaler Kvale og Brinkmann (2009) at metoden følger hva som skal undersøkes og hvorfor undersøkelsen foretas. Det vil si at analysen sees som veien mot målet. Ved utforskende formål foreslåes det at transkripsjoner behandles som levende samtaler med tanke på at det gjengir en muntlig diskurs. Kvalitativ undersøkelse skiller seg slik sett fra kvantitativ undersøkelse ved hva som gir reliabilitet og validitet. Kvantitativ metode er rettet mot kvantifiserbare likheter og ulikheter, mens kvalitativ metode søker utforskning og beskrivelse i forhold til spørsmålet. Kvalitativ metodisk tilnærmingen er derfor annerledes og mer fleksibel enn kvantitativ statistisk tilnærming.

Kvale og Brinkmann (2009) foreslår en analysetilnærming som mer kan sees som en dialog om mening mellom forsker og tekst. Teksten det jobbes med kan sees som en skriftlig statisk gjengivelse av et levende dynamisk mellommenneskelig møte, og den sosiale konteksten kan i den forbindelse komme i bakgrunnen i analyse. Det fremheves videre at analyse betyr å dele noe opp. Det vil si at analysen fremhever enkelte bestanddeler fra helheten. En fragmentert fremstilling kan unektelig peke mot vesentlige og viktige bestanddeler, men gir ikke dermed nødvendigvis forklaringer på helheten.

I dette prosjektet foretas det en meningsfortetning i forhold til forskningsspørsmålet. Analysen av data blir gjort med en kombinasjon av lesing av transkripsjon og lytting til lydopptak. Grunnen til det er at denne tilnærmingen kan gi forskjellige dimensjoner til forståelse av budskapet til den som blir intervjuet, og at de kan utfylle hverandre med tanke på utforskning av fragmenter som deler av en helhet. Meningsfortetning forkorter intervjupersonens uttalelser samtidig som den gjengir det umiddelbare som blir sagt. Kvale og Brinkmann (2009) viser til en femtrinns tilnærming til fenomenologisk basert meningsfortetning utviklet av Giorgi. Første trinn er en gjennomlesning av intervjuet med fokus på helhetsforståelse. Andre trinn er en bestemmelse av naturlige meningsenheter slik de uttrykkes av intervjupersonen. Tredje trinn er å uttrykke tema som dominerer

meningsenhetene i trinn to så enkelt og klart som mulig. Her vektlegges det at forskeren søker å lese intervjupersonens svar så fordomsfritt som mulig, og at uttalelsene tematiseres fra intervjupersonens synsvinkel. Fjerde trinn er undersøkelse av meningsenhetene opp mot undersøkelsens formål. Femte trinn er en sammenbinding av de viktigste emnene i et deskriptivt utsagn.

I analysens første og andre trinn ble transkripsjonen lest igjennom samtidig som lydopptaket ble hørt på, med tanke på ivaretagelse av budskap i det som sies i intervjuene. Dette ble sett som viktig for helhetsinntrykk og for sammendrag til meningsenheter.

Første til fjerde trinn i analysen ble skjematisk løst som følger:

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Transkripsjonsteksten ble skrevet inn i denne kolonnen.	Transkripsjonsteksten ble skrevet om til naturlige meningsenheter i denne kolonnen.	Meningsenhetene ble tematisert i forhold til hovedtema med eventuelle undertemaer i denne kolonnen.	Temaene ble sortert og det ble utarbeidet datamatrix for hovedtema og undertema.

I fjerde trinn ble det utarbeidet en matrix for å få bedre oversikt over hovedtema med undertemaer. Datamatriksen for intervjuene følger som vedlegg 3 til prosjektet, i og med at den først og fremst er et verktøy brukt for egen del i forhold til systematisering og oversikt.

Datamatrix for hovedtema med undertemaer					
Hovedtema	Undertema	Forståelse av sykdom	Egenutvikling	Opplevelse av hjelp	Undertema
Opplevelse av hjelp			x		
Egenutvikling					
Opplevelse av egen helse				x	
Hovedtema					

Opplevelsen av hjelp som undertema for andre hovedtema. Eksempel: opplevelse av hjelp markert som undertema for opplevelsen av egen helse.

Opplevelsen av hjelp som hovedtema med markeringer for egenutvikling som undertema.

Markør for om undertemaet inngår som del av hovedtema.

Eksempelmatriksen viser at noen av hovedtemaene også er undertemaer. I eksempelet viser det at opplevelsen av hjelp har vært hovedtema i meningsenheter, men har også vært undertema i opplevelsen av egen helse i intervjuene. Datamatriksen ble brukt som et hjelpeverktøy for registrering av hovedtema og undertema, og ble brukt som en oversikt over temaer som ble tatt opp i samtalene.

Femte trinn tok utgangspunkt i datamatriksen, hvor opplevelsen av hjelp er hovedtema med undertemaer. Dette ble supplert med opplevelsen av hjelp som undertema for andre hovedtema. Etter dette ble temaene organisert i beslektede kategorier, og deskriptive utsagn for kategoriene ble utarbeidet med mulighet til å knytte kategoritema til meningsenhetene og transkripsjonstekstene gjennom skjemaet for trinn 1 - 4.

Fjerde og femte trinn i analysen ble utfordrende gitt temaets kompleksitet. Som det fremgår av datamatriksen er opplevelsen av hjelp tematisert som både hovedtema og undertema i intervjuene. Det vil si at intervjupersonene fortalte om opplevelse av hjelp som hovedtema, og opplevelse av hjelp som undertema for andre opplevelser. Datamatriksen kan gi en pekepinn på kompleksitet i utforskning av subjektiv opplevelse av hjelp. Her viste det seg at opplevelsen av hjelp har gjensidig forhold til andre tema, som igjen har gjensidige forhold. Prosjektets deskriptive utsagn gir i så måte en pekepinn på hva temaet kan innbefatte, ikke hva det er begrenset til.



## 8.0 Deskriptivt utsagn

I forhold til opplevelsen av hjelp kom jeg frem til ti kategorier med undertemaer. I det deskriptive utsagnet vil jeg ta for meg kategoriemnet som utgangspunkt og bruke datamatriksen og skjemaet med trinn 1 - 4 i analysen. I kategoriene har jeg benyttet datamatriksens hovedtema og undertema som stikkord for sammenfatningene. Opplevelsen av hjelp tematiseres ut fra kategori hvor jeg har søkt å formidle det som ble sagt i intervjuene, og det er brukt utsagn for å vise til tema. Det som fremstilles her har vært gjenstand for en prosess som korter ned samtaler, og søker å gjengi innhold som ble gitt i en sammenheng om et komplekst tema. Utsagnene som det vises til har flere tema i seg, og det er en utfordring å ta dem ut av sammenheng.

## 8.1 Hendelsesforløp

Under intervjuene viser det seg at å snakke om opplevelsen av hjelp uten å se det i forhold til hendelsesforløpet er en utfordring. Opplevelsen av hjelp blir kontekstuell i det at hendelsesforløpet er med på å sette opplevelser av hjelp i perspektiv i forhold til opplevelser av krise og opplevelser av mestring.

*”For det er jo noe av det med tilfriskninga at du skal etter hvert klare å mestre de tingene som du mestret før. Hvis du blir så syk at ikke du klarer det lenger så er det viktig at noen er der sammen med deg. For målet er jo at en skal komme tilbake der en var før en ble syk. Klare de daglige tingene. Altså, jeg tenker at det er ikke sikkert du noen gang kommer til å klare alt det du gjorde for noen år siden. Det er ikke et problem sånn jeg ser det med hvis en har det greit og klarer de dagligdagse tingene. Ja, at du får noe ro inni deg.”*

Uten opplevelser av krise og mestring vil det slik sett ikke være opplevelse av hjelp. Det kan være antakelser om hjelp, men opplevelse av hjelp vil det ikke være.

*”...så dermed så kunne jeg gå på stoff hele uka, og så kunne jeg gå ned der og si jeg var rusfri, og så trodde alle på det. Selv om det er bare meg selv jeg lurte oppi det hele. Men det hjelper ikke noe da, det var jo ikke noe jævla vits at jeg gikk der. Det var jo misbruk av di sin tid. Altså de, hvis de gjør det ordentlig så kan de bruke de pengene og den tida på å hjelpe noen som er mottakelig for hjelp, og som trenger*

*hjelp, hvis, og som kan få hjelp. Med å gjøre det riktig. For de måtte kanskje ta meg imot siden jeg var pålagt av NAV å gå der. Så måtte de ta meg i mot, og så siden jeg sa sånt så godtok de det jeg sa. Det ble jo, det er jo bare tull! Synes nå jeg da.”*

Ved å fjerne kontekst fra handlinger og følelser kan det se ut som om det menneskelige kommer i bakgrunnen.

*”...jeg ser på det som en støtte, et medmenneske. Som er der, som tåler deg i en krisesituasjon. Ja, tåler deg. Altså ser deg for det mennesket du er der og da, og, altså ser forbi kanskje atte. Bak dette sinneutbruddet eller tårene eller, så er det en forklaring på hvorfor en har det vondt. Ja! Sett og hørt, og selv om en kan bli misforstått der og da, så, så tør det mennesket å ta det opp. Altså sånn hva kan egentlig dette være. Hvis ikke en tåler, eh eh ja, til en har fått roa ned ting så kan det menneske kanskje få deg til å se på hva var dette som gjorde at du ble misforstått, eller hva lå bak her for noe?”*

Hendelsesforløp gir perspektiv på opplevelse, og danner rammer for opplevelse av krise, hjelp og mestring.

*”Altså i starten så skjønner du ikke helt, liksom, hvorfor ting er som de er. Du trenger litt tid, for å, jeg trenger det. Som om vi trenger litt tid for å forstå det. Det var ikke helt, det tok litt tid før jeg, ja, det gikk opp for meg hvorfor ting var som det var.”*

Hendelsesforløp trekkes også frem som hjelp i sammenheng med gjenkjennelse gjennom det å høre eller snakke med andre som har det vanskelig.

*”...du får høre hvordan de har det og liksom hva de jobber med og.. hvordan de takler de forskjellige situasjonene, og høre at de også opplever det vanskelig. Sånn som du mange ganger tror du er alene om...”*

## **8.2 Opplevelse av egen helse**

Hendelsesforløpet danner rammen for opplevelse. I sentrum for opplevelsen står personen som forteller historien fra sitt perspektiv. Her blir da opplevelse av egen helse vesentlig for opplevelse av hjelp. Dette trekkes frem i det at hvis det ikke oppleves noen krise

eller problem hos personen som skal hjelpes, vil det antakeligvis ikke oppleves noen hjelp heller.

*”Det var kanskje den mest smertefulle prosessen. Det var å innrømme for seg selv hvor en faktisk var og ikke gå rundt og tro at en var der en ønska å være.”*

Prosesen med å komme frem til en opplevelse av behov for hjelp beskrives veldig forskjellig, men samtlige beskriver det som krevende. Det beskrives som en prosess hvor tidsaspektet kan være frustrerende både for den hjelpetrequende, pårørende og hjelpeapparatet. Virkelighet blir et subjektivt anliggende.

