

Anerkjennelse av mennesker i krise

En kvalitativ studie av hvordan helsearbeidere kan møte mennesker i krise
best mulig

Karin Haukalid

Veileder

Anders Johan W. Andersen

21625 ord

*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, 2012

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Forord

«Skulle jeg ønske meg noe, ønsker jeg meg ikke rikdom, ære eller makt, men mulighetens lidenskap; det øye, som evig ungt og evig brennende ser muligheter» (Olafsen & Dahl, 2007, s. 169). Søren Kirkegaard sine ord om muligheter er det som startet dette prosjektet i meg. Jeg kom til et vendepunkt i mitt liv som satte meg i stand til å møte nye utfordringer, og se etter muligheter og læring. Denne studien har vist meg og mine omgivelser at det er mulig, om man har lidenskapens øye, å se hvilken skatt det er å lære og å utvikle seg. Jeg har lært om livsbevissthet, og hvordan man kan være mer tilstede i eget liv. Dette forandret meg i møte med andre. Dialog er mer enn ord, det rommer en felles opplevelse der vi kan anerkjenne hverandre og bygge relasjoner. Livet er en reise der vi trenger hverandre! Prosessen frem mot den ferdige masterstudien har vært spennende, lærerik, krevende og utfordrende.

Først og fremst vil jeg takke mine fire informanter som delte sine kunnskaper og sine erfaringer med meg. Dere tok meg med inn i deres historie og smerte. Jeg håper jeg har klart å formidle det som var viktig for dere. Takk for tillit og åpenhet! Takk for at dere ville stille opp og la dere intervjuet! Jeg håper denne oppgaven vil gi leseren refleksjoner over hva som er hjelp i krise, og hva som skal til for at mennesker som opplever dette føler seg sett.

Jeg vil takke familie og venner for støtte og hjelp gjennom dette prosjektet, en ekstra takk til mine barn, kjæresten min og Ellen.

Til slutt en stor takk til min veileder Anders Johan W. Andersen som har ledet meg igjennom denne prosessen på en strålende måte!

Kristiansand mai 2012

Karin Haukalid

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt

Tema for prosjektet er møte med mennesker i krise. Oppmerksomheten rettes mot enkelt mennesket som selv opplevde at de trengte profesjonell hjelp. Forventinger til profesjonell krisehjelp er endret de siste årene. Hensikten med studiet har vært å øke fokus på dette temaet som kan gi mer kompetanse og innsikt i hva god krisehjelp er. Studiets forskerspørsmål er: Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

Metode og utvalg

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaringer og fortolkninger, og egnet seg godt for å utforske opplevelser og erfaringer. Fire mennesker ble intervjuet om deres opplevelser etter en krise. Målet var å skape en dialog der informanten opplever at deres stemme og deres opplevelse er det viktigste. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkriberte i etterkant. Dette ble rådata som jeg analyserte etter prinsipper fra Malterud (2003). Tre teoretiske perspektiv ble valgt: Erfaringer, krisepsykologi og møte mellom mennesker for å belyse ulike aspekter ved funnene i prosjektet.

Resultat og konklusjon

Undersøkelsen viste at mennesker i krise ikke opplevde at de ikke fikk den hjelpen de hadde ønsket. Informantene etterlyste mer hjelp til barn og ungdom som var etterlatte i familier som opplevde krise. De ønsket anerkjennelse av deres sorg og deres behov. Nettverket var en viktig del av hjelpen etter kriser. Det kan synes som at det er stor forskjell på krisehjelp til enkelt mennesker og deres familier og ved katastrofer der det er flere involvert.

Nøkkelord: Krise, kaos, nettverk, opplevelse, hjelp, omsorg, anerkjennelse.

Summary

Background and purpose of the Project

The theme for this Project is the meeting with people going through a crisis. The attention is directed against individuals who themselves experienced that they needed professional help. The expectations to get professional help in crisis, have changed over the last years. The purpose of this study has been to increase the focus on the theme, and what measures can increase the competence, and give better insight in what good help in crisis is. The research question is: How can health workers meet people in crisis in a best possible way?

Method and selection

The qualitative Method is based on theories of human experiences and interpretations, and is very suitable to investigate these experiences. Four persons were interviewed about their experiences after going through crisis. The goal was to create a dialogue where the informant experience that their voice and their experience was the most important ones. All the interviews were taped and transcribed afterwards. This became raw data, which was analyzed according to the principles of Malterud (2003). Three theoretical perspectives were chosen: Experiences, Crisis Psychology and the meeting between people. This was done to highlight different aspects of the findings in the Project.

Results and conclusion

The investigation showed that people going through crisis did not get the necessary help they wanted. The informants called for more help for children and youths who were survivors after experienced crisis. They wanted recognition of their grief and of their needs. The network they had was a very important part of their help after crisis. It also looks like there is a big difference between the help for the individual, and their family, compared to a great disaster with many persons involved.

Key words: Crisis, chaos, network, experience, help, care, recognition.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Introduksjon | 3 |
| 1.1 Begrepsavklaringer | 5 |
| 1.1.1. Hvem er helsearbeidere? | 5 |
| 1.1.2 Hva er en krise? | 5 |
| 1.2 Tidligere forskning | 6 |
| 1.2.1 «Førstehjelperens» møte med etterlatte etter selvmord - psykososiale utfordringer . | 6 |
| 1.2.2 Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede?..... | 7 |
| 1.3 Hensikt og forskerspørsmål..... | 8 |
| 1.4. Oppgavens oppbygning..... | 9 |
| | |
| 2.0 Teori..... | 10 |
| 2.1 Opplevelser av kriser | 11 |
| 2.2 Krisepsykologi..... | 12 |
| 2.3 Mindfulness og dialogens betydning i relasjoner..... | 15 |
| 2.4 Nettverksstøtte | 18 |
| | |
| 3.0 Metode | 19 |
| 3.1 Utvalg..... | 20 |
| 3.2 Valg av metode..... | 20 |
| 3.3 Datainnsamling | 21 |
| 3.4 Transkribering og analyse | 22 |
| 3.5 Metodekritikk: Validitet og reliabilitet | 24 |
| 3.6 Forskningsetiske betraktninger | 25 |
| 3.7 Egen rolle som forsker | 25 |
| | |
| 4.0 Resultater og tolkning av funn | 26 |
| 4.1 « <i>Det ble jo veldig mye kaos vet du!</i> » | 27 |
| 4.2 « <i>Det var ingen der</i> » | 29 |
| 4.3 « <i>Krisehjelpen min var alle naboene som kom</i> »..... | 31 |
| 4.4. « <i>Tenk om jeg bare hadde fått en telefon</i> » | 33 |
| 4.5 « <i>Sorg er ikke sykdom</i> » | 36 |

| | |
|--|----|
| 4.6 Oppsummering av funn..... | 38 |
| 5.0 Drøfting..... | 39 |
| 5.1 Opplevelsen av hjelp er forskjellig..... | 39 |
| 5.2 Hvorfor er det forskjell på krisehjelp i enkelt historier og når mange er involvert? | 41 |
| 5.3 Kriser oppleves forskjellig! | 43 |
| 5.4 Hva er best mulig hjelp? | 45 |
| 5.5 Hva trenger den som skal hjelpe?..... | 48 |
| 5.6 Hvordan kan man bygge et tilbud som kan møte den enkeltes behov? | 49 |
| 6.0 Diskusjon av funn og metode..... | 50 |
| 7.0 Mulig videre forskning | 50 |
| 8.0 Konklusjon | 52 |
| Litteraturliste | 53 |

Vedlegg:

Vedlegg 1 Intervjuguide

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Vedlegg 4 Godkjenning fra Fakultetets etiske komité (FEK)

Vedlegg 5 Godkjenning fra Personvernombudet hos Norsk Samfunnsvitenskapelige
Datatjeneste (NSD)

1.0 Introduksjon

I en artikkel i Dagens Medisin skriver Atle og Kari Dyregrov (2011) at det har fremkommet klager på manglende oppfølging etter tragedien på Utøya i 2011. Dette til tross for en enorm mobilisering fra hjelpeapparatet landet rundt (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Lignende beskrivelser oppstod rundt tsunamien julen 2004, og det synes som om forventningene til psykososial krisehjelp har økt de siste tiår.

Vassnes skrev i en artikkel i Klassekampen nylig følgende: «Nyere forskning viser at det er små effekter av behandlingen i krisepsykologien» (Vassnes, 2012, s. 12-13). Han skriver videre at internasjonale studier viser at i beste fall vil de som mottar krisehjelp klare seg like godt som de som ikke får dette. I verste fall vil de som får hjelp ha betydelig høyere forekomst av post traumatisk stress, være mer engstelige og mindre fornøyd med livet sitt enn de som ikke fikk hjelp. Vassnes skriver ikke hvilke kriser dette gjelder, og når hjelpen ble satt inn, men påpeker at den hastige hjelpen som blir satt inn kunne vært brukt seinere.

Dette gir grunnlag for å stille spørsmålene hva er god krisehjelp og hvem skal gi denne?

Gjennom *Lov om helsetjeneste i kommunene* (LOV 1982-11-19 nr. 66) (Warberg, 1995), og *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (LOV 2000-06-23 nr. 56) (Norge, 2001) sikres norske statsborgere nødvendig helsehjelp. *Helsepersonell loven* (LOV 1999-07-02 nr. 64) (Ohnstad & Befring, 2010) er den tredje loven som indirekte er viktig for kommunenes psykososiale kriseberedskap.

I august 2011 ble *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* utgitt fra Helsedirektoratet. Dette er et verktøy for å etablere god praksis med hensyn til håndtering av slike hendelser. Veilederen har til hensikt å stimulere til videreutvikling av tilbudet i kommunene.

Det er også gitt ut flere rundskriv om hendelser som trenger ekstra oppfølging for eksempel selvmord og overgrep.

Gjennom lover og veiledere ser vi at det ikke er opp til hver enkelt kommune å utarbeide og følge opp en kriseberedskap. Hver kommune er pliktig å utarbeide rutiner i tråd med eksisterende lovverk.

Tema for prosjektet er møte med mennesker i krise. Oppmerksomheten rettes mot enkelt mennesket som opplever en traumatisk krise i livet av en slik karakter at de selv opplever at

de trenger profesjonell hjelp. Jeg ønsker å fokusere på opplevelsen uavhengig av utløsende faktorer. Samtidig er hjelpere underlagt lovverket. De har en plikt til å hjelpe når mennesker møter store utfordringer som kan gå utover psykisk helse. Dette gjør forskningsprosjektet mitt relevant. Jeg tror at mer kompetanse og innsikt i hva god krisehjelp er vil kunne komme etterlatte og berørte i kriser og katastrofer til gode.

Til daglig jobber jeg som sykepleier ved Kristiansand Legevakt. Legevakten er en del av Kristiansand kommunes kriseteam, og legene rykker ut til unormale dødsfall og ulykker sammen med ambulanse personell og politi. De kommer ofte tidlig til åstedet, og er derfor en av de første som møter mennesker etter selvmord, ulykker eller unormale dødsfall utenfor institusjon. Ofte tar legevakten imot de berørte rett etter slike hendelser, og henviser videre til kommunes kriseteam første hverdag. Kommunen har egne psykiatriske sykepleiere som følger opp mennesker i krise i de forskjellige bydelene. Dette tilbudet gjelder kun på dagtid på hverdager, og ikke helger og høytider. Alle innleggelser i psykisk helsevern, både frivillig og på tvang går via legevakten på kveld, natt, helger og høytider. Min tilknytning til legevakten gir meg med andre ord mange erfaringer med å møte mennesker i krise. I tillegg er jeg en del av overgrepsmottaket i Vest Agder. Hit kommer mennesker som er blitt utsatt for seksuelle overgrep. Vi møter dem i en akutt krise der det er viktig både med psykiske støtte og sporsikring etter overgrepet.

Masterprogrammet i psykisk helsearbeid har gjort meg ennå mer nysgjerrig på det å møte mennesker i krise. Gjennom teori og praksis har det vokst frem et ønske om å lære mer. Jeg har vært i praksis på familie og ungdomsteamet (FUT) ved Sørlandets Sykehus i Kristiansand (SSK). Der fikk jeg møte ungdommer og familier som hadde opplevd kriser.

Mennesker som opplever en krise mister kontroll over livet sitt i kortere eller lengre perioder. Krisehjelp er ikke behandling, men å hjelpe mennesket til vekst gjennom krisen. Hvordan kan helsearbeidere være med å fremme denne veksten hos berørte etter kriser? Ofte handler dette om å være tilstede for mennesket, være oppmerksom og vise respekt i situasjonen (Falk & Smith, 1999). Hvordan vi møter kriser, og hvordan vi får hjelp kan være avgjørende. I henhold til tidligere forskning (Dyregrov & Dyregrov, 2007) er målene for krisehjelp å hjelpe personer til å få tilbake mestringsevnen og ferdigheter i problemløsning. Menneskets overlevelsessevne er avhengig av tidligere erfaringer og opplevelser. Dette prosjektet fokuserer på den subjektive opplevelsen av krise, og møtet mellom den berørte og helsearbeideren.

1.1 Begrepsavklaringer

1.1.1. Hvem er helsearbeidere?

I oppgaven retter jeg oppmerksomheten mot de som arbeider i feltet der man møter mennesker i krise, sykepleiere, leger, ambulansepersonell og terapeuter. Men ser også at hjelp er mer enn helsearbeidere etter en krise. Ofte kommer politi, prester og begravelsesagenter tidlig til stedet ved for eksempel uventete dødsfall og fungerer som førsthjelpere. Et tettere samarbeid og lettere tilgjengelighet av personell med kriseerfaring ville kunne lette deres oppgave. I denne oppgaven blir fokus på hjelperne og ikke spesielt på helsearbeiderne. Vi ser imidlertid at oppfølging etter en akutt krise vanligvis blir gjort av helsearbeidere og da i første rekke leger, psykiatriske sykepleiere og terapeuter.

1.1.2 Hva er en krise?

Kriser er en opplevelse av ikke å ha nok handlingsrepertoar til å håndtere en situasjon etter en påkjenning. En krise innebærer smerte, men kan også gi muligheter for læring og endring (Antonovsky, 2000). «Ordet krise kommer fra det greske ordet krisis og betyr avgjørende vending, plutselig forandring, skjebnesvanger endring» (Cullberg, 1994, s. 11). Cullberg beskriver en psykisk krise som en situasjon der tidligere erfaringer og innlærte erfaringer ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske situasjonen. Han skiller mellom to typer krisetilstander. Kriser utløst av ytre årsaker kalt traumatiske kriser, og livskriser eller utviklingskriser. Måten vi som mennesker reagerer på kriser ses ofte i sammenheng med tidligere opplevelser og erfaringer (Cullberg, 1994).

Hva kan utløse en krise? Det kan være ulykker, selvmord, krybbedød, alvorlig syke barn, voldtekt, mord, ran, alvorlig sykdom, voldelige hendelser, psykisk lidelse, traumatiske situasjoner, naturkatastrofer og brudd i nære relasjoner som f. eks skilsmisse. Uventede livssituasjoner som mennesker ikke har kunnskap om å klare på egenhånd.

Sammenhengen mellom vår sårbarhet og vårt nettverk har stor betydning for hvordan vi kan oppleve å bearbeide en krise. Manglende evne eller hjelp til å mestre en krise kan føre til sykdom (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Allerede i begynnelsen av 1930 årene gjorde en svensk psykoterapeut rede for hvordan forskjellige sjokk kan føre til psykiske forstyrrelser. Etter den tid har det vært forsket og

skrevet mye om kriser og kriseopplevelser (Cullberg, 1994). I Norge er Senter for krisepsykologi i Bergen ledende på kunnskap om kriser. De har laget en WEB side som var resultatet av et prosjekt gjennomført i 2003- 2005.

Kriser.no gir informasjon om psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer.

1.2 Tidligere forskning

Det er forsket mye på kriser, hvordan mennesker opplever kriser, og hva som hjelper under og etter slike opplevelser? Jeg har søkt etter tidligere forskning på databasene Idunn og SveMed+ via Bibys. Jeg brukte søkeord som crisis AND (satisfac OR preception OR attitude), og fikk da 30 treff i SveMed+. Det var norske, svenske og danske artikler. Alle artiklene ble gjennomgått, og på bakgrunn av dette valgte jeg å løfte frem to publikasjoner som jeg mener er mest relevant for min oppgave. Den første omhandler hvordan det oppleves å være hjelper i kriser og ulykker (Dyregrov & Litlere, 2009). Den andre tar opp menneskers forventning til krisehjelp (Dyregrov, 2005). Disse er relevante fordi det er spørsmål jeg må belyse for å kunne svare på problemstillingen.

I Idunn brukte jeg samme søkerord og fant mange treff. Jeg har brukt artikler fra Tidsskrift for Psykisk helsearbeid og dagsaviser for å se bredden i temaet og for å gjøre drøftingen mer rikholdig og variert.

1.2.1 «Førstehjelperens» møte med etterlatte etter selvmord - psykososiale utfordringer

Artikkelen (Dyregrov & Litlere, 2009) bygger på et samarbeidsprosjekt mellom Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i region Vest (RVTS-Vest) og Senter for krisepsykologi i Bergen. Prosjektet bestod av tre deler. En forskningsdel med fokusgruppeintervju med prester, politi og begravellesagenter. Et utvekslingsseminar med foredrag og utveksling av informasjon angående de enkeltes roller i kriser. Til slutt et erfaringsseminar der drøfting av kompetansehevede tiltak med krise team, Bergen kommune og Livskrisehjelpen på Bergen legevakt. Jeg så på forskningsdelen i dette prosjektet, der de brukte fokusgruppe intervju med tre forskjellige faggrupper. De stilte spørsmål som gikk på deres ivaretagelse av de psykososiale aspektene i møte med de etterlatte, refleksjon rundt de

etterlattes behov for psykososial hjelp, og samarbeid mellom faggruppene. Resultatet var at de enkelte gruppene vektla litt forskjellig. Politiets hovedoppgave er etterforskning etter selvmord, men de sier selv at de ved siden av den faglige delen også ivaretar den psykososiale delen så langt som mulig.

Prestene vektla å ikke overkjøre de etterlatte, og begravelsesagentene vektla aktiv deltagelse. De poengterte likhetstrekk i reaksjonen til de etterlatte etter selvmord og andre former for brå død, og forteller at hjelpebehovet er like stort hos den enkelte etter slike hendelser, som etter store ulykker der mange dør samtidig.

De etterlyser tydelig avgrensning av egne roller, og at fagfolk rutinemessig kommer inn i oppfølgingsarbeidet. Samarbeid etterlyses av informantene i denne undersøkelsen. Hvem som fikk opplysninger, og hvilke opplysninger var forskjellig. Dessuten var det ikke krisehjelp på døgnbasis. Gruppens hovedbudskap til andre hjelpere, som for eksempel kriseteamet, var at de skal komme tidligere til i akuttfasen og hjelpe etterlatte utover den. De ønsker samarbeid og mer avlastning fra faggrupper med mer krisekompetanse enn de selv hadde.

1.2.2 Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede?

I en annen artikkel som Kari Dyregrov har skrevet på bakgrunn av sin doktoravhandling spør hun: Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede (Dyregrov, 2005)? Hun undersøkte situasjonen til, og oppfølgingen av foreldre som har mistet barn ved traumatisk dødsfall. Dette som et ledd i debatten om hvordan profesjonelle skal følge opp med hjelp etter kriser.

Dyregrov sitt hovedspørsmål var:

Bør mennesker som opplever en alvorlig livskrise selv være i stand til å mestre situasjonen, ved hjelp av sine sosiale nettverk, eller trengs profesjonell hjelp? Og i så fall hva burde bestemme type og omfang av hjelpen? Vil tilgjengelighet av profesjonell hjelp ved alvorlige kriser og katastrofer true individets autonomi, og avhengighet av profesjonelle minske individets kontroll over eget liv? (Dyregrov, 2005, s. 1853)

Dyregrov undersøkte en landsdekkende kohort av foreldre som hadde mistet sitt barn/ungdom enten ved selvmord, krybbedød/plutselig barnedød eller barneulykker på grunnlag av store mengder data. Det ble et utvalg på 232 foreldre som har mistet sitt barn/ungdom brått og uventet. Av disse rapporterte 74 % kompliserte sorgreaksjoner, 52 % alvorlige post

traumatiske etter reaksjoner og 60 % rapporterte psykiske og fysiske vansker i den grad at det medførte en helserisiko. Det var stor enighet blant 88 % av de etterlatte som mente det var bruk for både profesjonell hjelp og uformell hjelp. Flere studier viser at foreldre og søsken trenger flere ulike hjelpetiltak. Mange trenger hjelp fra profesjonelle, nettverksstøtte og likemenn. Forskjellig behov dekker forskjellig hjelpetiltak.