*”...også kan en godt si at det kanskje ikke var realistisk det en trodde på, men en trodde på det! Og det er det viktige! Ikke sant. Når en er 80-90 % sikker på at det går galt, for det trodde en jo, og allikevel så tør du å gjøre det. Det viser jo at det er jo noe guts i deg allikevel...”*

Den virkeligheten som oppleves er en tolkning av hvordan verden rundt personen oppleves gjennom sanser og følelser. I opplevelsen av egen helse blir forsoning med egen situasjon dermed viktig og beskrives som vesentlig for å komme forbi opplevelse av krise. Hjelp i forhold til opplevelse av egen helse på godt og vondt knyttes i intervjuene også til gjenkjennelse.

*”Kommunen har en sånn turgruppe, og vi kjørte rundt i den der blå Mercedesbussen, og jeg følte meg altså så stigmatisert. For de som var der det var kronisk syke. Kan være jeg er med å stigmatisere, men poenget var jo at dette er folk som er så dopa at de svinger ikke på armene ei gang, ikke sant. Og så skal du gå sammen med disse. Disse skulle du gå sammen med inne i boligfeltet i nærområdet. Om ikke en følte seg stigmatisert før, så følte en det i alle fall da!”*

I intervjuene fortelles det om opplevelse av inkludering og økt forståelse for situasjonen, men også om fremmedgjøring og frustrasjon. I gjenkjennelse ligger det muligheter for andre perspektiv og løsninger på utfordringer som oppleves som frustrerende eller uoverkommelig.

*”Fordi at hvis du treffer mange av de på gata så kan de se så jævla perfekte ut. Så kommer du inn og så får du høre, faen heller, de er bare mennesker de og. Og de sliter på akkurat samme eller, de sliter enda mer. Faktisk er du jævla flink.”*

Opplevelse av egen helse i forhold til tid, virkelighet, perspektiv og gjenkjennelse påvirkes av omverden, og virker inn på opplevelsen av hjelp i både positiv og negativ retning.

### 8.3 Kunnskap

Opplevelsen av hjelp knyttes til kunnskap. Det kan være både gjennom teoretisk og praktisk kompetanse. Her vektlegges et pragmatisk forhold mellom teori og praksis. Hvis kartet ikke stemmer er det kanskje kartet som må endres, ikke terrenget.

*”...så er det jo ingen som kan fortelle meg mer at det hjelper enn at jeg ser hvor han er i dag i stedet for at det kommer en som bare har lest om det, og eller utdannet der og sier at dette hjelper, det er bra. Hva faen vet han om det liksom? Bare fordi andre har fortalt han at det er bra?”*

Kunnskap vektlegges som vesentlig for opplevelsen av hjelp gjennom forståelse av sykdom. Forståelse av sykdom har å gjøre med egenforståelse, og hvordan personen opplever å bli forstått og behandlet av omverden.

*”...men dette var jo bare en bjørnetjeneste. Da fikk jeg jo bare enda mer mat til unnvikelsene mine, ikke sant. Jeg fikk jo enda flere ting jeg ikke kunne gjøre. Og jo mindre du gjør over tid, jo mindre klarer du å gjøre. Så på en måte så tror jeg det er viktig når du snakker om hva som kan hjelpe, det er jo at de som er hjemme som du skal hjem til. At de også får litt opplæring på hvordan kan de hjelpe deg.”*

I forlengelsen av det tar de intervjuede opp forskjellige aspekter ved utredning og diagnose. Her fortelles det om utredninger og diagnostisering som et tveegget sverd hvor det kan virke frigjørende i form av at problemstillinger blir definert og kategorisert.

*”Og det er jo der jeg sier det at riktige diagnoser, liksom, hva som er mulighetene med den diagnosen liksom og sånt noe. Få, gjerne helst snakket med personer som virker normale eller sånn. Har jobb og klarer seg i, i samfunnet, samme diagnoser og sånt noe.”*

Den andre siden er en definert verden hvor det som oppleves ikke passer inn.

*”Du bare står og huler og skriker, og blir ikke tatt alvorlig noen steder. Du blir så fortvilet, du du, altså jeg.. var jo så så.. jeg ville jo bare dø.”*

## 8.4 Kommunikasjon

I forhold til opplevelse av hjelp kan kommunikasjon sees som det som binder alle elementer i opplevelsen sammen på godt og vondt. Kommunikasjon danner grunnlag for forståelse av situasjon. I dette ligger det mange betraktninger i forhold til hva de forskjellige aktører prøver å formidle og hva som oppfattes av mottaker.

*”Du bare står og hylar og skriker, og blir ikke tatt alvorlig noen steder. Du blir så fortvila, du du, altså jeg.. var jo så så.. jeg ville jo bare dø.”*

I forståelsen som søkes gjennom kommunikasjon ligger det også en utlevering av seg selv som person. I den forbindelse blir fortrolighet viktig.

*”...blir nesten paranoid hvis de ikke har taushetsplikt. Det er viktig at de sier, sier det, at de har taushetsplikt, for min del. Jeg vil ikke at ting skal bli snakket om, det jeg har sagt til andre. Ja, snakke om det. Det er mange som, de nevner aldri hva som er problemet. Det er vanskelig å ta tak i hva som er problemet. Du ser det er noe galt, men blir ikke helt.”*

Det ligger en sårbarhet i det å trenge hjelp utenfra, og da blir tillit og fortrolighet viktig. Dette igjen danner grunnlag for ærlighet om hvordan situasjonene oppleves.

*”...der har jeg en saksbehandler som viser skjønn, og forståelse, en som forstår meg som menneske. Ho er det greieste mennesket jeg har truffet noen gang i hele mitt liv. Ho gjør jobben sånn som jobben skal gjøres.”*

I behovet for å kommunisere ligger det også en kontekstuell sammenheng. I den sammenheng ligger det også et tidsaspekt.

*”Når du skal vrenge ut sjela di, du skal vrenge ut dine innerste tanker. Jeg har ikke av og på bryter på det jeg altså. Så på en måte så må en være i settinga som gjør at det føles naturlig. Det er veldig lite naturlig at noen sier at nå skal du prate om mora di. Husker du når du var ti år? Nei, altså, det var veldig unaturlig. Og så når du da på en måte endelig klarer og komme i gang, nei da er timen over. Nei det får vi ta neste gang. Altså hallo! Her har du altså prøvd også komme i gang, og når du da endelig kommer i gang nei da er det for sent. Nei, nå har jeg ny pasient.”*

For at kommunikasjonen skal være til hjelp vektlegges det at den er ut i fra behov, og at den tar hensyn i forhold til fortrolighet, ærlighet, forståelse og empati.

## 8.5 Egenutvikling

*"...det er ikke noe hjelp hvis du blir hjelpsløs."*

I intervjuene kommer det til uttrykk at når en har kommet frem til at en ikke mestrer på egenhånd er målet å mestre selv igjen. Intervjupersonene beskriver strev etter en relativ uavhengighet, det vil si en uavhengighet til det vi ikke ønsker å være avhengig av. Slik sett kan opplevelsen av sykdom være en opplevelse av uønsket avhengighet. Hvordan behovet for hjelp og strevet for å mestre kommer til uttrykk varierer med evnen til å uttrykke seg. Her beskrives en tung prosess som forutsetter egeninnsats, bevisstgjøring og valg.

*"...fordi at det er faktisk en jævlig jobb. Det er en mye vanskeligere jobb det enn å gå på kontor hver dag. Det skal jeg love deg. Det er en 24/7 jobb, med masse drit oppi, og kjempe tungt, og svette blod og tårer altså. Så det er litt kult å få litt kredit for det og. Det gir meg lyst til å stå på videre."*

For å komme seg videre mot mestring blir derfor en plan viktig. Når det snakkes om plan i intervjuene er det i lys av forsoning med egen situasjon, og opplevelse av egen situasjon og helse. Her trekkes samarbeid og kommunikasjon frem som viktige moment.

*"...jeg synes jo det er, har vært viktig at jeg har kunnet bidratt med det... lille jeg da kunne for å føle at..få en følelse av..ellers blir det...mmh...så blir en litt mer invalid på en måte hvis det at noen skal gjøre alt sammen for deg. Pluss at det går på samvittigheten, det at du må ha noen inn til å hjelpe sånn."*

I samarbeidet oppleves det forventninger til innsats og utkomme fra de involverte. Dette er en forståelse som er foranderlig ut fra hvilket ståsted som inntas.

*"...altså hvis det går på tilgivelse hva et annet menneske har gjort med deg fysisk og psykisk. Åh, hvordan skal jeg forklare det? Så trenger ikke jeg å ha noe mer med det mennesket å gjøre. Men jeg kan kanskje være så raus og så jobbe meg frem til at ja okay, jeg kan..jeg kan..jeg kan kanskje unnskj..ehh..tilgi deg for at ikke du visste bedre på en måte. Men jeg velger å ikke ha deg mer i mitt liv. Men det må og være en*

*tilgivelse som en har fått jobba frem i seg selv. Med det at..ja..skal det mennesket fortsatt ha makt over deg eller skal du bli fri på en måte? Og på den, for at du skal bli fri så tror jeg det..det er nødt til å ligge en tilgivelse i det. Men da må du og tilgi deg selv.”*

Opplevelse av, og forventningene til, progresjon blir dermed viktig.

*”...og så når en kommer i behandling så får en god hjelp og alt dette her. Og så er utfordringa at de hjemme faktisk er mer utålmodige enn du selv. Og en selv føler seg jo kanskje veldig utålmodig. Så jeg har jo en situasjon hvor pårørende ikke var fornøyd for jeg hadde jo gjort dette før: herregud var det noe? Ikke sant? Så på en måte, hver gang jeg fikk et lite løft så ble det slått tilbake igjen.”*

Hjelp i dette ligger i individuell tilpassing og tilrettelegging i forhold til tilbud. Hvilke tilbud som har hjulpet den enkelte varierer.

*”...ja, også var det jo veldig trygt. For i den tida så var det jo ei som het NN som var leder der da, og ho er jo et hjertegodt menneske. Så du følte deg inkludert fra første. Du fikk tillit, du, altså på en måte. Det er selvfølgelig litt personavhengig, hvem du møter, som tar deg imot. Men der var det på en måte litt av det samme som du hadde i spesialisthelsetjenesten atte du, du blir møtt du, du blir sett, du fikk tillit. Og det er det som skulle til. For det er klart, selvtilliten er jo ikke akkurat den største når du liksom skal prøve og ut og krabbe igjen. Ikke sant? Stabbe av gårde på veien tilbake til livet. Så det var veldig allright. Så jeg hadde en veldig utvikling der.”*

Det som har hjulpet er initiativ til endring og en gjensidig lydhørhet for erfaringer.

*”...så plutselig så sier ho til meg det at, vi må prøve noe helt nytt sier ho. Vi tar dobbelt time neste gang. Så sa ho ikke noe mer. Så kom jeg neste gang, så sier ho: nå skal vi se, nå tror jeg jeg har funnet løsninga sier ho. Det er ikke sikkert sa ho, men jeg tror det. Nå går vi ut. Da går vi ut på (stedsnavn), kjører vi ut. Ut til sjøen. Setter vi oss på et fjell, og så prater vi. Ser vi om ikke det blir lettere. I fra da så gikk vi aldri inn.”*

## 8.6 Motivasjon

I motivasjon ligger opplevelse av egen situasjon og helse og et håp om bedring. I opplevelse av situasjonen kan det ligge tunge utfordringer som er tidkrevende og frustrerende i forhold til progresjon.