Dyregrov spurte hvilke tiltak norske kommuner hadde til mennesker etter krisen? 58 % av de spurte oppgir at de hadde ønsket mer hjelp enn de fikk, og bare 13 % av kommunene hadde oppfølging over tid. Kun 42 % av hjelpen kom på offentlige initiativ, i resten av tilfellene måtte de etterlatte selv be om hjelp. 65 % av foreldrene ønsket mer spesialisert hjelp til barn som etterlatte, og bare 38 % av kommunene hadde slikt tilbud til barn. Dette viser at det fremdeles er en del manglende strategier for psykisk helsehjelp i noen norske kommuner. Man skulle ikke tilby hjelp før det var tegn til sykdom etter en traumatisk hendelse, og at mennesket hadde egne naturlige tilhelingsprosesser, og sammen med familie og venner skulle de klare seg selv. Dyregrov mener at denne holdningen er mangel på kunnskap om psykososial kriseintervensjon. Hennes konklusjon i artikkelen er at man må ta brukerens erfaringer mer på alvor. Lytte til de etterlattes stemme når de hevder at med profesjonell hjelp vil de kunne få mulighet til å gå videre i livet, og at fagfolk ikke skal umyndiggjøre dem.

Gjennom tidligere forskning har vi fått kunnskap og kompetanse på hvordan vi kan møte mennesker i krise. Til tross for dette er det mange som opplever at de ikke blir ivaretatt etter en slik hendelse. Egne erfaringer og yrkeserfaringer viser at det finnes mange som ønsker mer hjelp og støtte enn det de får. Derfor valgte jeg å undersøke dette i denne studien.

1.3 Hensikt og forskerspørsmål

Hensikten med studiet er å undersøke hvordan mennesker som har opplevd kriser ble møtt av helsepersonell. Ved å lytte til de berørtes erfaringer og deres opplevelse av hjelp, og ved å hospitere på steder der helsepersonell møter mennesker i krise vil jeg kunne bidra i diskusjonen om hva er best mulig for den enkelte. «Best mulig» er et åpent utsagn som gir mulighet til å reflektere, hva er best mulig, og hvem bestemmer hva som er best mulig?

Gjennom studiet og egenerfaring har jeg lært om de gode møtene. Hvordan vår tilstedeværelse i møtene virker på opplevelsen til den berørte. Kan vi bruke vår fagkompetanse sammen med egenerfaring på en slik måte at det blir til det beste for den som

trenger hjelp? Jeg ønsker å se på hjelperrollens forforståelse, holdning og erfaring i møtene. Hvor viktig er det for den berørte med nettverksstøtte? Betyr de nære relasjoner mer enn møtet med helsevesenet? Bør vi være flinkere til å bruke nettverket i den akutte krisen (Seikkula, 2000)? Eller trenger vi både nettverksstøtte og fagfolk i en akutt krise? Hvordan kan de som trenger hjelp få dette i rett tid og på den måten de selv ønsker? Disse spørsmålene ledet meg frem til problemstillingen:

Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

1.4. Oppgavens oppbygning

Jeg har valgt teorier som kan belyse mine funn. Jeg ønsket å formidle bredden på hvordan mennesker kan oppleve kriser, og løfter frem og belyser egenerfaringer gjennom noen biografier. Dette er historier som er fortalt for å dele smerter og erfaringer som kan hjelpe andre i samme situasjon.

Den teoretiske forankringen vil bli presentert gjennom krisepsykologi der man ser på vanlige reaksjoner på vonde opplevelser og hva som kan hjelpe. Det finnes reaksjoner som er vanlig på ekstreme hendelser. Gjennom prosessen ble det viktig å belyse at mine funn stemmer med det andre har funnet i reaksjonsmønster etter kriser.

Videre ser jeg på Mindfulness og betydningen av å være tilstede, både for den kriserammede og hjelperen. Jeg tror det er viktig å være tilstede i eget liv for å kunne hjelpe andre best mulig. Teori på dette vil underbygge egne erfaringer, funn og vise om dette stemmer.

Nettverksstøtte er viktig i kriser og katastrofer. Relasjoner mellom berørte og nettverket kan være avgjørende for hvordan berørte kommer seg igjennom slike hendelser.

Jeg velger å se på hvordan språket kan være bidragsytende i bearbeidelsen av en krise. Det er spennende å se på om samtaler i nettverket kan være et hjelpemiddel i møte med kriserammede.

Valg av metode og utvalg av informanter kommer i metodekapittelet. Deretter resultat og funn som jeg drøfter i påfølgende kapittel. Det blir drøftinger med utgangspunkt i de funnene jeg gjorde sammen med teori og tidligere forskning. Til slutt ser jeg på mulige ideer til videre forskning, kommer med konklusjoner og svarer på problemstillingen min.

2.0 Teori

Jeg har valgt teori som har sammenheng med funn i dette prosjektet, for å belyse disse og kunne reflektere over funnens betydning. Dette er ikke et teoristyrte prosjekt, men teorien ble valgt i lys av analysert data. Jeg ønsker å se på likheter og ulikheter i opplevelsen av kriser og velger derfor bøker som handler om å miste noen kjære i kreft, opplevelse av tap etter en naturkatastrofe, og etterlatte som skriver tanker etter selvmord, og tanker fra en som har hatt psykiske lidelser og skrevet flere bøker om dette.

Krisepsykologi er relevant i forhold til den psykiske opplevelsen av å miste kontroll og oppfølging av katastrofer og kriser. «Den tause tsunamien» ble den kalt når en opplever en katastrofe i livet som ikke blir medieoppslag, men som følelsesmessig kjennes ut som en naturkatastrofe. Forskning på katastrofer handler om opplevelsen hos den enkelte og hvordan vi kan lære mer om de funnene som er gjort på dette feltet.

Videre velger jeg å se nærmere på hvordan det å være tilstede påvirker de som opplever kriser og de som skal hjelpe, «nå-øyeblikkets» gode samspill i relasjoner mellom mennesker.

Boken *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* (Dyregrov & Dyregrov, 2007), er basert på ny forskning der det er fokus på relasjoner mellom berørte og nettverket. Den forteller hvordan nettverksstøtte kan være til hjelp for å finne tilbake til mestring av livet etter en krise. Den er skrevet av fagpersoner på en enkel og forståelig måte uten mange faguttrykk og gir leseren kunnskap i møte med berørte etter kriser.

Til slutt omtaler jeg en bok om språket og samtalenes betydning etter en krise, *Åpne samtaler* (Seikkula, 2000).

Fire teoretiske perspektiv ble valgt for å belyse de ulike aspekter ved funnene i prosjektet.

1. Erfaringer
2. Kriser
3. Møter
4. Nettverk

2.1 Opplevelser av kriser

«*Veien til Karlsvogna*» er en bok om å stå i nært forhold til en som får kreft og hvordan veien blir til mens de går denne sammen. Det er en kjærlighets historie som man gripes av å lese, og man undrer seg over menneskets tåleevne når forfatteren skriver om å være i situasjonen der den man elsker svinner sakte men sikkert hen til døden (Magnus, 1999). Forfatteren mottok så mange brev og henvendelser etter at boka ble gitt ut at Magnus bestemte seg for å gi ut en bok til som heter «*Etter Karlsvogna*». Her har han plukket ut 100 brev, eller sitat fra brev der mennesker forteller om deres opplevelse i sorg og savn, og også folks møte med helsevesenet på godt og vondt. En sterk historie som mange kunne kjenne seg igjen i og som ga seg utslag i respons til forfatteren (Magnus, 2000). Ved å dele sine opplevelser med andre vekkes minner og gjenkjennelser som gjør at man kan bearbeide på forskjellig vis. Dette bekrefter at sorg er viktig å dele. Mange kan ha nytte av å lese andres historier. En annen bok som heter: «*Hva skal vi med stjerne nå*» Olafsen og Dahl (2007), er en fortelling om kjærlighet og sorg. Den handler om bearbeidelsen etter Tsunamien 2. juledag 2004. Her fortelles historien om en far og en sønn som mister sine kjære i katastrofen i Khao Lak i Thailand. Hvordan det var for dem å være der, oppleve fortvilelsen, sorgen, håpløsheten, skyld og håpet midt i katastrofen.

Vi befant oss alle i et ekstremt emosjonelt spenningsfelt, hvor vi hele tiden ble kastet mellom erkjennelsen av hvilken grusom katastrofe som hadde rammet og tanken på at det fremdeles kunne eksistere en liten mulighet: Vi kunne ennå finne våre i live (Olafsen & Dahl, 2007, s. 39).

Høsten 2011 kom en bok som heter «*Avtrykk*» som er skrevet av en gruppe mennesker som har opplevd selvmord i nære relasjoner. En utrolig sterk bok som man berøres av å lese. De forteller om sine opplevelser og møter med medmennesker og profesjonelle. De skriver om sjokket, sorgen og aksepten, og hva de trengte da de hadde det forferdelig. Hvordan det å skrive er som å plante et frø for noen og et viktig ledd i bearbeidelsen (Endsjø, 2011).

Ved å lese hva de berørte har skrevet blir man ydmyk, og ser at det finnes mange måter å bære sorgen og tapet på. De forteller også at det finnes mange måter å hjelpe mennesker etter en krise og katastrofe på.

«*Å reise seg etter en rystelse*» (Dahl, 2011) er en bok som reiser spørsmålet om det er mulig å komme seg etter en katastrofe. Dahl er prest og har snakket med mange etter store katastrofer og kriser. Han ønsket at boken skulle være en hyllest til tapre kvinner og menn som ikke har latt seg knekke av livets påkjenninger, og et håndtrykk til de som trenger håp og trøst i

vanskelig livssituasjoner. «Sorgarbeid handler om å skape møteplasser og omgi seg med et bærekraftig fellesskap» (Dahl, 2011, s. 31).

Lauveng (2006) har skrevet flere bøker om hvordan hun opplevde det å være psykisk syk og hvordan hun ble bedre og til slutt frisk. Hun er i dag psykolog og en kjent foredragsholder og beskriver på en levende måte sine erfaringer på godt og vondt.

2.2 Krisepsykologi

Mange kriser har rammet mennesker i Norge de seinere år og økt oppmerksomheten rundt den menneskelige lidelsen de skaper. Hjelp til etterlatte og skadede etter en katastrofe har blitt mer utbygd, og det er satt fokus på at mange trenger hjelp over tid etter en slik hendelse.