*”...det er ikke andre enn deg selv som kan jobbe med, med deg selv. Men altså, du kan jo godt få litt heiagjeng rundt deg.”*

En hjelp i opprettholdelse av motivasjon og håp er det å ha noe å gå til og ha innhold i dagen. Det er opplevelsen av mening i hverdagen, og anerkjennelse av innsats og progresjon.

## 8.7 Nettverk

Intervjupersonene legger vekt på egenutvikling i det å gå fra opplevelse av krise mot opplevelse av mestring. Egenutviklingen skjer i den sammenhengen personen opplever å være i og dermed har nettverk innvirkning på opplevelse av krise, hjelp og mestring.

*”...for det er klart disse stakkars pårørende som skal leve med deg når du kommer hjem, og jeg har jo følt meg som en klump rundt foten i mange herrens år, ikke sant. Og du har jo ikke lyst til å bry de mer enn nødvendig. På en måte så har du jo ikke noe valg heller da. Når du kommer hjem så er det jo de som er der. Det er ingen sykepleier eller psykolog, eller et eller annet. For de skal plutselig være alt de!”*

I nettverk er det snakk om det å ha noen som tåler det vanskelige, som er der selv om det ikke er noen løsning i sikte. Det er å ikke være alene om det vanskelige.

*”...vi alle er jo mennesker uansett. Å ha den forståelsen at noen reagerer med følelsene forskjellig, men at vi alle har de der grunnleggende behovene i oss. Så da lurer jeg på hva er det som er så vanskelig med å være et medmenneske?”*

I nettverk kommer forståelse av sykdom inn sammen med opplevelse av helse. I den forbindelse fremheves likemann som hjelp i forhold til hendelsesforløp, egenutvikling, motivasjon og opplevelse av egen helse. Det er et praktisk perspektiv som oppleves som komplementerende til helsevesenets mer teoretisk orienterte tilnærming.



*”...for det første så har han førstehånds kunnskap til akkurat det jeg skal gjøre. For det andre så er det jo ingen som kan fortelle meg mer at det hjelper enn at jeg ser hvor han er i dag.”*

## **8.8 Tilnærming**

I forhold til tilnærming har det allerede vært vist til opplevelser i forbindelser med samtale og kommunikasjon. I den forbindelse har forholdet til tilnærming blitt utdypet med forholdet mellom samtale og handling.

*”...noen må jo dra deg ut av det, eller så må du dra selv deg ut av galskapen du er i når alt er bare kaos. Det nytter jo ikke også stå å rope når du ligger i elva...så nytter det ikke og stå og rope at ja du må bare gjøre sånn og sånn og sånn. Altså først og fremst så er det jo å få mennesket opp på land, og så må en tørkes og alt det, og ha en trygg situasjon, det er da en kan begynne å jobbe med tingene.”*

Et annet moment er å finne frem i et samfunn som ikke alltid er like oversiktlig og som kan virke overveldende og skremmende. I den forbindelse vil samtale ta deg enn så langt, deretter er det handling som må til.

*”Nei altså det er jo det at en kommer seg ut hjemme i fra. Altså, en, en må ut og prøve seg. Ut og møte verden ja. Og det hjelper ikke og så trekke seg tilbake i hiet altså. Det er ikke der verden er. Men det er godt å.. du skal ikke underkjenne at, at en trenger et eehh.. hjemmets lune rede og at det er trygt og godt, for det er, det er selvfølgelig det er primær behov, og en må ha en plass som en kan føle at en kan slappe av, kjempe viktig. Men det er jo ikke der verden...ting foregår liksom. Og det å være en tilskuer i livet eller en deltager i livet, det er jo noe du velger.”*

Det å komme dit at en må møte verden kan være svært utfordrende. Over tid har personen bygget opp et eget mestringsrepertoar.

*”Der kan jeg fortelle deg alle grep og alt du skal gjøre for å få alle folk til og så, som ikke vet at du, helt, at du er så langt nede som du er, til ikke å skjønne at du er så langt nede. Jeg kan fortelle alle hvordan du skal gjøre det. Det er ikke, ikke vel, det vet jeg alt om. Så det. Ja, altså ja, det. Jeg vet hvordan du skal få de til å synes du er jævla flink.”*

Det å se muligheter og løsninger kan i seg selv være en utfordring, og gjennomføring kan være svært utfordrende. I det ligger det en praktisk støtte i forhold til gjennomføring. For å ha balanse i hverdagen må regninger betales, mat handles og annen fysiske forutsetninger ivaretas.

*”Du trenger å øve på ting og, ja bli sterkere. Skjønne hvordan ting fungerer, rett og slett og folk.Enkelte folk, i hvert fall sånn som meg, jeg trengte den tida som er. Ehh, ja!Ja å øve på å klare hverdagen.”*

## **8.9 Medisinering**

Forholdet til medisinering er ambivalent. Erfaringer og opplevelse av hjelp kan være at medikamenter er uvurderlige.

*”Det som hjalp meg det var det at jeg kom til utredning selv og fikk inn medisiner. For da kunne jeg sette meg ned og så systematisere ting og tanker og sånt noe.”*

Og opplevelse av at medikamenter er hemmende.

*”...og så sjekke ut om det faktisk er sånn, er det som hjelper. Ikke medisiner. Altså, medisiner gjør deg bare sløv. Så det.På en måte det å mestre, for da har det jo ikke noe, da kan du ikke si at jeg klarte det fordi jeg gikk på medisiner. Jeg klarte det faktisk på egenhånd.”*

Kost og kosthold trekkes inn i opplevelse av hjelp.

*”Kostholdet har veldig mye å si også... sånn kosthold hjernen egentlig trengte.”*

## **8.10 Hjelp til hvem?**

I forhold til hjelpeapparatet stilles det spørsmål ved en del rammer for hjelp.

*”...og det er der det svikter. Så det. Hadde noen kunne gjort noe med det. Kanskje det ikke skulle være noe kommunalt og statlig system, altså få visket vekk dette. Ja, for det blir sånn dårlig servitør vitser: Det er ikke mitt bord. Ikke sant? Det kommunale*

*tjenestetteam som skal ha deg på forvern, og så skal spesialisthelsetjenesten ha deg i behandling, og så skal det kommunale ta det på ettervernet. Det funker ikke.”*

Dette dreier seg om administrasjon, byråkrati og faglighet.

*”...fordi at jeg vil jo ikke si at jeg har fått noen særlig hjelp. De har jo bare nærmest prøvd å motbevise meg, på grunn av det at jeg ikke har utdanning og er skolert til å kunne uttale meg i de fora.”*

Regler, semantikk, kriterier, kontinuitet, økonomi, ansvarsområde og ansvarsfraskrivelse er temaer som kom opp.

*”...det er så mange begreper som er så forvirrende.”*

Dette er temaer som oppleves å ha stor innvirkning på opplevelsen av hjelp, og det stilles spørsmål ved hvem sitt behov som ivaretas.

*”For meg er det familie, og det hjalp jo ikke å si det til NAV. Det gjorde ikke noe. Det hjalp jo ikke, det er så jævla teit! For når jeg endelig vil gjøre noe i livet, og endelig prøvde og forklare de. Nei, de kunne ikke være med på det.”*

## 9.0 Diskusjon

Jeg vil i kapittel 9.1 først diskutere prosjektets validitet og reliabilitet, og deretter i kapittel 9.2 se på funnene fra intervjuene sammen med Topors og Seikkulas teori.

### 9.1 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet har blitt omtalt flere steder i teksten. Jeg har tidligere i kapittel 2 omtalt validitet og reliabilitet i forhold til utvalg av teori, og i kapittel 6 og 7 i forhold til planlegging og gjennomføring av egen forskning.

Validitet og reliabilitet i prosjektet gjenspeiles i utforming og gjennomføring av forskningsprosjektets syv faser (Kvale og Brinkmann, 2009). I prosjektet ligger det en refleksiv objektivitet til grunn for validitet. Det vil si en reflektert bevissthet om at en gjennom tilnærming i alle prosjektets syv stadier påvirker resultatet. Validitet dreier seg i så måte om det svares på forskningsspørsmålet på en troverdig og tilfredsstillende måte. I metodekapittelet er dette belyst i forhold til metodiske valg, og valg tatt i forhold til gjennomføring. I forhold til validitet i prosjektet vil jeg spesielt vektlegge viktigheten av utforming av informasjonsskriv/samtykkeskjema, intervjuguide, gjennomføring av intervjuene, transkribering, analyse og sammenfatning til deskriptiv utsagn. I dette har det vært prosjektets mål å påvirke minst mulig hva de intervjuede legger i sin subjektive opplevelse av hjelp. Muligheten for å levere ut spørsmål som kan vekke refleksjon i forkant av undersøkelsen ble vurdert. Dette ble også sett som å kunne være greit hvis intervjupersonene var nervøse for hva de gikk til. Det alternativet har jeg valgt å utelukke på grunn av at jeg ønsket spontane beskrivelser. I den sammenheng ble det også vektlagt å ha mest mulig likt utgangspunkt for intervjuene med tanke på validitet. Altså en ensartet informasjon til de som skulle intervjues. Informasjonsskriv/samtykkeskjema ble utformet med tanke på å være tilstrekkelig utfyllende, samtidig som det ikke skulle gi føringer og begrensninger på subjektiv opplevelse av hjelp. Det ble språklig tilpasset etter råd fra kontaktpersonen fra Mental helse, og det ble sendt til REK for godkjenning. Grunnen til å bruke representant for brukerorganisasjonene er at de har god kompetanse og erfaring i organisasjonen i forhold til informasjonsformidling til målgruppen. Det ble sett som et godt bidrag til forståelig språk i informasjonsskrivet, og til å få med eventuelle ting som jeg ikke hadde tatt i betraktning. Samtidig var intensjonen å ikke gi føringer eller begrensning for

tema. Validiteten i prosjektet avhenger av om prosjektet evner å gjengi de intervjuedes subjektive opplevelse av hjelp. Valg som er tatt i forhold til dette er dekket i de forutgående kapitlene. I kapittel 8 presenterte jeg deskriptivt utsagn. I utformingen av deskriptivt utsagn er det brukt utsagn fra intervjuene sammen med en sammenfatning av temaene som kom frem. Deskriptive utsagn er forsøkt utformet på en måte som gjengir det som ble fortalt i intervjuene.

Jeg tar utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) forståelse av reliabilitet i sammenheng med om resultatet er mulig å reprodusere. I den forbindelse vil jeg vise til forståelsen av kvalitativt intervju som kontekst avhengig, og at den som intervjuer også tilfører noe til situasjonen. Dette har jeg vært inne på tidligere i forbindelse med gjennomføring. Det er i prosjektet ikke gitt føringer eller rammer for subjektiv opplevelse av hjelp. I intervjuet fikk de intervjuede snakke om det de var opptatt av, og intervjuerens jobb var slik sett utdyping og å holde samtalen innenfor tema. Det ble på slutten av intervjuene satt av tid hvor de intervjuede ble spurt om det var noe annet de var opptatt av i forhold til subjektiv opplevelse av hjelp i det å gå fra krise mot mestring. Dette for å ta samtalen tilbake til utgangspunktet, og få uttømmende tanker i forhold til om de intervjuede mente å ha fått frem det de var opptatt av. Denne lite strukturerte formen for intervju er valgt med utgangspunkt i prosjektets mål om utforskning. Hvor vidt den lar seg reprodusere avhenger av lik tilnærming til intervju som er lite strukturert, og hvor komfortable de intervjuede er med å dele personlig opplevelse. I et av intervjuene jeg foretok ble det sagt at ting kommer frem i en sammenheng, det er ikke bare å slå av og på følelser. Videre vil valg av benevnelse på kategoriene antakeligvis variere, i og med at det er basert på personlig preferanse og assosiering til temaene. Kategoriene er ikke definert nærmere enn at det sees som samlebetegnelser for temaer tatt ut av en kontekst.

I forhold til tidligere forskning kan det sees likhetstrekk, men det er i hovedsak overlatt til leseren. Begrunnelsen for det er at det ikke foretas noen metaanalyse eller korrelasjon mellom studiene. En sammenfatning av funn fra forskjellige studier sees derfor mer som spekulative enn nødvendigvis belysende. Prosjektets hensikt og mål i denne forbindelse er utforskning.

Utvalgets begrensninger er diskutert tidligere.

Prosjektet er underlagt forhåndsgodkjenning av REK og godkjenning fra UIA i forhold til valg av tilnærming. Det innebar en utforming av en prosjektplan for

gjennomføring. Det vil si at den metodiske rammen for prosjektet har vært gjennom en teoretisk godkjenning i forkant av gjennomføring.

## **9.2 Deskriptivt utsagn sett sammen med teori**

Jeg vil videre se nærmere på funnene fra intervjuene sammen med Seikkula og Topors teori. I forhold til utforskning av subjektiv opplevelse av hjelp vil jeg og reflektere i forhold til egne betraktninger.

### **9.2.1 Hendelsesforløp**

Under intervjuene viste det seg at opplevelsen av hendelsesforløpet er knyttet til opplevelse av hjelp. Det er her et sammenfall mellom opplevelse av hendelsesforløp knytte til hjelp i intervjuene, og Topors og Seikkulas teori om tilnærming til hjelp.

Topor (2006) viser til dette gjennom en forståelse av at utfordringene mennesker står ovenfor ikke er løsrevet og uavhengig. Opplevelsen av egen situasjon blir sett som en dynamisk prosess, ikke en statisk tilstand. Det er her Topor mener det ligger mulighet for bedring. Oppfattelse av fenomener blir slik sett et subjektivt anliggende, og i forlengelsen av det da også opplevelse av hjelp. Hendelsesforløp blir sett som kontekst for opplevelse og sentralt i det å prøve å forstå.

Seikkula (Seikkula og Arnkil, 2007) legger vekt på at vår opplevelse av virkelighet dannes i forhold til andre individ og grupper. Her sees opplevelse og virkelighetsdannelse i lys av grensesystemer. Individet sees i dette alltid i relasjonelt utviklingsforhold til sin omverden. I den forbindelse vektlegger Seikkula (2008) viktigheten av at det er den som eier utfordringen som definerer den. Mulighet for endring ligger i forståelse av, og innsikt i, hvordan andre involverte ser saken fra sitt ståsted. Dette kan sees opp imot de intervjuedes utsagn om opplevelse av hjelp i det å høre andres opplevelse.

I intervjuene oppfatter jeg hendelsesforløp som bindende i forhold til å skape forståelse og mening i opplevelse. Hendelsesforløpets bidrag til hjelp blir slik sett å belyse det menneskelige i vanskelige og utfordrende situasjoner. Dersom handlinger og tanker isoleres fra kontekst vil det være en mulighet for at de fleste av oss i løpet av livet fremstår som

irrasjonelle og utilregnelige. Lazarus (1999) viser til en endring i vitenskapelig forståelse av psykisk helse som har dreid fra statisk individ fokus hvor sykdomsforståelsen ligger i individet, mot et kontekstuellt samspill hvor sykdomsforståelse er sammensatt i relasjonsforståelse. Både Topor og Seikkula kan sies å representere denne dreiningen i forståelsen av psykisk helse.

Å forholde seg til subjektiv opplevelse innen psykisk helse kan være utfordrende, og flertallets tyranni kan oppleves som krenkende, vondt og vanskelig. Det kan være flere hensyn å ta, i det at det er andre som påvirkes av situasjonen i tillegg til den som opplever krisen. Det har jeg vært inne på tidligere i det at krisen, hjelp og mestring kan sees i første, andre og tredje person (kapittel 4.2).

Jeg mener det kan være viktig å skille mellom økt forståelse av situasjonen og enighet om situasjonen. Forskjellen her er at en felles enighet om situasjonen ofte sees som grunnlag for videre handling og løsning i tradisjonell problemløsning. Økt forståelse er ikke nødvendigvis problemløsende, det kan være ytterligere kompliserende. Så hva er da nok forståelse av handlingsforløp i forhold til videre handling? I forhold til dette inntar Seikkula (2008) et standpunkt hvor det er hjelpeapparatets oppgave å legge til rette for økt forståelse, og så er det opp til de involverte å avgjøre hvordan de vil bruke den.

I intervjuene fortelles det også om rettferdiggjøring, rasjonalisering og opprettholdelse av negativ utvikling av psykisk helse gjennom subjektiv forståelse av virkelighet. Da er vi tilbake i en diskusjon om subjektiv og objektiv tilnærming (kapittel 4.2)

Diskusjonen om subjektivitet og objektivitet i forhold til hendelsesforløp har jeg ikke tenkt å ta noe standpunkt til. Poenget her er at de forskjellige vinklingene til opplevelse av hendelsesforløp bidrar på forskjellige måter, og begge vinklingene kan innebære positive og negative bidrag til opplevelsen av hjelp.

### **9.2.2 Opplevelse av egen helse**

I intervjuene kommer det frem at den subjektive opplevelse av egen helse virker inn på opplevelsen av hjelp. Det beskrives en krevende prosess i forhold til egenutvikling.

Seikkula (2008) beskriver dette i det å tåle usikkerhet. Han tar til orde for at det er den som eier krisen som kan definere hva det dreier seg om, og viser til at forhastede slutninger

fra utenforstående lett kan føre til et misforhold mellom definisjon og opplevelse. Videre vektlegges bekreftelse av at det som oppleves vanskelig faktisk er vanskelig, og at det kan være krevende å få tak på. I denne prosessen vektlegges dialog og beskrivelse av subjektiv opplevelse. Her er ideen at grunnlaget for endring skapes i grensesystemene. Det kan sees opp imot det de intervjuede i dette prosjektet beskriver som hjelp i det at en ser andre muligheter, altså en økt eller endret forståelse. Det beskrives også en hjelp i gjenkjennelse som bidrar til å minske følelsen av å være alene om det vanskelige og følelsen av fremmedgjøring.

Topors (2006) forståelse av psykisk helse som dynamisk og sammensatt kan settes i sammenheng med det som kom frem i prosjektets intervju. Det vektlegges at en reduksjon av opplevelse av helse til symptomer og diagnoser kan medføre tap av det komplekse og individuelle, og dermed det menneskelige. I dette er det en forståelse av at opplevelse av egen helse gir muligheter og begrensninger i forhold til livsutfoldelse. Definisjonsmakt i forhold til opplevelse av helse blir derfor viktig.

I forbindelse med opplevelse av egen helse kommer både Topor (2003) og Seikkula (2008) inn på definisjonsmakt. Denne makten kommer klart til uttrykk i helsevesenet gjennom for eksempel diagnosesystem. I et av intervjuene kom dette til uttrykk ved et utsagn om at fordi om jeg ikke har fått diagnosen vil ikke det si at jeg ikke sliter. Hjelp blir i den forbindelse beskrevet som at hjelperen tåler det vanskelige uten nødvendigvis å forenkle og definere. I intervjuene kommer det til uttrykk i et ønske om at det er noen der som tåler personen for den den er, og ser personen som et menneske i det vanskelige. Det å komme frem til at en trenger hjelp er en utfordring, i det at vi som individ helst vil unngå uønsket avhengighet. Både Topor og Seikkula beskriver dette som en viktig prosess som ikke bør forhastes. I dette ligger det en forståelse av at det er den kriserammede som kan definere hva som oppleves.

Opplevelse av helse kan variere ut fra hvilket perspektiv som inntas, derfor har vi også et lovverk som åpner for tvang. I bruk av tvang kan nok opplevelsen av hjelp subjektivt sett variere ut fra hvilket perspektiv som inntas. Som kriserammet vil det nok der og da ikke oppleves som hjelp. I det å være hjelper eller pårørende kan det oppleves som nødvendig og som hjelp. Opplevelsen av hjelp i dette kan også vise til et tidsperspektiv hvor egenutviklingen over tid har ført til endret forståelse av hendelsesforløp og opplevelse av egen helse. Det er ikke nødvendigvis slik at det som opplevdes som positivt eller negativt i øyeblikket, alltid har en vedvarende lik verdi over tid.



### 9.2.3 Kunnskap og nettverk

Opplevelsen av hjelp knyttes i intervjuene til kunnskap. Det vektlegges et pragmatisk forhold mellom teori og praksis. Kunnskap blir sett som hjelp i det at den oppleves som forløsende og forklarende for den som opplever krisen. Det sees også som hjelp i det at de rundt personen får økt forståelse for situasjonen. Den andre side er at kunnskap kan oppleves som begrensende i det at det blir et misforhold mellom teori og opplevelse. Dette har jeg vært inne på i forhold til utfordringer med diagnostisering og definisjonsmakt.

Jeg har allerede vært inne på Seikkulas idé om at økt forståelse gir mulighet for endring. I forhold til de mange tilnærmingene som tilbys fra helsevesenet, lanserer Seikkula og Arnkil (2007) et tankevekkende spørsmål. De viser til at nye behandlingsmetoder avstedkommer en økt interesse og involvering i den kriserammedes situasjon, og stiller spørsmål ved om det er tilnærmingen eller det økte engasjementet som hjelper.

I forhold til kunnskap tar Seikkula og Arnkil (2007) med det til orde for varsomhet for hva en tilfører situasjonen i form av å være hjelper. Dette kan og sees i forhold til samtale som tilnærming, hvor tema blir bestemt av helsepersonell. I intervjuene blir dette beskrevet som å ta opp ting i en unaturlig setting. I det at helsepersonell definerer hva som skal snakkes om, blir også dette tillagt betydning ved at det lanseres av fagpersoner. Dette vil jeg komme tilbake til i forhold til kommunikasjon.

Topor (2006) viser til kunnskap som vesentlig i menneskets utvikling. I det ligger en forståelse av at vi gjør som best vi kan med de resursene vi har tilgjengelige. Han viser her til at løsningsforsøk kan bli problem, altså at forsøk på å mestre ikke nødvendigvis har gode utfall. Han viser her til en holdning fra omverden som oppfatter problematikken som sykdom og ikke som løsningsforsøk.