Katastrofer kjennetegnes av at de leder til store menneskelige lidelser og materielle skader. De truer vår eksistens, identitet, verdighet og trygghet. Med unntak av naturkatastrofer, rammer katastrofer plutselig, uforutsigbart og uventet, og ligger utenfor vår kontroll. Virkningene strekker seg langt ut over selve eksponeringstiden. (Dyregrov, 2002, s. 9)

Katastrofer inntreffer oftest uventet og ligger utenfor vår kontroll, noe som også er betegnet ved kriser som selvmord, overgrep, og brå død. Forskjellen på det vi kaller katastrofer og på kriser er antall involverte. Den enkeltes reaksjoner er de samme.

Kroppslige reaksjoner i en krisesituasjon aktiverer det sympatiske nervesystemet og setter oss i stand til å møte eller flykte fra situasjonen. Dette gir oss hurtig puls og vi mobiliserer en fysisk styrke som vi ikke tenker på at vi har til vanlig. Noen forteller at den kroppslige reaksjonen kom etterpå, mens andre forteller om at de ble skjelve, svetter og fryser og ble motorisk urolige i situasjonen (Dyregrov, 2002). Sjokkfasen gir noen reaksjoner som endret tidsopplevelse, skjerpede sanser, fokusert oppmerksomhet, «super hukommelse», fravær av følelser, kroppslig overreaksjon eller underreaksjon.

Mennesker reagerer forskjellig i en akutt krise, men man kan også se mange likhetstrekk. Berørte forteller om en opplevelse der de ikke er seg selv, og at verden ser annerledes ut enn den gjør til vanlig. «Utenfor seg selv opplevelse» er det blitt kalt i litteraturen.

Uvirkelighetsopplevelse kan gi følelse av nummenhet og fravær av følelser, og dette kan i ettertid gi skyldfølelse og selvbebreidelse. Reaksjonen kan forklare hvorfor mennesker i enkelte situasjoner utsetter seg selv for fare ved å prøve å redde andre (Dyregrov, 2002).

Under kriser endres ofte tidsperspektivet. De berørte opplever at tiden står stille, og det kan føles som en evighet før hjelpen kommer, selv om det bare er snakk om minutter. Menneskers evne til å huske detaljer i en katastrofe og krise er vanlig. De kjenner sterkere på sanseinntrykk og lukt, smak, hørsel og syn forsterkes. De kan oppleve flashback om de kommer i situasjoner der de gjenkjenner noe av opplevelsen. Det kan gi seg utslag i fysiske eller psykiske reaksjoner. Hjertebank, uro, gråt og smerter i kroppen er reaksjoner som kommer plutselig og uventet. Mange blir redde av en slik reaksjon og føler at de er «syke».

Omsorg, og fravær av omsorg memoreres og mange sliter i etterkant med dette. I mange situasjoner var det hjelpere til stedet selv om de kriserammede ikke følte det slik.

Overreaksjoner etter en katastrofe kan gi seg utslag i panikk. De klarer ikke å handle slik de ellers ville gjort. Underreaksjon er når mennesker som befinner seg i fare blir paralyisert og ikke klarer å ta seg ut av en farlig situasjon. De vet hva de burde gjøre, men kroppen nekter å lystre. En blir «lammet» og trenger i slike tilfeller å ledes ut av situasjonen.

Emosjonell førstehjelp etter en katastrofe er å tilrettelegge for et «klima» rundt hjelpen med omsorg og forståelse. Oppdatering med informasjon å la de rammende snakke om det som har skjedd, samt hjelpe de med å kontakte familien. Det er også viktig å beskytte dem mot ytterligere stress og hjelpe med praktiske ting. Gi trygghet til mennesker som har vært i farlige situasjoner, og gjenta informasjon flere ganger. La de høre stemmer som snakker og beroliger i sjokkfasen. I akutt fasen er det viktig å forene familiemedlemmer og nære relasjoner hvis det er mulig. Forskning har vist at familiemedlemmer risikerer livet for å redde andre familiemedlemmer i for eksempel en brann (Dyregrov, 2002).

Forhold som intensiverer reaksjoner hos mennesker i kriser er selve situasjonen, tidligere livskriser, erfaring, personlighet og nettverksstøtte. En traumatisk opplevelse med sterke sanseinntrykk og tap av nære relasjoner vil forsterke reaksjonene. Egne erfaringer og tidligere opplevelser vil også påvirke hvordan man reagerer. Mennesker med psykisk uhelse og tidligere ubearbeidede kriser vil ofte reagere sterkere. Omsorgsmiljø vil i etterkant av en katastrofe utgjøre en forskjell. Hvis man har et nettverk som stiller opp, for eksempel nær familie og venner som hjelper, kan dette hindre traumatisering i ettertid.

Barns reaksjoner på kriser og katastrofer er ofte avhengig av de voksnes reaksjon og deres evne til å ivareta barnet i en slik opplevelse. Barn har behov for informasjon, og ikke å bli holdt utenfor for og «skåne» barna. Foreldre som opplever kriser og katastrofer kan bli så

overveldet av egne følelser at de ikke ser barnas behov for hjelp. Det er viktig at hjelpeapparatet fanger opp barn i familier som opplever dette.

Ettervirkninger etter et traume kan være mange og forskjellige. Påtrengende tanker og minner om øyeblikket da krisen inntraff kommer over lengre tid. I den første tiden etter en slik hendelse kan minnene hjelpe oss med å konfrontere og bearbeide opplevelsen. Men om dette vedvarer over tid vil dette virke inn på konsentrasjon, søvnproblemer, angst og kroppslig uro. Dette kan medføre at man trenger profesjonell hjelp til å gjenvinne kontrollen over eget liv. Kroppslige reaksjoner som hodepine, magesmerter, rastløshet og irritabilitet er ikke uvanlig. Mange blir preget av skyldfølelse og selvbebreidelse.

«Tristhet og gråt er selvfølgelig vanlige reaksjoner hos personer som har mistet nærstående familiemedlemmer i katastrofen, senere fulgt av savn, smerte og lengsel» (Dyregrov, 2002, s. 26). Vi mennesker sørger forskjellig og trenger en bekreftelse på at sorg er individuell. Sorg tar tid, og deler av sorgen varer ofte hele livet etter kriser og katastrofer. Tapsopplevelse og sorg er naturlig og ikke tegn på sykdom. Kriser som handler om skilsmisser, nestenulykker, og andre traumatiske hendelser har mye av de samme reaksjonene.

Konsentrasjonsvansker som gjør at man ikke kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver over tid gjør det vanskelig å gjøre en jobb. Hvis man i tillegg har søvnproblemer og kjenner angst en ikke hadde tidligere, kan en katastrofe få psykologiske og somatiske konsekvenser.

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er en diagnostisk betegnelse på en tilstand som kan utvikle seg etter en traumatisk hendelse. Risikofaktorer som øker muligheter for å utvikle PTSD etter en katastrofe eller krise er tidligere mentale problemer og opplevde traumer, introversjon og personlighetstrekk (*ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)*, 2011). «Utvikling av langtidsproblemer og PTSD etter en katastrofe synes å være bestemt av en kombinasjon av variabler, der tidligere traumer, personlighet og ikke minst aspekter ved den aktuelle situasjonen og hvordan den håndteres er den viktigste» (Dyregrov, 2002, s. 43). Dette sier hvor viktig arbeidet med mennesker som har opplevd katastrofer og kriser er for livet etter opplevelsen. Hvem kan gi umiddelbar psykososial støtte etter kriser og katastrofer? Her er familie, venner, naboer og arbeidskollegaer viktige, og spiller en avgjørende rolle i opplevelsen av hjelp i en krise. Mange har imidlertid også en forventning til det offentlige hjelpeapparat.

Kriseteam er definert som kommunale team som har psykososial oppfølging av mennesker og lokalsamfunn som rammes av kriser og katastrofer. Dette er en ressursgruppe som også skal kunne fungere som hjelp for innsatspersonell som for eksempel politi, legevakt og sykehus i kommunene. Bakgrunnen for opprettelse av kriseteam i kommunene var et prosjekt som viste at kommuner med kriseteam hadde bedre oppfølging og tilbud til de som hadde opplevd kriser, enn de som ikke hadde dette. Hensikten med kriseteam var å ha en faglig overordnet instans med ivaretagelse av psykososial oppfølging (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 1998).

Sammensetningen av et kriseteam varierer med størrelsen på kommunen, men en generell gruppe i et kriseteam vil bestå av; lege, politi, prest, psykiatrisk sykepleier, psykolog, helsesøster og sosionom. Man utvider kriseteamet ved store katastrofer og hendelser hvor mange berørte er involvert. Hvordan et kriseteam i dag er organisert, er opp til hver kommune og ikke pålagt fra staten. Men de som har forsket på dette foreslår opprettelsen av kriseteam som et sentralt tiltak (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2000).

2.3 Mindfulness og dialogens betydning i relasjoner

Å leve livet nå og være tilstede i eget liv er enkelt, men ikke lett. Den mest kjente talsmannen for mindfulness er den amerikanske medisin professoren Jon Kabat-Zinn. Han introduserte og integrerte begrepet mindfulness som bruk i stressmestring og smertelindring. I dag engasjerer dette en rekke profesjoner og har fått økende oppmerksomhet. Det er ikke en ny måte å se livet på, det springer ut fra Buddhismen, men har fått en ny dimensjon i det moderne samfunnet (Gran, Lie, & Kroese, 2011).

Mindfulness handler om å være helt våkne når det gjelder livene våre. Det handler om å fornemme den utsøkte livligheten i hvert eneste øyeblikk. Vi føler oss mer levende. Vi får også umiddelbar tilgang til våre egne, mektige, indre ressurser for innsikt, forandring og helbredelse. Jon Kabat-Zinn (Egeland, 2010, s. 32)

Vil vi kunne møte mennesker i krise på en annen måte hvis vi er tilstede i eget liv? Kan det gjøre en forskjell for den vi skal hjelpe? Opprinnelsen til mindfulness er fra buddhistisk psykologi og meditasjonsøvelser, og handler ikke om profesjonstilhørighet. I de seinere årene har dette blitt videreutviklet i psykoterapi, adferdsterapi, kognitiv terapi og medisin, som en metode til å mestre konflikter og sterke følelsesmessige påkjenninger. Mindfulness utvikles gjennom øvelser der man observerer erfaringene sine både med pust og følelser og tanker.