Kunnskapens befriende og begrensende natur kan spores tilbake som spire i humanistisk tankegang og i utvikling av vitenskapelig virkelighetsdannelse. Den religiøst/politiske forståelsen av verden opplevdes som undertrykkende og urimelig, og gav grunnlag for utvikling av kunnskap. Med bakgrunn i et opplevd misforhold mellom teori og praksis fikk vitenskap grobunn som grunnlag for kunnskap. Som nevnt i teori om humanisme advarer Norman (2007) mot en fremvekst av vitenskap som trosretning. Det tas til orde for at kunnskap innen humanvitenskap ikke forveksles med vitenskap. Historisk sett har denne

blandingen ført med seg store lidelser for individ når målet har helliget midlet. Som eksempel her kan raseforskning og sosialdarwinisme nevnes.

Firth (2007) peker på at tradisjonell vitenskap gjerne bygger på objektive målinger med instrumenter som er en forlengelse av våre sanser (forstørrer og forsterker) for noe som fysisk er til stede. I forhold til den mentale verden har vi med subjektiv tolkning og forståelse av fenomener å gjøre, og vi har foreløpig ikke funnet like håndfaste måleinstrumenter for forskningen. I denne forbindelse påpekte Sartre (1993) at moderne psykologi bygger mye på antakelsen av "det ubevisste" som en dimensjon i vår virkelighetsdannelse, noe han ikke kunne se det var dekning for å fremholde. Han viste videre til at denne påståtte sannhet om det ubevisste som et fenomen kunne sees som unnskyldende i forhold til menneskers ansvar for egne handlinger. Slik jeg ser det vil det å fjerne ideen om det ubevisste fra psykisk helseperspektiv ha vesentlige ringvirkninger for praksis slik praksis er i dag. Jeg argumenterer ikke her for sannhetsgehalten i verken det ene eller andre perspektiv, men prøver å peke på konsekvensene teoretisering kan ha for praksis, og i forlengelsen av det hvordan hjelp ytes og oppleves.

I forhold til humanistisk tanke vil det da si at opplevelse av hjelp i kunnskap ligger i mulighet for kontinuerlig utvikling, at vi som mennesker ikke er bundet til en forutbestemt skjebne.

Kunnskap sees av de intervjuede også som hjelp i forhold til nettverket rundt dem. Dette tar Seikkula (2007) til orde for i nettverkstenkning. Det vil si at de som er med i samtaler for å øke forståelse er de den kriserammede definerer som viktige. Her sees nettverket som viktig fordi det er i nettverket personen har livet sitt, og det er der problemene har oppstått. Kunnskap blir i den forbindelse viktig for opplevelsen av hjelp i forhold til forståelse.

I opplevelsen av hjelp i intervjuene trekkes medmenneskelighet frem som viktig i nettverk. Opplevelsen av å bli sett som menneske og møtt med medmenneskelighet fra hjelpeapparatet beskrives positivt i forhold til opplevelsen av hjelp. Likemann blir i dette henseende viktig i forhold til gjenkjennelse og deling av erfaring. Her fremheves det en forskjell mellom teoretisk og praktisk forståelse av det vanskelige.

Topor (2006) vektlegger det å bli sett, hørt, akseptert og respektert som vesentlige bidrag til bedring. I dette ligger en formening om at nettverk er verdifullt i forhold til hjelp ved å få og

gi vennskap. Psykiske problemer fjerner ikke menneskers behov for sosiale relasjoner. I forhold til hjelp fremheves verdien av at det er noen der i forhold til emosjonell støtte.

Jeg tror at det i erfaringsforståelse kan ligge en subjektiv nærhet som en teoretisk forståelse kan mangle i det at den blir objektiv. Dette er en opplevelse jeg kan relatere meg til i forhold til jobb. Det er en vesentlig forskjell mellom å snakke med andre som har praktisk erfaring med det samme og folk som har en teoretisk forståelse av det. I denne sammenheng opplever jeg at de to tilnærmingene kan bidra både positivt og negativt. Positivt kan det utveksles forskjellige perspektiv mellom teoretisk og praktisk erfaringsforståelse. På den andre side kan det oppleves negativt når disse tilnærmingene ikke er dialogiske, men monologiske. Med det mener jeg at den ene eller andre tilnærmingen hevder monopol på hvordan virkeligheten er. Dette gjelder ikke bare praktisk erfaring opp imot teoretisk, men også praktikere imellom eller teoretikere imellom. I dette mener jeg det ligger noe vesentlig i hvordan den praktiske erfaring eller teoretiske kunnskap omsettes hos den enkelte. Hverken det å ha lest eller det å ha deltatt praktisk trenger nødvendigvis å gjøre deg smartere. Akkurat som teoretikere kritiseres for å skape seg en egen verden, tror jeg det er mulig for praktikere å gjøre det samme. For meg ligger det i dette en tilnærming til hva virkelighet er, hvor ydmykhet for opplevelse, forståelse og kunnskap blir viktig for opplevelsen av hjelp. Nettverket blir her viktig i det at det bidrar til individets virkelighetsdannelse både positivt og negativt.

#### **9.2.4 Kommunikasjon**

I intervjuene blir behov, forståelse, empati, fortrolighet og ærlighet vektlagt i forhold til kommunikasjon og opplevelse av hjelp. Dette danner grunnlaget for tillit og trygghet, og er grunnlaget for formidling av opplevelse. I forhold til behov kommer det frem en kontekstuell sammenheng angående tema.

Seikkula (2008) nærmer seg dette ved en åpen samtale tilnærming, hvor de involverte tar opp det de er opptatt av. Gjennom dette er det de som definerer det vanskelige og gir andre økt kunnskap om deres livsverden. Her er det opp til den enkelte hva de vil fortelle, og personen skal ha mulighet til å fortelle sitt syn uten avbrytelse og innsigelser. Kommunikasjonen blir slik sett oppklarende i forhold til subjektiv opplevelse, og er empatisk gjennom anmodninger om utdypning av opplevelse. I forhold til fortrolighet vektlegges det en

tilnærming hvor meninger om situasjonen tas opp når personene det gjelder er tilstede. Dette for å unngå misforståelser og virkelighetsdannelser hvor de involverte ikke vet hva som foregår.

I forhold til subjektive fremstilling av situasjonen forutsetter dette ærlighet. Det å ta opp vanskelige ting i andres påhør kan være vanskelig med tanke på hensyn til seg selv og andre. Dersom det i nettverk er etablerte roller og maktstrukturer kan disse være et resultat av retorisk evne. I samtale vil da disse strukturene kunne opprettholdes. Dette kan være en utfordring i en åpen samtale tilnærming. Som jeg var inne på i forhold til økt forståelse er det å bli hørt ikke det samme som enighet om situasjonen. Dette kan igjen avstedkomme en forståelse av at en ikke blir hørt. Her er vi tilbake til fremstillingsevne. Det å skulle verbalt forklare noe som en kanskje ikke helt klarer å få tak på selv kan være svært utfordrende, og en tålmodighetsprøve for alle involverte.

I forhold til forståelse og kommunikasjon kan det være en utfordring å skulle forstå valg og holdninger som går på tvers av egen moral og verdier. Her kommer vi igjen tilbake til at økt forståelse ikke er det samme som enighet. Poenget er at kommunikasjon i forhold til hjelp her har noen utfordringer. En annen utfordring med forskjellige oppfatninger av problemet kan i det henseende være at ingen snakker om ”elefanten” i rommet. Det tas opp i intervjuene i form av å tørre å ta tak i det vanskelige, og i forhold til fortrolighet og tillit som en forutsetning for kommunikasjon som hjelper. Dette kan være i form av at det vanskelige er så vanskelig at det forblir tiett om.

### **9.2.5 Tilnærming**

Hvordan personen opplever å bli møtt er viktig for opplevelsen av hjelp. I dette kom jeg i intervjuene inn på forholdet mellom samtale og handling. I den forbindelse kom gjennomføringsevne opp. Hjelp oppleves som det som setter en i stand til mestring. Det vil si at hjelp ikke bare er en mental prosess, men også å være i stand til å fungere praktisk. Det er regninger som skal betales, møter som det skal møtes på, familie som skal ivaretas, bolig som skal rengjøres osv. I forhold til det praktiske oppleves hjelp i det at gjennomføringsevnen ivaretas, og dette bør ikke forveksles med at den overtas.

I forhold til dette tar Seikkula (2008) opp at trygghet må ivaretas for de involverte. Dette kaller han for å være i stand til å tåle usikkerheten. I dette ligger at de som opplever det

vanskelige ikke skal oppleve å være alene om det. Igjen kommer jeg tilbake til Seikkulas vektlegging av at det er det de involverte er opptatt av som er viktig. Resurser tilknyttet etter kriserammedes ønske og behov.

Topor (2006) fremhever viktigheten av praktisk og sosial støtte, og viser til en tilpassing av hjelp. Det er individet som skal ha hjelp ikke hans/hennes diagnose.

### **9.2.6 Egenutvikling**

De intervjuede fremhever egenutvikling som vesentlig i forhold til opplevelsen av hjelp. Det kommer til uttrykk i at hjelp er det som bidrar til egenutvikling i retning av mestring. I forhold til opplevelsen av hjelp kommer det i intervjuene frem at samarbeid, plan, innsats, progresjon, tilbud, tilpassing og tilrettelegging er viktig. Dette danner rammer for den egeninnsatsen, de valg og de erfaringer personen må gjøre selv i eget liv. I forhold til opplevelse av hjelp er da også forventninger og utkom viktig. Når situasjonen virker fastlåst er initiativ viktig.

Seikkula og Topor fremhever egenutvikling som det vesentlige i det å gå fra krise mot mestring. Seikkula (2007) fremhever nettverk og individets rolle i det. Altså en nedtoning av det individuelle og en vektlegging av utvikling ved subjektiv opplevelse i kontekst som sosialt vesen. Topor (2006) fremhever den subjektive individuelle opplevelse og individuell utvikling påvirket av sosial kontekst. Her er det en forskjell i vektlegging av individets og nettverkets betydning i forhold til utvikling. I forhold til egenutvikling og opplevelse av hjelper det en likhet i hensyn til subjektiv opplevelse som vesentlig for egenutvikling.

I intervjuene trekkes motivasjon frem som viktig for egenutvikling. I motivasjon ligger det å ha innhold i dagen, noe å gå til og anerkjennelse. Motivasjon og opplevelse av hjelp beskrives i forhold til opprettholdelse av håp. I intervjuene trekkes innhold i dagen frem som viktig. Livet leves hjemme der en bor. I det ligger da også mulige kilder til utfordringer, mestring og problemer. I den forbindelse har forvern og ettervern kommet opp som tema i intervjuene. Det kom under intervju frem som at det er en utfordring for individet å komme tilbake i den samme rammen som hvor problemet oppsto. Et utsagn sa at det er når en kommer hjem at jobben begynner. Her ligger det en utfordring i det å ikke gå tilbake til tidligere etablert og godt kjent mønster. Altså det å ha noe å gå til, noe som gir mening i hverdagen.

Topors (2006) bruk av ordet bedring viser til egeninnsats som vesentlig. Psykisk helse sees som en individuell subjektiv prosess med muligheter for utvikling. I forhold til tilbud tar både Topor og Seikkula til orde for bredde hvor hjelpeapparatets rolle betraktes som å legge til rette for egenutvikling. I forhold til psykisk helse som en dynamisk prosess, presiserer Topor (2006) at det som har hjulpet en gang, trenger ikke hjelpe neste gang.

### **9.2.7 Medisinering**

I intervjuene kom det frem et blandet forhold til medisinering. I den sammenheng er det snakk om virkninger og bivirkninger. Opplevelsen av hjelp spenner fra uvurderlig til hemmende.

Både Topor og Seikkula har et pragmatisk forhold til dette. Hvis det oppleves som hjelp, så er det hjelp. Seikkula (2008) tar til orde for varsomhet med bruk av medikamenter i forhold til nærhet til det vanskelige. Med det menes at medikamenter effektivt kan lindre symptomer, men være begrenset i behandling av årsak.

Topor (2006) peker på medisiner som en viktig del av behandling for mange, men viser til at sammenhengen medisinen inngår i sjelden tas opp. Dette dreier seg om beslutningsprosessen for å komme frem til riktig medisin i riktig dose, og hvordan medisinen deles ut og tas. Det tas til orde for et sosialt samspill, hvor erfaringer tas på alvor og medisiner brukes i forhold til oppnåelse av ønsket mestring.

I forbindelse med medisinering og opplevelsen av hjelp tror jeg en klargjøring av hvem som hjelpes kan være viktig. Det som oppleves av omverden som hjelpende, trenger ikke oppleves av den kriserammede som hjelpende. Jeg har snakket med pasienter som har opplevd tvangsmedisinering, som beskriver at uroen har ikke forsvunnet, men den kommer ikke til uttrykk utad. Av andre som observerer dem blir det sagt at det virker bra for de er jo mye roligere. Jeg sier ikke at det aldri må forekomme, for det kan være nødvendig for omverden at det gjøres. Poenget mitt er at en kanskje da ikke bør lansere det som hjelp for den som har symptomene, men være mer ærlig og si at det er hjelp til omverden.

### 9.2.8 Hjelp til hvem?

I forhold til opplevelsen av hjelp stilles det i intervjuene spørsmål ved elementer i det profesjonelle hjelpeapparatet. Hvem er egentlig disse elementene ment å hjelpe? Personer som kommer i kontakt med det offentlige hjelpeapparatet må forholde seg til regler, kriterier for hjelp, og inndeling i ansvarsområder som fremstilles som om det er ment å hjelpe dem. I praksis kan det motsatte oppleves. Det kan eksempelvis være gjennom opplevelsen av regler for institusjonsavdelinger, gjennom kriterier for diagnose og behandling, eller opplevelse av å bli henvist videre i systemet i søken etter den som eier det berømmelige bordet som det personen sliter med havner på. I den forbindelse tas også kontinuitet i prosessen opp som en utfordring mellom forskjellige ansvarsområder, og i utskiftning av personell i hjelpeapparatet.

Dette tar Seikkula (2008) standpunkt til ved å foreslå at det er den som mottar henvendelsen som har ansvar for å organisere første møte. Hvem som blir med på møtet er basert på samarbeid i samtalen mellom den som tar kontakt og den som mottar henvendelsen. Denne organiseringen er gjort for å unngå fragmentering av ansvar i hjelpeapparatet, og unngå opplevelse av ikke å bli tatt på alvor.

I vår organisering av helsevesenet slik det er i dag er dette en utfordring. Her hviler opplevelsen av helhetlig behandling på initiativ fra enkeltaktører som går ut over sitt ansvarsområde. En person som henvender seg kan oppleve mange ledd som ikke nødvendigvis kommuniserer med tanke på helhetlig behandling. Initialt kan kontakt for eksempel være gjennom politi eller ambulanse. Videre vurdering gjøres så av fastlege eller legevaktslege, for så å komme inn i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi en deling ved at for- og ettervern i stor grad er et kommunalt anliggende, mens behandling er lagt til spesialisthelsetjenesten. Det er også et skille mellom det somatiske og mentale, mellom helse og det sosiale. Samhandling mellom disse aktørene er ikke noen selvfølge.

I intervjuene kommer det også frem hvilke innvirkning bruken av språk har på opplevelsen av hjelp. Her oppleves det at den som behersker språket også lett kan være toneangivende for det som skjer videre. I dette ligger en mulighet for språklig å definere seg bort fra og tåkelegge det som oppleves som vanskelig gjennom teoretiske og semantiske spissfindigheter. Dette kan i en enkel praktikers øyne forveksles med hersketeknikk. Vi er i dagens samfunn veldig opptatt av at fysisk vold er overgrep mot individet, og dette er underlagt strenge regler og forbeholdt samfunnsinstitusjoner som politiet og forsvaret. Det å ta seg til rette på andres bekostning gjennom intellektualisering og vitenskapeliggjøring kan

synes ikke å være like tabubelagt. Det å beherske retorikk og lovverk kan gi rom for bevegelse. Dette påvirker opplevelsen av hjelp.



## 10.0 Oppsummering

Ut ifra diskusjonen i kapittel 9.2 kan det se ut som Seikkulas og Topors teorier er plausible i forhold til det som blir sagt i intervjuene i undersøkelsen. Sammenfallet er grunnlaget for en forklaringsmodell i forhold til psykisk helse. Disse teoriene er tatt som eksempel, og sammenfallet med funn i mitt prosjekt er ikke overraskende i og med at tilnærmingene tar utgangspunkt i intervju med personer som har opplevd eller opplever psykisk krise. Jeg forutsetter at teorier testes langt mer grundig enn det jeg har gjort i forhold til vitenskapelig validitet og reliabilitet. Som for eksempel når Nordenstam (2006) fremholder at kompetent aktivitet innen humanvitenskap forutsetter påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. I forhold til prosjektet vil jeg ta til orde for refleksjon rundt hva som skjer når det ikke er sammenfall mellom subjektiv opplevelse og teori. Hvordan omsettes da teori til praksis? Hvor solid er da årsak - virkning forståelsen som ligger til grunn for praksis? I det legger jeg at det, historisk sett, er mulig at kunnskap omsettes til praksis som om det er vitenskap. I dette ligger det refleksjon om hvordan virkelighetsforståelse kan sees som et møte mellom subjektiv opplevelse, objektiv observasjon og sosial konstruksjon.

I forhold til funnene i dette prosjektet vil jeg fremheve prosjektets design, hvor subjektiv opplevelse av hjelp ikke settes i sammenheng med spesifikke tilbud fra helsevesenet. I den forbindelse viser utsagnene i prosjektet til egenutvikling som vesentlig i det å gå fra krise mot mestring. Denne utviklingen viser til subjektiv opplevelse av hjelp som en intern prosess med eksterne bidrag. Hjelp i forhold til eksterne bidrag til egenutvikling og egen mestring sees i form av tilrettelegging, kommunikasjon og tilstedeværelse som gir trygghet og tillit i en vanskelig situasjon. Egenutvikling kan påvirkes av hvordan hendelsesforløp, egen helse, kommunikasjon, kunnskap, nettverk, tilnærming og medisinerings opplevs. Den subjektive opplevelsen av hjelp kan virke inn på motivasjon og opprettholdelse av håp i en livssituasjon som opplevs vanskelig. I den forbindelse leder prosjektet meg videre mot spørsmål knyttet til egenutvikling, hva det innebærer og hvilke implikasjoner det har for praksis. Prosjektet har gitt meg noen svar på hva subjektiv opplevelse av hjelp kan innebære, samtidig som det har gitt flere spørsmål i forhold til kompleksitet i gjensidige foranderlige relasjoner.

Subjektiv opplevelsen av hjelp kan være kompleks i det at den kan være avhengig av mange foranderlige følelser og opplevelser. Den subjektive opplevelsen kan også være

komplisert i et klart årsak-virkningsforhold. En slik forståelse av hjelp kan ha implikasjoner for praksis og praktisk tilnærming til hjelp i forhold til handling og samtale.

Validitet og reliabilitet i prosjektet ser jeg i første rekke som betinget av om jeg gjennom metodisk tilnærming har klart å fremstille de intervjuedes subjektive opplevelse slik de opplever det. Prosjektet viser utforskning av fem personers subjektive opplevelse, og vektlegges i det at den viser til områder for mulig videre forskning. Tidligere forskning viser til funn hvor det kan sees likhetstrekk. Dette har jeg latt være opp til leserne å se på, i og med at jeg ikke har gjort korrelasjonsanalyser, og i den forbindelse vil se mine sammenlikninger mer som spekulative enn nødvendigvis opplysende.

Jeg håper at den skriftlige presentasjonen og prosjektet har oppnådd det som var intensjonen: Utforske den kriserammedes subjektive opplevelse av hjelp i det å gå fra krise mot mestring. Og jeg håper prosjektet kan bidra til refleksjon rundt tema for andre enn meg.

## Litteraturliste

### Bøker

Breedlove, S. M., Watson, N. V., & Rosenzweig, M. R. (2010). *Biological Psychology* (6. utgave). Sunderland: Sinauer Associates, Inc. Publishers.

Brøntveit, E., & Duesund, K. (2002). *Filosofi, livssyn og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Buber, M. (2007). *Jeg og du*. (5. Opplag). Oslo: Cappelen Forlag A/S.

Firth, C. (2007). *Making up the mind. How the brain creates our mental world*. Oxford: Blackwell Publishing.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademiske.

Hippokratiske ed. (1993). Fugelli, P. (Red.) *Aschehough & Gyldendals Store norske leksikon: medisin og helse*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Hume, D. (2009). *En avhandling om menneskets natur*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Johnson, N. F. (2011). *Simply complexity: A clear guide to complexity theory*. Oxford: Oneworld Publication.

Jordan, M. E. (2005). *Balanda: My year in Arnhem Land*. Sydney: Allen & Unwin.

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

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

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Lundstøl, J. (2005). *Kunnskapen hemmeligheter* (2. Opplag). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Nordenstam, T. (2000). *Fra kunst til vitenskap* (5. Opplag). Bergen: Fagbokforlaget.

Norman, R. (2007). *Humanisme*. Oslo: Humanist forlag.

Nyeng, F. (2006). *Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt forlag A/S.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. (4. utgave). St.Louis: Mosby

- Punch, K. F. (2001). *Introduction to social research quantitative & qualitative approaches*. London: SAGE Publications.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2005). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook* (3. Opplag). New York: Oxford University press.
- Sartre, J. P. (1993). *Væren og intet i utvalg*. Oslo: Pax forlag.
- Seikkula, J. (2008). *Åpne samtaler* (4. utgave). Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shapiro, F. R., & Epstein, J. (2006). *Yale Book of Quotations*. New Haven: Yale University Press.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug ide og tanke.
- Smart, Ninian. (2001). *World philosophies*. New York: Routledge.
- Svisdahl, M. (2008). *Veien ut av psykisk lidelse. Erfaringer, medborgerskap, og bedringsprosesser*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veien til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Topor, A. (2003). *Recovery: At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Tranøy, K. E. (2007). *Vitenskapen -samfunnsrett og livsform* (7. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ustvedt, Y. (2002). *Svartedauen : en litterær-historisk beretning om massedød og overlevelse*. Oslo: Gyldendal
- Volden, O. (2011). *Upubliserte tekster om og fra brukerperspektiv på psykisk helse 1998-2010*. Kristiansand: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Værøy, H., & Værøy, M. G. (2004). *Nevropsykiatri* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Williams, T. (2002). *Chinese medicine*. London: Vega.