«Nærvær i psykisk helsearbeid» er en artikkel som retter oppmerksomheten mot likheter og ulikheter ved psykomotorisk fysioterapi og mindfulness. Solheim (2012) spør hvordan terapeutens nærvær kan være med å øke samspillet med klienten. Hun viser til studier som sier at dette er viktig for å skape endringer og at mindfulness gjør det lettere å tone seg inn både på egen og klientens nærvær i relasjonen. To studier hun henviser til i denne artikkelen viser at det er sammenheng mellom terapeutens mindfulness og evnen til empati.

Klientens nærvær i eget liv har en betydning for endring og mestring av situasjoner. Kropp og psyke henger sammen og vil påvirke hverandre. Vanskelige relasjoner og andre psykiske belastninger kan over tid gi seg utslag i fysiske smerter og reduserer kroppskontakt. Mindfulness og trening på å være tilstede i eget liv kan hjelpe mennesker til en dypere opplevelse av seg selv og sin kropp (Solheim, 2012).

Et forskningsprosjekt der blant annet en norsk lege er med, så på hvordan stressmestring gjennom mindfulness kan virke helende. I artikkelen har de undersøkt og laget statistikk på andre undersøkelser og forskninger der Mindfulness Based Stress Reduction er brukt. De fant at det var moderat positiv effekt på psykisk helse både i pasient utvalg med somatiske problemer og ved milde psykiske problemer. Livskvaliteten økte, mens resultater i forhold til funksjon var mindre synlig i statistikken (De Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012).

Vi lever alle i en sammenheng og er avhengig av relasjoner for å kunne være i selvet. Hvordan danner jeg mitt selv gjennom selvrefleksjon og i relasjon til andre mennesker? Vi trenger å møte hverandre der vi er, og kjenne på den andres følelse og opplevelse. Å være nær og kjenne andres smerte er en kunst (Schibbye, 2006).

I prosjektet ønsker jeg å se på sammenhengen av tilstedeværelse, tilgang på egne ressurser, og om oppmerksomhetstrening kan hjelpe mennesker i og etter en krise. Jeg ønsker også å se på eksistensfilosofien, for å få et bakteppe på hvordan vi kan øke vår livsbevissthet og dermed kunne møte mennesker i krise på en bedre måte. Kirkegaard er opptatt av menneskenes grunnleggende vilkår og de valg som kreves av den enkelte. «Et menneske er et selv, som reflekterer over seg selv» (Karlsson & Hummelvoll, 2008, s. 146). Videre sier han at mennesket har en iboende trang til å elske og å bli elsket. Kjærlighet er det grunnleggende i forhold til seg selv og i forhold til andre mennesker. Derfor lever vi alle i en sammenheng, tap og opplevelsen av kriser i livet vil stå i en refleksjon til våre relasjoner. Vi blir et menneske gjennom de valg man gjør alene og i relasjon til andre (Karlsson & Hummelvoll, 2008). Når

vi kommer til denne erkjennelsen vil vi se og kjenne vår sårbarhet som mennesket. Vi lever ikke alene men i en relasjon til andre mennesker.

Anerkjennelse i dialogen er et resultat av at man er tilstedet i relasjonen. Eksistensfilosofen Buber (1923) peker på det betydningsfulle i et møte med et annet «Du» (Schibbye, 2006, s. 166). I følge Hegel er anerkjennelse en evne til å ta en annens perspektiv og prøve å sette seg inn i den andres subjektive verden. «Det dreier seg om subjekt-subjekt- holdning hvor individet må være i kontakt med seg selv, ha en selvbevissthet, for å kunne åpne oppfor den andre» (Karlsson & Hummelvoll, 2008, s. 151). Hvordan kan vi hjelpe om vi ikke våger å møte oss selv i relasjon til andre?

I hjelperrollen er vi der for å samtale og være tilstede for et annet menneske. Hvordan virker jeg som hjelper på det mennesket jeg skal hjelpe? Man blir satt til å gjøre noen moralske refleksjoner knyttet til konkrete situasjoner i følge filosofen Frost. Han sier at respekt for den andre er evnen til å ta et steg til siden og se på sin egen evne til å lytte, akseptere, forstå og hjelpe (Karlsson & Hummelvoll, 2008). Fokus må være på egen mestringsevne i møte med mennesker, og en ydmykhet til å endre og lære. Som hjelper trenger vi å møte egne holdninger, erfaringer og være i en prosess. Man blir aldri utlært som hjelper! Ved å bekrefte den andre og være tilstede vil vi kunne møte mennesker i krise på en god måte.

Når man bekrefter, berører man den andre i en dyp mening. Det å berøre den andre innebærer å berøre seg selv eller å ha muligheten eller åpenheten til å la seg berøre. Man utviser en grunnleggende tillit i det øyeblikket man lar seg berøre følelsesmessig. (Karlsson & Hummelvoll, 2008, s. 168)

Vi kan trekke en forbindelse med Stern som skriver om *nå-øyeblikket*. Hvordan livets hendelser er byggesteiner for opplevelsen. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagslivet, og samspillet mellom mennesker (Stern, Bielenberg, & Roster, 2007).

Se verden i et korn av sand,
speil himmelen i blomsterkimen;
Hold det uendelige i din hånd,
og mål evigheten i timen.
William Blake, gjendiktet av Geir Uthaug (Stern et al., 2007, s. 8).

Brudal skriver i sin bok om menneskets bevissthet, vår evne til å være tilstede og oppleve øyeblikket. «I flere norske fagbøker brukes betegnelsen oppmerksomhetstrening eller oppmerksomt nærvær synonymt med mindfulness» (Brudal, 2012, s. 97). Hun sier at mindfulness som metode har som mål å trene opp en bevissthetstilstand der vi kan erfare *nå-øyeblikket*. Det er mulig for oss å øve opp evnen til å være i øyeblikkene og bevisstgjøre oss i

opplevelsen. Men det er forbundet med mot å leve seg inn i et annet menneskes opplevelse, satse på en relasjon og å være seg selv bevist øyeblikket (Brudal, 2012). Jeg tror at bevisstgjøring og tilstedeværelse har stor betydning for å kunne være tilstede for mennesker i kriser.

Seikkula er en finsk psykolog og familieterapeut som har skrevet en rekke bøker om refleksjoner og prosesser i samtaler, hvor språket er det sentrale i møtet med mennesker. Livet er i dialogen. Samtalen og språket er ikke bare hjelpemidler til å forstå, men de har så stor kraft at det skaper nye meninger og nye forhold mellom mennesker (Seikkula, 2000). «Et sosialt nettverk er en beskrivelse av de menneskelige relasjonene som skaper et individs sosiale identitet» (Seikkula, 2000, s. 32). Med denne definisjonen kan vi forstå hvor viktig nettverket er for mennesker i, og etter en krise. Dialog er en terapeutisk metode som har gitt gode resultater. Nettverksdialoger handler om hvordan åpne samtaler kan gi ny innsikt og forståelse i en familie og i nettverket. Den vektlegger betydningen av de nære relasjoner, og hvordan nettverksstøtte fungerer i kriser. Våre handlinger får mening i sosiale relasjoner og det er derfor viktig at sosiale relasjoner deltar i samtaler i kriser og problemsituasjoner. Seikkula har brukt dette verktøyet i møte med psykiske kriser og psykoser. Det er viktig å samle nettverket ved krise eller katastrofe i familien. Kan det å samle menneskers nettverk og nære relasjoner oppleves gi styrke etter brå og uventede dødsfall også? Intensjonen til Seikkula er at møte skal finne sted innen 24 timer etter en hendelse. Det byr på utfordringer men kan gi gode resultater.

2.4 Nettverksstøtte

I boken *Sosial nettverksstøtte ved brå død* stilles følgende spørsmål: Hvordan kan vi hjelpe? Hva er nettverksstøtte? (Dyregrov & Dyregrov, 2007). De har forsket på etterlatte etter traumatiske dødsfall, deres sosiale støtte og kommunens psykologiske hjelpetiltak i forhold til kriserammede. Boken er et resultat av forskning på kommunikasjon og relasjoner mellom etterlatte og nettverkets erfaringer i kriser. De viser hvordan støtteprosessen kan bedres og hvordan vi kan lære av tidligere erfaringer. I tillegg har begge forfatterne lang klinisk erfaringer i møte med etterlatte og deres nettverk. De har skrevet en rekke bøker og artikler som omhandler temaet, hjelp til mennesker i krise.

I boken får man kunnskap om handlingskompetanse for å bli bedre støttespillere til mennesker som opplever kriser. Innledningsvis skriver de om vanlige reaksjoner og umiddelbare reaksjoner på brå død, hvilken støtte etterlatte møter og hva som hjelper. Nettverksstøtte er familien og nære venner, men kan også være mer perifere forhold som studievenner, naboer eller arbeidskollegaer. Det er grader av nærhet i ens nettverk, og ofte vil de man har mest og best kontakt med være de som står nærmest i kriser. Hvem er de nære etterlatte etter dødsfall? Det er viktig å tenke at etterlatte ikke alltid er familieband men også de som opplever seg selv som nær etterlatt. De skriver om nødvendigheten av støtte fra nettverk og nære relasjoner, men også støtte i likemannsarbeid der de kan møte mennesker som har opplevd det samme. Likemannsstøtte beskriver etterlatte som en spesiell støtte da de kjenner igjen sine egne følelser og reaksjoner i den andre (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Profesjonell hjelp til etterlatte blir også belyst. Hva ønsker de etterlatte, og de spør hvorfor ikke alle får psykososial krisehjelp? «Det er ulike grunner til at psykososial hjelp etter kriser fortsatt varierer fra kommune til kommune i Norge. Utilstrekkelig fokus og organisering eller mangelfull kompetanse er noen viktige grunner» (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 72).

Barn og unge har ofte spesielle behov for hjelp og oppfølging etter en krise. Boka belyser deres behov og gir leseren verktøy til bruk i møte med de unge. De ønsker støtte fra voksne, fra venner, fra skolen, fra andre som har opplevd det samme og fra fagfolk. Det er behov for forskjellig typer hjelp og ofte en annen hjelp enn hos voksne. Nettverksstøtte er viktig og avgjørende hjelp for mange etter en krise. Samtidig er mye usikkert i forhold til hvordan man kan hjelpe, og hva som er best mulig hjelp i en vanskelig situasjon. Denne boka er viktig for fagfolk og mennesker som ønsker å strekke ut en hånd til etterlatte som har mistet en nær person.