## Artikler

Ball, J. S., Links, P.S., Strike, C., & Boydell, K. M., (2005). "It's overwhelming... everything seems to be too much:" A theory of crisis for individuals with severe persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 10-17.

Dewar, B., Mackay, R., Smith, S., Pullin, S., & Tocher, R. (2010). Use of emotional touchpoints as a method of tapping into the experience of receiving compassionate care in a hospital setting. *Journal of Research in Nursing*, 15 (1), 29-41.

Hopkins, C., & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: Service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 14(3), 310–318.

Huguelet, P., Mohr, S., & Borrás, L. (2009). Recovery, spirituality and religiousness in Schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2 (4), 307-316.

Karlsson, B., & Hultberg, K. (2007). Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 7, 900–905.

Lester, H., Tait, L., England, E., & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56 (527), 415-22.

Patterson, D., Greeson, M., & Campbell, R. (2009). Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health & Social Work*, 34 (2), 127-36.

Stenhouse RC. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18 (1), 74-80.

Way, B. B., Sawyer, D. A., Kahkejian, D., Moffitt, C., & Lilly, S. N. (2007). State prison mental health services recipients perception of care survey. *Psychiatric quarterly*, 78 (4), 269-277.

## **Lover**

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell&&>

Pasientrettighetsloven (1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-001.html#1-1>

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### Fra krise mot mestring: Utforskning av opplevelsen av hjelp i en krise sett fra den kriserammedes perspektiv.

#### Bakgrunn og hensikt

- Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som vil omhandle din opplevelse av hjelp i en krisesituasjon.
- Bakgrunnen for dette er en tanke om at den som har opplevd en krise kan fortelle om hva som var til hjelp, og hva som kan være til hjelp.
- En krise er en situasjon som en person ikke mestrer. Den som opplever en krise ser det som noe som kan føre til tap, trussel eller utfordring i eget liv. Utfyllende kan det sies at tre beslektede faktorer er med å skape krise: en farlig hendelse, trussel mot mål i livet og/eller manglende evne til å mobilisere tilstrekkelig mestringsstrategi. Krise er i prosjektet sett i forhold til psykisk helse, og i forhold til at det var behov for hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Mestring er i prosjektet ment som å beherske eller rå med en situasjon uten hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Krisen som tas opp er gjennomlevd og mestring er gjenopprettet.
- I forhold til prosjektet er det viktig at dette er en krise hvor du nå mestrer det som var vanskelig.
- Studien vil fokusere på det som har bidratt positivt for å hjelpe deg gjennom krisen.
- Hensikten med prosjektet er utforskning av kriserammedes egen opplevelse av hjelp, og hva som har bidratt fra krise mot mestring.

I forberedelsen til studiet har brukerorganisasjonen Mental helse vært en viktig samtalepartner. Du er spurt om å delta ut fra din erfaring med krise, og at du har et engasjement i forhold til psykisk helse. Prosjektet er en masteroppgave og vil gi innsikt i gjennomføring av et forskningsprosjekt, og gi kompetanse innen forskning. Resultatet av oppgaven kan senere være et relevant bidrag til faglig diskusjon om hvordan mennesker i krise møtes.

#### Hva innebærer studien?

- Studiet innebærer at du blir intervjuet av Christian Johansen om hvordan du opplevde hjelp i en krise du har gjennomlevd. Det vil bare være dere to til stede.
- Utgangspunktet er en situasjon som ble så vanskelig at du trengte hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet.
- I intervjuet fokuseres det på din opplevelse av hjelp, og hva som hjalp deg til klare deg igjen.

- Intervjuet vil bli gjort slik at vi snakker sammen ved at du forteller, og jeg spør om ting jeg lurer på. Du står fritt i forhold til hva du vil fortelle. Du kan stoppe når du vil eller si i fra hvis det er ting du ikke vil snakke om.
- Intervjuet vil ikke vare lenger enn ca en time.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Intervjuet er ment som en mulighet for personer som har opplevd en krise til å fortelle om hvordan han/hun har opplevd hjelp. Dette mener jeg er viktig for de som arbeider i hjelpeapparatet, og jeg vet at Mental helse er opptatt av dette. Jeg er klar over at det personer har opplevd kan være vanskelig å snakke med andre om, og kan bringe tilbake tanker og minner av disse opplevelsene. Forskningsstudiet har som mål å utforske opplevelse av hjelp. Dette gir personer muligheten til å fortelle om sin opplevelse av hjelp i møtet med hjelpeapparatet i en krise. Under intervjuet kan personen si i fra hvis han/hun vil stoppe eller hvis det er ting han/hun ikke vil snakke om. Hvis personen trenger støtte i etterkant av intervjuet vil støtte være tilgjengelig gjennom den som spurte deg om å være med i prosjektet (i Mental helse) og Christian Johansen i forhold til kontakt videre i helsevesenet.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

- Det vil bli tatt lydopptak av samtalen, som deretter vil bli skrevet ut i tekst, og lydopptaket slettet.
- Intervjuet blir anonymisert, og behandles sammen med informasjon fra de andre som deltar i studiet.
- Informasjonen vil bli oppbevart innelåst. Det vil bare være den som foretar intervjuet og en veileder fra Universitetet i Agder som har tilgang til dette. Når prosjektet er ferdig vil all informasjon fra det enkelte intervju makuleres/slettes.
- Deltaker har rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst underveis i intervjuet og før data er analysert. Hvis deltaker i det tidsrommet finner ut at han/hun ikke vil være med i prosjektet vil informasjonen bli slettet, og tas dermed ikke med i studiet.
- Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deltaker til opplysninger gjennom en navneliste. Denne koden vil oppbevares innelåst og separat fra informasjonen om deltaker.

Det er kun den som foretar intervjuet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deltaker.

- Personlige opplysninger som kan knyttes til deltaker vil fjernes så langt som mulig for at identitet ikke skal være gjenkjennelig for andre.



### **Frivillig deltakelse**

- Det er frivillig å delta i studien.
- Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte masterstudent Christian Johansen tlf: 41568064. Veileder for prosjektet er universitetslektor Marit Sjursen tlf: 92644770

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende om hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon personvern og interesser finnes i kapittel B – Personvern og økonomi.. Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

# Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Prosjektet har utgangspunkt i møtet med mennesker i krise som en prosess hvor personen går fra krise mot mestring. Problemstillingen vil utforskes ved å se tilbake på hjelpen personen fikk i en krise som er gjennomlevd og hvor mestring er gjenopprettet. Det er møtet med personen som har erfart krise jeg vil ha hovedfokus på.

Jeg vil fokusere på din opplevelse av hjelp, og hva som har bidratt i positiv retning mot gjenvunnet mestring.

Bakgrunnen for prosjektet er interesse for hva som kan bidra positivt i en krisesituasjon. Jeg har erfaring med å møte mennesker i krisesituasjoner fra arbeid i forsvaret (inn- og utland), sykehus, hjemmesykepleie, barnevern, og ambulansetjenesten. Det å yte hjelp til andre er en utfordring i seg selv med tanke på mål og middel. Pasienter og pårørende har en forhåpning om at et møte med helsevesenet skal bidra i positiv retning i forhold til deres situasjon, og som helsearbeider ønsker jeg å bidra til det. Som helsearbeider opplever jeg at hjelp er komplisert, samtidig som det kan være veldig enkelt. Det er mye litteratur på hvordan den profesjonelle hjelper kan forholde seg til mennesker i krise. En del av dette fokuserer på hjelperens mestring av situasjonen, og den kriserammedes opplevelse kan til tider synes å komme litt i bakgrunnen.

Det har også den senere tid kommet litteratur og fortellinger som omfatter tilnærming til psykisk helse fra et brukerperspektiv. I denne forbindelse er jeg nysgjerrig på brukeres perspektiv på hjelp, og det å gå fra en tilværelse med behov for hjelp mot en tilværelse hvor mestring gjenoppnås.

I forhold til utvalget som vil bestå av mennesker som har opplevd kriser har det etiske aspektet vært viktig.

Derfor har vil jeg intervju en gruppe mennesker som selv har valgt å engasjere seg i forhold til psykisk helsearbeid. Mange av medlemmene i organisasjonen vil være i min målgruppe, og organisasjonen er opptatt av temaet jeg søker å utforske.

Mestring skal være gjenopprettet i forhold til krisen fordi det kan være et godt utgangspunkt for å si hva som har vært til hjelp. Det etiske aspektet har også gjort at jeg har valgt en gjennomlevd krise som kriterie.

Alder er satt til 18 år og eldre for at det ikke skal komme i konflikt med samtykke til å delta.

Det vil i prosjektet ikke skilles mellom kjønn fordi jeg ikke ser det som vesentlig i forhold til problemstillingen.

## **Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?**

Data innsamling/intervju: i løpet av våren 2011

Avslutningsdato for prosjektet er 1/12-2011.

Deltakeren skal opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

Deltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien

## **Kapittel B – Personvern og økonomi**

### **Personvern**

Opplysninger som registreres om deltaker er i tilknytning til hans/hennes opplevelse av hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. Disse opplysningene vil knyttes opp mot hva som hjalp personen fra å være i en krisesituasjon mot mestring i eget liv igjen. I forhold til krav og bestemmelser om innhenting og oppbevaring av informasjon er prosjektet godkjent av Universitet i Agder og REK (Regional Etisk Komitè) før det settes i gang.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Økonomi og rolle**

Det er ingen knytninger til organisasjoner i forbindelse med økonomi. Personen bak oppgaven har ansettelsesforhold ved SSHF avd. PTSS. Studiet er uavhengig av arbeidsgiver og det er ingen økonomiske- eller arbeidsforhold knyttet til prosjektet. Veilederen til prosjektet har ansettelsesforhold ved UIA.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Når prosjektet er ferdig og hvis masteroppgaven blir godkjent, vil et eksemplar være tilgjengelig hos Mental helse Kristiansand, og ved biblioteket på UIA.

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

## Intervjuguide

### Semistrukturert intervju

Et semistrukturert intervju rangerer et sted mellom en løs og en standardisert struktur. Foreksempel brede tematiske punkter kombinert med klart definerte spørsmål. Svarene kan være både åpne, og standardiserte.

### Gjennomføring:

*Sted:* I forhold til valg av sted vil jeg være fleksibel i forhold til intervjupersonens ønske for at dette ikke skal bli en belastning. Jeg vil være fleksibel i forhold til hvis intervju personen har et ønsket sted, og jeg vil sørge for lokale hvis det er behov for det. Her har jeg flere muligheter gjennom kontakter i kommunen, sykehuset og frivillighetens hus. Kravet jeg har til stedet er at vi kan sitte uforstyrret.

*Tid:*

Etter avtale med intervjupersonen.

*Intervju:*

Intervjuet er tenkt som en åpen samtale med utgangspunkt i intervjupersonens opplevelse av hjelp. Det starter med tanker etter informasjon om prosjektet. Dette vil jeg gjennom samtalen prøve å se i forhold til hva som er personens opplevelse av hjelp i en gjennomlevd krise. Det er satt opp hovedspørsmål i forhold til hvordan hjelp oppleves retrospektivt, og hovedspørsmål i forhold til hvordan denne opplevelsen av hjelp har påvirket tanker om hva som hjelper. Jeg kommer også spesifikt inn på intervjupersonens opplevelse av samtale og handling i forhold til hjelp. Jeg vil også komme inn på hjelp i forhold til hvor i krisen du var: fra krise mot mestring. Og jeg vil komme inn på hvordan hjelp ble opplevd i øyeblikket sett opp i mot opplevelsen av hjelp retrospektivt.