3.0 Metode

Kvalitativ forskning kan føre til vitenskapelig kunnskap. I følge Malterud er det ikke en bestemt forskningsmetode som bestemmer vitenskapeligheten, men hvordan man forvalter innhenting og håndtering av kunnskap (Malterud, 2003). «Man måste identifisera seg, men inte øveridentifisera seg, for då ser man inte klart» (Dalen, 2004, s. 15). I dette kapitlet ønsker jeg å ta leseren med inn i prosessen som har ledet frem til mine funn. Mitt ønske var å møte mine informanter på en slik at de kunne dele sin opplevelser og føle seg møtt og respektert.

Kunnskap om kvalitativ forskning ble hentet fra forskjellige forfattere (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009), (Malterud, 2003), (Dalen, 2004) og (Aase & Fossåskaret, 2007). Det har vært en prosess fra en spire frem til det endelige resultatet.

3.1 Utvalg

Mitt ønske var å snakke med mennesker som på forskjellige måter hadde møtt kriser i livet av en slik karakter at de trengte profesjonell hjelp. Kriser bærer vi med oss i livet, men hva som var viktig i den første tiden, ser vi oftest i ettertid. Informantene ble rekruttert fra frivillige organisasjoner. Jeg tok kontakt med støttesenter mot seksuelle overgrep Agder (SMSO), Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE), og fra Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP), og spurte om det var noen som kunne være interessert i å være med i dette prosjektet. Jeg fikk fire informanter fra disse organisasjonene. Etter at informantene hadde sagt ja kontaktet jeg dem på telefonen. Jeg informerte om prosjektet og hva det innebar for dem å være med, at det var frivillig, og at de hadde rett til å trekke seg underveis om de ombestemte seg. Ved å velge informanter fra forskjellige organisasjoner ønsket jeg å holde fokus på bredden i møte med kriser.

3.2 Valg av metode

Hensikten med studien var og utforske menneskers opplevelse av å få hjelp i krise. Gjennom samtaler med mennesker som hadde opplevd en eller flere store kriser i livet, fikk jeg svar på spørsmålet, hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig? Valg av metode ble tatt på grunnlag av hensikten med studiet og hva jeg ønsket å undersøke.

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaringer og fortolkning (Malterud, 2003). De inneholder strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av intervjuer, observasjoner eller skriftlig kildemateriale. Jeg valgte å bruke kvalitativ forskning med en fenomenologisk tilnærming, hvor man ønsker å forstå aktørens livsverden og hvordan virkeligheten er for han eller henne.

I boken *Det kvalitative forskningsintervju* skriver forfatterne om fenomenologien og forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervjuet. Fenomenologi har utviklet seg fra

1900 tallet og blitt et begrep som ønsker å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiv og hvordan verden oppfattes og forstås av informanten. Heidegger og Husserl utvidet fenomenologien fra bevissthet og opplevelse til også å omfatte menneskets livsverden. Innenfor fenomenologisk filosofi er troskap mot det undersøkte viktig. Man prøver å få frem essensen i menneskets opplevelse på en fordomsfri måte (Kvale et al., 2009).

Jeg gjennomførte semistrukturerte forskningsintervju med fire informanter som hadde erfaringer med kriser og deres historie rundt kriseopplevelsen. Semistrukturert forskningsintervju defineres som en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente opplysninger om intervjupersonens livsverden (Kvale et al., 2009). Det er en samtale med et profesjonelt formål, men som ikke er et planlagt intervju med mange spørsmål. Målet er å skape en dialog der informanten opplever at deres stemme og deres opplevelse er det viktigste. Det ble laget en intervjuguide med utgangspunkt i forskerspørsmålet. Denne ble sendt til informantene før intervjuet. (Vedlegg 1). Jeg fulgte informantenes initiativ i samtalen og brukte spørsmålene til å styre samtalen i riktig retning hvis vi kom alt for langt på siden av tema. Kvalitativ forskningstilnærming handler om å utvikle forståelse av fenomener knyttet til personers virkelighet. Ønsket er en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg i sin livssituasjon (Dalen, 2004).

3.3 Datainnsamling

Jeg hospiterte på AMK og SMSO. Hensikten med hospiteringen var å utvide min egen opplevelse av krisehjelp på forskjellig plan i systemet. Det var et ønske om å se krisehjelpen fra forskjellige sider, og ikke bare fra egen arbeidsplass. Observasjonene på AMK og SMSO var interessante og lærerike.

AMK brukte medisinsk index i møte med innringer. AMK-operatørens arbeid var preget av å følge en mal. Dette var helt nødvendig for denne type helsearbeid. De hadde en krevende hverdag og en viktig jobb i møte med mennesker i krise, men travelheten gav ikke tid til langvarige samtaler. Fokuset var handling for å løse et akutt problem.

SMSO var motsetningen til AMK. Der kan mennesker som har opplevd overgrep møte opp og få samtale og hjelp. De hadde noen fantastiske lokaler og var innbydende og varme. Etter å ha vært der, fått informasjon om arbeidet og møtt noen av de som jobbet der, hadde jeg et ønske

om å anbefale alle som kommer på overgrep mottak på legevakten å ta kontakt de.

Henvising fra lege var ikke nødvendig for å få hjelp.

Hvem ble mine informanter? Jeg fikk kontakt med fire kvinner fra frivillige organisasjoner som har opplevd store kriser i livet sitt. Gjennomførte en times intervju med den enkelte som ble tatt opp og transkribert av meg etterpå. Jeg fikk menneskets historie tett innpå ved og først høre den fortalt, og deretter sitte og skrive den. Dette var en ny opplevelse av å komme nært innpå menneskets opplevde krise og kjenne historien litt under « huden ».

Jeg brukte « feltbok » der jeg noterte mine tanker før og umiddelbart etter intervjuene. Der skriver jeg før første intervju: « Kjente jeg var spent, ville spørsmålene fungere, ville det bli vanskelig å lytte til historien og være nær? »

Intervjuene ble gjennomført på ulike steder. Ett i SMSO sine lokaler, ett på UIA, ett på Frivillighetens Hus, og ett hjemme hos informanten privat. Dette var av hensyn til informantene. I forkant hadde de fått intervjuguide (Vedlegg 1) informasjons skriv (Vedlegg 2), og samtykkeerklæring tilsendt på e-post (Vedlegg 3).

Jeg informerte igjen om rettigheter, min taushetsplikt og prosjektets formål før vi startet intervjuet. Informantene fikk mulighet til å be om Time-out om de skulle føle det ble vanskelig å snakke. Etter selve intervjuet så jeg det som viktig å avslutte samtalen på en god måte, og gi dem litt tid til ettertanke. De fikk tilbud om å lese det transkriberte intervjuet i etterkant, noe bare en informant ønsket. Den ferdige oppgave ønsket alle å få.

Etttersom jeg snakket med informantene om følelsesladete historier og vanskelig tema har jeg i etterkant tatt kontakt og forsikret meg om at det ikke har utløst flashback som de trenger oppfølging på. Jeg har sendt e-post og meldinger for å ivareta informantene på best mulig måte etter intervjuene.

3.4 Transkribering og analyse

Hvert intervju ble transkribert av meg etterpå. Dette gav en sterk opplevelse av deres historie. En transkribering tar tid og det var svært lærerikt og tankevekkende. Men det gir et indirekte bilde av virkeligheten, transkriberingen blir et avgrenset bilde av det vi skal studere (Malterud, 2003). Vi vet ikke om informantene forteller alt og vi klarer ikke oppfatte alt en historie forteller. Kroppsspråk og tårer kommer ikke direkte med selv om jeg noterte disse i felt boka. Der skriver jeg etter de fire intervjuene er gjennomført: « Etter transkriberingen av

intervjuene fylles jeg med ydmykhet for andres historie. Opplevelsen av å være der, lytte, og se tårene renne, det gjør noe med meg som menneske, det er noe unikt, noe voldsomt, sterkt som bare ER. Man kan studere og lese men det er menneskets historie som teller!»

Transkriberingen er ikke alle steder ordrett sitat der ekstra ord ble brukt mye og at teksten ble redigert i utskrift. Dette kalles «slightly modified verbatim mode» (Malterud, 2003). Det var svært viktig for meg å være trofast mot informantene og prøve etter beste evne å skrive og få frem informantenes mening. Alle data som innholdet navn og sensitive opplysninger ble skrevet om eller ikke tatt med. Transkribering ble merket med nummer og det er ikke sammenheng mellom samtykkeerklæring og nummer på intervjuene. De oppbevares på forskjellige plasser. Opptaker ble låst ned.

Etter transkriberingen hadde jeg 40 sider med tekst som er det konkrete grunnlaget for analysen. Analysen er den prosessen som skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at det organiseres. Den skal ikke bare gjennomføres men også formidles. Jeg brukte Malterud (2003) sine fire trinn i analysen. Første trinn er kalt fra villnis til tema. Jeg leste alle intervjuene og prøvde å danne meg et helhetsbilde av opplevelsen mine informanter hadde. Her var helheten viktig og jeg prøvde å legge til side min egen forforståelse og referanseramme i denne delen av analysen. Jeg prøvde å høre informantens stemme og merke meg kroppsspråk og stemmeleie.

Neste trinn var å organisere den delen av materialet jeg ønsket å se nærmere på. Jeg skilte irrelevant tekst fra relevant, og startet prosessen med å sortere. Meningsbærende enheter ble valgt ut og tatt med videre. Systematisering av meningsbærende tema i teksten kalles koding.

«Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enheter i teksten som har sammenheng med de temaer vi merket oss innledningsvis i 1. analyse trinn» (Malterud, 2003, s. 102).

Når jeg hadde kodet innholdet i alle intervjuene, startet trinn tre som er fra kode til mening. Der så jeg på kunnskapsgrupper som hver kodegruppe representerte, og hentet frem tekst som var relevant for hver kode. I denne delen av analysen var egne erfaringer, faglighet og forforståelse med å farge det jeg la merke til. Her utviklet jeg kunstige sitat som er en sammenfatning av meningsbærende uttrykk fra informantene.

I trinn fire i analysen satte jeg sammen delene igjen. Der sammenfattet jeg det jeg hadde funnet og prøvde så langt jeg kunne og være tro mot informantenes historie, og belyse problemstillingen med forankring i informantenes utsagn. Til slutt er det viktig å validere

funnene opp mot materialet man har.