Det er satt opp hjelpespørsmål for min del i forhold til å holde fokus på opplevelsen av hjelp.

### Før intervjuet starter vil jeg si noe om:

Hvem jeg er.

Hensikten med intervjuet.

Hvilken institusjon som står bak forskningen.

Hvordan anonymitet blir håndtert.

Bruk av båndopptaker.

Rett til å trekke seg som i informasjonsskriv.

Tid til disposisjon

### Avklaring om forhold til den gjennomlevde krisen

Intervjuet er ment som en mulighet for deg som har opplevd en krise til å fortelle om hvordan de har opplevd hjelp. Dette mener jeg er viktig for de som arbeider i hjelpeapparatet, og jeg vet at Mental helse er opptatt av dette. I forhold til det å oppleve krise kan det være vanskelig og snakke om det. Hva slags forhold har du til krisen du har opplevd? Hvordan takler du at den blir tatt opp igjen? Hvis du trenger støtte i etterkant i forhold til intervjuet kan du kontakte

meg eller Mental helse. Under intervjuet må du si i fra hvis du vil stoppe eller hvis det er ting du ikke vil snakke om.

## **Intervju:**

### **Problemstilling(er)**

Jeg tar i prosjektet utgangspunkt i møtet med mennesker i krise som en prosess hvor personen går fra krise mot mestring. Det er møtet med personen i krise jeg vil ha hovedfokus på og utforske nærmere. Problemstillingen vil utforskes retrospektivt, hvor krisen som tas opp er gjennomlevd og mestring er gjenopprettet.

**”Fra krise mot mestring”:** Utforskning av opplevelsen av hjelp sett fra den kriserammedes perspektiv.

Jeg vil ha fokus på hva som bidrar i positiv retning mot gjenvunnet mestring

HS: hovedspørsmål

HJS: hjelpespørsmål

*HS:* Er det noe du blir opptatt av ut i fra det jeg har fortalt om prosjektet? Hvorfor blir du opptatt av det?

*HS:* Hva tenker du at hjelp er?

*HS:* Hvorfor er det det?

### **Din opplevelse av hjelp:**

Hvis vi starter med når du først trengte hjelp.

*HS:* I forhold til krisen du opplevde: kan du beskrive hjelp (hva tenker du på når jeg sier hjelp)?

*HJS:*

- Kan du beskrive hjelp i forhold til den krisen du opplevde?
- Hvorfor var dette (ikke?) til hjelp? (Hvis ikke til hjelp: forsøk og omformulere i forhold til hva som ville vært hjelp)
- Hvorfor er dette viktig for deg i forhold til hjelp?
- Hvordan virket hjelpen du fikk på deg?
- Hvordan tror du at du best kunne blitt hjulpet?

### **Din opplevelse av hjelp i ettertid:**

Hva har din opplevelse gjort at du er opptatt av i forhold til hjelp:

*HS:* I forhold til det du har opplevd: hva er du nå opptatt av i forhold til hjelp i en krise?

*HS:* Kan du beskrive hva du mener er ideelt i forhold til hjelp i en krise?

*HJS:*

- Hvorfor tror du det vil være til hjelp?

- Hvordan tror du den hjelpen vil virke?
- (- Har du noen tanker hvis jeg sier: prate/snakke (samtale)?)
- (- Har du noen tanker hvis jeg sier: handling (å gjøre)?)

*HS:* Har du noen tanker om hvordan hjelp oppleves i forhold til hvor du var i krisen? (kris sett som en prosess fra krisefase mot mestringsfase).

*HS:* Har du noen tanker i forhold til om hjelpen kommer fra noe(n) i eller utenfor hjelpeapparatet i forhold til hva som har hjulpet?

*HS:* Hva tenker du om hjelp nå i forhold til før du opplevde krisen?

*HS:* Hvordan var det og snakke med andre om det du opplevde mens det pågikk (hva gjorde det med deg)?

*HS:* Hvordan er det å snakke med andre om det du har opplevd nå (hva gjør det med deg)?

### **Huskeliste for oppfølging i samtalen:**

*Introduserende spørsmål-* "Kan du beskrive...?"

*Oppfølgingsspørsmål* - Oppfølging av temaer som dukker opp underveis."kan du utdype..."

*Spesifiserende spørsmål-* "Hva gjorde at det var til hjelp?"

*Direkte spørsmål-* "Var det som ble sagt til hjelp?"

*Indirekte spørsmål* - "Hvordan tror du andre oppfatter at dette var til hjelp?"

*Strukturerte spørsmål* - Holder fokuset på tema " jeg vil nå introdusere et nytt tema..."

*Fortolkende spørsmål* - "Er det riktig at du følte at..."

*Stillhet* - Informanten trenger tid til å puste ut og reflektere.

### **Hvis bruk av ja-eller-nei-svar, be om utdyping**

Avslutt med å be om en sluttkommentar (noe du er opptatt av som vi ikke har fått med?).

DATAMATRISSE FOR TEMA I MENINGSENHETENE

Vedlegg 3

	Mestring	Opplevelse av hjelp	Hjelpeapparatet	Egenutvikling	Opplevelse av egen helse	Nettverk	Forsoning	Hendelsesforløp	Kompetanse	Organisering	Kommunikasjon	Utvikling	Økonomi	Medikamenter	Motivasjon
Hendelsesforløp	x	x	x	x	x	x					x				x
Hjelpeapparatet	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Opplevelse av egen helse	x	x	x	x		x	x	x	x		x			x	x
Egenutvikling	x	x	x		x	x	x	x	x						x
Opplevelsen av hjelp	x		x	x	x	x	x	x	x		x		x		x
Nettverk	x	x	x	x	x						x				x
Mestring		x		x	x						x				
Kompetanse	x														
Annerkjennelse		x													
Hvem hjelpes		x													
Motivasjon				x											
Famile		x		x	x	x									x
Kunnskap		x			x	x					x				
Forståelse av sykdom		x		x											
Forsoning	x	x	x	x											
Tilbakemelding				x											x
Noe å gå til	x	x		x		x									x
Samtale		x		x	x										
Valg	x	x		x											
Handling		x		x	x	x									
Tid		x	x	x	x		x		x						
Virkelighetsdannelse		x			x										
Oppdeling av ansvar		x			x										x
Likemenn				x	x										
Tilbud		x	x												
Kommunikasjon		x		x	x										
Plan		x		x											
Forventninger	x				x										
Tilrettelegging	x	x		x	x										
Medikamenter	x														
Håp		x			x										
Indre dialog															
Holde ut				x											
Behov	x	x		x							x				
Bitterhet				x											
Selvinnsikt		x		x											



	Tid	Tilnærming	Samtale	Håp	Alternative motiver	Familie	Interesser	Felles forståelse	Byråkrati	Samarbeid	Plan	Regler	Forståelse av sykdom	Praksis	Skolering	Sammensetting
Hendelsesforløp	x					x	x	x								
Hjelpeapparatet	x			x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Opplevelse av egen helse	x			x		x							x			
Egenutvikling	x		x	x												
Opplevelsen av hjelp	x	x	x	x						x	x	x	x			
Nettverk				x		x							x			
Mestring																
Kompetanse																
Annerkjennelse																
Hvem hjelpes									x							
Motivasjon				x												
Familie													x			
Kunnskap																
Forståelse av sykdom																
Forsoning																
Tilbakemelding																
Noe å gå til																
Samtale																
Valg	x															
Handling													x			
Tid													x			
Virkelighetsdannelse	x		x													
Oppdeling av ansvar																
Likemenn																
Tilbud																
Kommunikasjon	x		x										x			
Plan										x						
Forventninger																
Tilrettelegging	x												x			
Medikamenter																
Håp																
Indre dialog				x												
Holde ut																
Behov																
Bitterhet																
Selvinnsikt																



	Kosthold	Medisinering	Medikamenter	Semantikk	Utredning	Gjenkjennelse	Perspektiv	Likemenn	Initiativ	Empati	Sammensattthet	Behov	Ærlighet	Handling	Innsats
Hendelsesforløp														x	
Hjelpeapparatet									x						
Opplevelse av egen helse							x		x					x	
Egenutvikling							x							x	
Opplevelsen av hjelp	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nettverk								x							
Mestring									x					x	
Kompetanse															
Annerkjennelse															
Hvem hjelpes															
Motivasjon															
Famile															
Kunnskap															
Forståelse av sykdom															
Forsoning															
Tilbakemelding															
Noe å gå til															
Samtale														x	
Valg															
Handling															
Tid														x	
Virkelighetsdannelse															
Oppdeling av ansvar															
Likemenn															
Tilbud															
Kommunikasjon												x			
Plan														x	
Forventninger															
Tilrettelegging															
Medikamenter															
Håp															
Indre dialog															
Holde ut															
Behov															
Bitterhet															
Selvinnst															



	Forventninger	Progresjon	Annerkjennelse	Noe å gå til	Behandling	Oppdeling av ansvar	Ansvarsfraskrivelse	Informasjon	Mål	Føle seg nyttig	Endring	Unnvikelse	Umyndiggjøring	Tilhørighet	Kriterier for hjelp
Hendelsesforløp															x
Hjelpeapparatet	x			x	x	x	x	x	x						x
Opplevelse av egen helse															x
Egenutvikling	x	x	x	x					x	x					
Opplevelsen av hjelp	x	x	x	x			x								x
Nettverk											x				
Mestring									x						
Kompetanse															
Annerkjennelse															
Hvem hjelpes															
Motivasjon															
Famile															
Kunnskap															
Forståelse av sykdom							x								
Forsoning									x						
Tilbakemelding															
Noe å gå til										x					
Samtale															
Valg															
Handling															
Tid												x			
Virkelighetsdannelse															
Oppdeling av ansvar															
Likemenn															
Tilbud															
Kommunikasjon													x		
Plan															
Forventninger															
Tilrettelegging		x	x											x	
Medikamenter															
Håp															
Indre dialog															
Holde ut															
Behov															
Bitterhet															
Selvinnst															

	Medmenneske	Forståelse	Ansvarsområde	Bevisstjøring	Holde ut	Bitterhet	
Hendelsesforløp							
Hjelpeapparatet			x				
Opplevelse av egen helse	x			x			
Egenutvikling							x
<b>Opplevelsen av hjelp</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>				
Nettverk							
Mestring							
Kompetanse							
Annerkjennelse							
Hvem hjelpes							
Motivasjon							
Famile							
Kunnskap							
Forståelse av sykdom			x				
Forsoning							
Tilbakemelding							
Noe å gå til							
Samtale							
Valg							
Handling							
Tid			x				
Virkelighetsdannelse							
Oppdeling av ansvar							
Likemenn							
Tilbud							
Kommunikasjon							
Plan							
Forventninger							
Tilrettelegging							
Medikamenter							
Håp					x		
Indre dialog							
Holde ut							
Behov							
Bitterhet							
Selvinnsikt							