Etter analysen gjorde jeg et utvalg på fem tema som jeg beskriver under funn i kapitel 5.0

3.5 Metodekritikk: Validitet og reliabilitet

Validitet defineres i ordbøker som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke (Kvale et al., 2009). De skriver videre at validitet kan dreie seg om metoden er egnet til å undersøke det som skal undersøkes. Spørsmålet er hva som er valid kunnskap og det filosofiske spørsmålet «Hva er sannhet?» (Kvale et al., 2009, s. 250). En undersøkelse er gyldig når den undersøker det den er ment å gjøre. For at resultatene skal være pålitelige må hele forskningsprosessen være av en slik art at forskeren hele tiden vise en reflektert og kritisk innstilling. «Validering er ikke bare en endelig verifisering eller produktkontroll. Verifikasjonen er bygget inn i selve forskningsprosessen. Det foretas kontinuerlig kontroller av funnenes pålitelighet» (Kvale et al., 2009, s. 254).

Det er ulike måter å kontrollere funnene på. Troverdigheten viser at funn man gjør stemmer med tidligere forskning. I dette prosjektet fant jeg samsvar i teorien på menneskets opplevelse i kriser, og hvordan informantene hadde opplevd sine katastrofer.

«Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre» (Kvale et al., 2009, s. 250). Som forsker kan man stille ledende spørsmål som vil gi de svar en ønsker. Dette er viktig å være klar over, og det vil påvirker forskningens troverdighet. Om min problemstilling blir belyst gjennom min undersøkelse kommer an på mine spørsmål og samtalen jeg hadde med mine informanter. Mitt utvalg var lite, og jeg intervjuet bare kvinner, det var variasjon i alder fra ca. 35- 60 år. Det kan være at jeg hadde fått andre funn om det var fire menn som var informanter. Det var ikke et bevisst valg, men informantene som meldte sin interesse for prosjektet var kvinner.

I forbindelse med transkriberingen vil vår egen forforståelse være med å prege hva vi oppfatter og prege resultatet. Vi bærer våre egne erfaringer og kunnskap som lett kan virke på påliteligheten i forskningsprosjektet, dette er det svært viktig å være klar over gjennom hele prosessen. I etterkant viste funnene seg å bli mer preget av krise etter selvmord enn hva som var utgangspunktet. For å få mer bredde har jeg valgt å se på kriseopplevelser etter naturkatastrofer og andre kriser i teoridelen gjennom noen biografier.

3.6 Forskningsetiske betraktninger

Jeg brukte skjema for vurdering i Fakultetets etiske komité (FEK) (vedlegg 4), og sendte dette inn til vurdering sammen med prosjektplan i oktober 2011. Jeg fikk godkjent prosjektet fra dem med forbehold om å opprette en mulighet for hjelp for mine informanter etter intervjuene og søke Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Vedlegg 5). Dette ble gjennomført etter beste evne. Svar fra NSD og nødvendige endringer ble tatt til følge. Jeg påførte veileders navn og e-post adresse, og avslutningsdato for prosjektet.

Navn og personnummer på informantene er ikke relevant for oppgaven. De skrev under på samtykkeerklæringen, som ikke oppbevares sammen med intervjuene. Materialet vil bli makulert når oppgaven er godkjent.

De etiske kravene til kvalitativ forskning ble fulgt. Den inneholder krav til samtykke, krav til informasjon, krav til konfidensialitet, og hensyn til informanten ble tatt på best mulig måte (Dalen, 2004).

3.7 Egen rolle som forsker

Status som forsker er satt sammen av rettigheter og plikter. Vi har Lov om personvern som sier at en forsker ikke kan offentliggjøre personopplysninger og forvalte opplysninger med fortrolighet (Aase & Fossåskaret, 2007). I Norge har vi dessuten nasjonale forsknings etiske komiteer som behandler søknader for forskning. Som forsker ønsket jeg å bruke meg selv med min forforståelse og min erfaring med inn i informantens historie. Som forsker har man en rolle og innehar en makt som enn kan påvirke både informantene og inneholde i utvalg av tekst. Bevissthet i forhold til denne rollen er viktig å ha med inn i forskerprosessen og analysen.

Bakgrunn for valg av tema er min yrkeserfaring på voldtektsmottak og krisemottak. Jeg ønsket mer kunnskap i møte med mennesker i krise. Høsten 2011 var det mye fokus på voldtekt i media bl.a. «Voldtekts bølgen» i Oslo. Den skapte diskusjon om overgrepsmottakene og kvaliteten på disse også i Kristiansand kommune.

Antall selvmord i Norge er mange og utgjør en stor gruppe etterlatte som trenger hjelp og oppfølging. Det er flere som begår selvmord enn trafikkdirte, og når man ser på ressurser som blir satt inn på veibygging i forhold til å forebygge selvmord er det et paradoks.

Katastrofen på Utøya 22/7 påvirket mitt valg av tema. Jeg var på jobb på legevakten dagen etter og kjente på frustrasjoner over hvor lite trent vi er på store hendelser og kriser.

Min forforståelse og mine erfaringer med krisehjelp har vært med å farge dette studiet. Mine refleksjoner over hva hjelp er for den enkelte, og hvordan jeg selv hadde ønsket å bli møtt da jeg opplevde en krise i mitt liv vil nødvendigvis prege det jeg la merke til og hvordan jeg stilte spørsmålene i intervjuene. Gjennom artikler og fagbøker har jeg tilegnet meg mer kunnskap på dette feltet, og ser at det finnes mange ulike måter å møte mennesker i krise på. Det er en vanlig fallgrube i forskning at egen forforståelse overdøver den kunnskap som empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2003). Med en bevisst tanke på dette håper jeg at mine funn ble informantenes stemme og at deres opplevelse av hjelp ble minst mulig preget av min forforståelse av krisehjelp.

4.0 Resultater og tolkning av funn

«Hvorfor er folk så redde for å gi av seg selv?»¹

-En empiri nær analyse av folks erfaringer fra møte med hjelpearbeidere.

De fire informantene fortalte om sine kriseopplevelser, og sine subjektive opplevelser av hjelp. Informantene møtte ulik hjelp i krisesituasjonen. De møtte politi og prest før de møtte helsepersonell i de fleste av disse historiene. Situasjoner var forskjellige, og behovet for hjelp varierte. Felles for de alle var at krisen utløste behov for hjelp av helsearbeidere i etterkant.

Flere informanter opplevde kaos i øyeblikket da krisen inntraff. De fortalte om opplevelsen av å være alene og overlatt til seg selv. Hvordan de ble satt ut og opplevde den første tiden etterpå fremstod som et av hovedtemaene i mine funn og utdypes først i dette kapitlet.

Andre hovedtema var informantenes opplevelse av hjelp, deres opplevelse av å være alene, hvem som var der, og hvilke muligheter for hjelp de hadde. Tema tre var nettverket og deres opplevelse og rolle i krisen. Hvordan nære relasjoner påvirket opplevelsen av å mestre og å

¹ Jeg velger å sette sitat fra informantene i kursiv for å skille de bedre fra sitat fra annen tekst.

stå sammen, og hvordan en krise kunne føre til splittelse av det nære nettverket. Informantenes forventning til hjelpere, og deres opplevelse av den hjelpen de fikk er tema fire. Presentasjonen av empirien avsluttes med informantenes erfaringer i eget liv. Hvordan krisen har påvirket dem og satt sine spor. De fortalte at de i møte med andre i krise hadde noen dyrekjøpte erfaringer som gjorde de i stand til å se andre og å være der for mennesker. Overskriftene på de fem temaene er sitater hentet fra intervjuene.

4.1«Det ble jo veldig mye kaos vet du!»

- Informantenes opplevelse av å miste kontroll.

Kriser og katastrofer gav opplevelse av kaos. En sa: *«Det blir jo veldig kaos vet du. Jeg klarer å huske en del, men vet ikke om det er helt riktig rekkefølge»*. Informantene fortalte om følelser av kaos og av å miste kontroll. De opplevde de mange følelser: sjokk, skyld, håp, redsel, frykt og alt på en gang. Det var viktig å få tak i informantenes opplevelse i kaoset. En sa: *«Jeg var vel i sjokk, når jeg går sånn i sjokk blir jeg veldig rasjonell ikke emosjonell»*. En annen fortalte: *«Da var jeg rolig, men jeg var vel i sjokk. Selv om jeg er vant til at ting skjer, da er jeg alltid rolig. Sånn har det vært med meg hele livet»*.

Da jeg spurte om hvor de møtte hjelp husket alle informantene detaljer, og kjente på opplevelsen uavhengig av tiden som var gått etter krisen. Det kunne virke som om tiden visket ut noen detaljer, men sterke opplevelser bar informantene med seg. De ble berørt og strevde med å formidle deler av historien. Noen tok til tårer og de var preget av at det var vanskelig å fortelle om kriseopplevelsen. Reaksjonene viste at en stor krise sitter i kroppen, men de lærte å leve med den. Fokus på informantenes opplevelse av kaos ble viktig å belyse. En av informantene sa: *«Jeg tror det handler mye om sjokkopplevelsen. Jeg mistet en nær relasjon i kreft. Det er ingen ting. Hva er det for noe dramatisk? Det er jo trist det er ikke det jeg mener»*.

De fortalte om opplevelsen av å være på siden av seg selv. Det var en plutselig forandring som skjedde i livet, som grep inn i familien og rokket ved grunnvollene i livet. Som en av informantene fortalte at hun mistet en nær slektning i kreft men spør hva er det for dramatisk? Følelsen av at katastrofen rammer dem så uforutsigbart og som lyn fra klar himmel. Sjokket over at noen dør så brått og brutalt som ved suicid er stort. Her kan man skille mellom hvilken

krise informantene hadde opplevd. Å miste noen i selvmord hadde noen ekstra belastninger med seg i forhold til ulykker og andre kriser, samtidig som det var mange likheter i opplevelsene.

Spørsmål om skyld blir ofte et tema etter selvmord. Kunne man gjort noe for å hindre at det skjedde? Man tenker tilbake og går gjennom de siste dager og uker for å finne tegn til at noe var galt. «*Hele skylden var min*». Dette fortalte en av informantene. I en krisesituasjon er det menneskelig å finne noe å legge skylden på. Hvorfor skjedde dette? Hvem er dette sin skyld? Det kan være at noen i familien legger skyld på andre, eller enn selv bebreider seg selv og kjenner på skyld for at det gikk galt. Opplevelsen av å ha noe usagt eller kranglet med den som dør legger en stor byrde på mennesker. Hvis man finner årsak til hendelsen vil enn slippe opplevelsen av skyld, man kan legge det over på noen andre. En av informantene fortalte om at hun var glad hun ikke ble «bitter» og la skylden på de som var i situasjonen. Hun opplevde at hun ønsket å vite i detaljer hva som skjedde. Ikke for å ta noen, men for å finne svar på hvordan katastrofen kunne skje. Hun sa: «*Men jeg kjenner jeg ikke har vært bitter, og det har vært deilig midt i det hele*».

En av informantene opplevde glimt av håp og at alt skulle gå bra. Hun ønsket å finne tegn til at det fremdeles var håp. Hun la merke til at legen løp med hjertestarteren, og tenkte at ingen løper om det er for sein. Hun fortalte:

Så hørte jeg de snakket i radioen: få tak i en ambulanse De sa ambulanse, de trenger ikke ambulanse hvis hun er død, ok, da er det håp. Så kom legen med starteren, hun hadde vel ikke løpt om det ikke var håp? Det vekslet sånn. Tror jeg var 10 ganger i kjelleren på sekunder.

Følelsene som svingte på sekunder fra håp til håpløshet og sorg. Menneskers evne til å håpe og ikke gi slipp på livet før det er slutt. Håpet er viktig for informantene å holde fast på. Informantene fortalte om frykten for at noe var veldig galt. De får en beskjed om at noe ikke stemmer. De handler på autopilot for å finne ut om og hva som var galt. Frykten for det verste og redselen om hva som kan vente dem. Frykten for døden og adskillelse fra noen man er glad i. En av informantene beskrev det slik: «*Men jeg sa jeg ikke torde å gå alene, jeg ønsket min bror med meg. Alt raste. Jeg ramlet sammen, klarte ikke å stå på beina, fikk ikke puste. Det var så sykt*». Informantene fortalte om sjokket og kaoset de opplevde da de var midt i en krise. Hvordan de følte og kjente på denne opplevelsen. De delte sine historier om det sårbare og skjøre livet, og hvordan det kan bli forandret på sekunder når katastrofen inntreffer.

4.2 «Det var ingen der»

- Informantenes opplevelse av å være alene.

Alle informantene fremhevet opplevelsen av å være alene. En sa: «*Nei, ingen ivaretok oss, det var ingen andre der*» og en annen sa: «*Så dro de andre fra sykehuset, og da var jeg alene*».

Hva sier det om opplevelsen? Hvorfor føler man at man er alene selv om det er noen der?

Flere av informantene sa det var ingen der. De opplevde at de ikke ble ivaretatt eller sett i den akutte krisen. En sa «*Jeg møtte ingen rett og slett. Det var i forbindelse av dødsfallet til sønnen min, han tok livet sitt. Da var det folk der, de hadde tent lys på venterommet, men etterpå var det ingen.*» Det sier noe om hvor viktig det er med kunnskap og trygghet i møte med kriserammede. Hvordan møte med hjelpere kan utgjøre en forskjell på opplevelsen til den berørte. Det medfører at de som skal hjelpe må være bevisst, og klar over den viktige rollen de har når de går inn i en krise. De berørte følte at hjelperen var usikker og redd. Vil den usikkerheten påvirke informant slik at de ikke føler at det er hjelp i de som er tilstede, når hjelpere ikke er trygge? En fra kriseteamet kom og snakket med de nærmeste berørte i akutt fasen. Informantene beskrev dette slik «*Det var en opplevelse som var ok der og da, men som seinere ble vanskelig for det ble ikke avsluttet. I akutt fasen er man sensibel og kan oppleve omgivelsen på andre måter enn ellers*». Dette forteller at som hjelpere må man kanskje være tydelig på å spørre hva den enkelte trenger her og nå. Man må også avklare videre oppfølging, og gi tilbud om å bli ringt til eller oppsøkt i etterkant av hendelsen. De berørte kan da velge selv om de trenger videre oppfølging. I sjokkfasen må berørte slippe å ta valg eller vanskelige telefoner selv.

Informantene hadde en sterk opplevelse av svik: «*Hadde jeg ikke kjent systemet så godt, det er jo en kjempesvikt i forhold til pårørende*». De hadde forventet, eller sagt på en annen måte ønsket seg noe annet. Deltakerne sa at når det oppstod en krise og mennesket settes ut av sin hverdag var det et ønske om at noen var der. Noen som tok hånd om dem som familie og nettverk med forskjellig behov. Når dette ikke skjedde ga det en sterk følelse av svik.

Informanter fortalte om en kamp for å få hjelp. «*En må kjempe hele tiden, men det er jo sånn livet er. I ettertid har det vært mye kamp for å få hjelp*». Informantene hadde forskjellig bakgrunn for å vite hvor de kunne få hjelp. De delte tanker om et system som ikke ser hele mennesket. En av informantene sa: «*Det har helsevesenet vært ekspert på i mange år og dele mennesket opp i små deler*». Hun fortalte noe om at man kan få hjelp til psykiske problemer et sted, problemer i forhold til nære nettverk et annet sted, og egne erfaringer og kriser et tredje

sted. Brukere blir sendt alene rundt i et system som er vanskelig å finne ut av. «*Jeg tenker at mennesker i kriser blir delt opp som personer, så da blir det til at du gidder ikke ta imot hjelp for du blir ikke sett*». Opplevelsen av at det er en kamp for å få den hjelpen man trengte preget noen av historiene, men andre sa at når de formidlet at de trengte hjelp så hadde de fått god hjelp. En av informantene fortalte at hun har vært vant til å ta ansvar slik at hun handlet på autopilot i krisesituasjonen og tok de telefonen hun måtte. «*Et sted må noen hjelpe. Så gjør de jo det. Når en sier i fra får en faktisk hjelp*».

Alle informantene fortalte om mangel på oppfølging av søsken og barn når krisen oppstod. Pårørende måtte selv be om hjelp til søsken. En sa: «*Det er tragisk i psykiatrien, at vi er kommet alt for kort i å ta vare på søsken*». De hadde ikke opplevd at det var noen faste oppfølgingsrutiner når det gjaldt å følge opp søsken etter kriser.

Er det tilfeldig hvem som får hjelp og hvem som hjelper? «*Vi var på brua med vennene. Da var det ingen fra kriseteamet*». Det virker som hjelpen er varierende og helt klart et forbedringspotensial når de som opplever kriser ikke føler at søsken og barn blir ivaretatt etter en krise. Men en av informantene fortalte at hun selv tok datteren med til hjelperne for hun vurderte dette som viktig, og seinere tok hun kontakt med ABUP for sønnen.

Jeg tok søsteren med dagen etter selvmordet, så tok jeg kontakt med DPS sykehuset. For hun var over 18 år og hun var helt på tuppet. Så hun fikk samtaler på sykehuset. Broren fikk en sterk reaksjon. Der ble ABUP koblet inn etter en stund. Han slet veldig på skolen. Det kom ingen.

Informantene beskrev bekymring for mindreårige i og etter kriser i familier. Barn opplever en krise forskjellig fra voksne og det kan utløse vansker seinere i livet om de ikke blir tatt på alvor og fulgt opp om de trenger det. En av informantene fortalte om da presten kom og spurte broren et konkret spørsmål, om han hadde følt at broren som døde hadde tatt stor plass? Svaret denne gutten gav utløste noe både hos han og hos mor. Dette viser at behovet for hjelp er forskjellig men tilbud bør alltid være tilstede.

Presten kom før begravelsen, da var bare den ene gutten min hjemme. Han hadde grudd seg veldig til det. Da var det bare han og meg. Å han var utrolig ærlig mot presten. En fantastisk prest, en kvinnelig. Hun snakket om at han som var død hadde tatt stor plass i livet vårt. Så spurte hun broren hvordan det hadde vært for han når broren hadde tatt så mye plass? Da fikk jeg noen tanker. Så svarte han presten, mamma måtte kjøre like mye å hente meg, jeg har tatt like stor plass jeg. Alle tok like stor plass. Da fikk jeg litt sånn mini trøst.

Dette viser at det er viktig at de berørte blir sett og hørt. En sa: «*Føler at enn ikke blir sett, og at det ikke er så viktig. Det er for galt at han ikke har fått hjelp*».

Berørte etter en krise er i situasjon der de selv ofte er satt ut av egne følelser og samtidig skal ivareta søsken og barn. Alle informantene var kvinner som hadde barn, og de meddelte at det var viktig for dem at søsken og barn ble ivaretatt i situasjonen. En fortalte hva sønnen på 3-4 år sa da hun spurte hvem som tok vare på han midt i katastrofen: «*Ingen. Jeg bare stod å så på deg. Jeg skjønnte at du hadde det verst*». Mødre vil gjerne være der og beskytte sine barn, og hvis de selv blir satt ut av situasjonen ønsker de at det skal være hjelpere som kan bistå og gi støtte.

4.3 «Krisehjelpen min var alle naboene som kom»

- Betydningen av familie og venner i kriser.

Informantene opplevde at det var venner, naboer og familie som var sammen med dem i krisen. De fortalte også om splittelse innen familie og at opplevelsen var med å skape avstand til noen i familien. Vi lever i et nettverk av familie, venner, kollega, naboer, fjerne og nære, det er ikke lett å vite på forhånd hvem som kommer nær i en krisesituasjon. Det oppleves godt når venner og familie stiller opp, og tørr å være der og ta del i det praktiske arbeidet.

Mennesker som ønsket å stå sammen i sorgen og tapet, og være tilsted, og gir rom for nærhet kriseopplevelsen. En sa: «*Så kom venninnen min fra Oslo, hun så at dette kunne jeg ikke stå alene i, så dette skal vi ordne opp i. Hun tok fri noen dager og kom nedover*». Informantene fortalte om gode opplevelser med at noen kom til dem. «*Krisehjelpen var alle naboene som kom*». De hadde bakt brød og boller, og de kom med middag. «*Alt sto på plass*». Flere av informantene sa at de hadde ønsket mer praktisk hjelp. Dette viser at det er viktig å møte mennesker i krise på vanlige behov som å lage mat og hjelpe med praktiske ting i et hjem.

Nettverket sin reaksjon på krise var forskjellig. Informantenes opplevelse av støtte og hjelp i nære relasjoner var forskjellig. En sa: «*Når du står i en krise med masse følelser og mange reaksjoner. Så er det ikke bare deg selv men hele familien*». Hele familien ble påvirket når det oppstod en krise. Familien består ofte av mennesker i forskjellig alder og med forskjellig behov for hjelp. Noen hadde store behov for å dele sin sorg mens andre ikke ønsket å snakke om det. Dette kan skape en avstand til hverandre og skape splittelser i familien. En fortalte:

Det var mye som ikke ble snakket om skjønner du. Vi ble aldri samlet. Vi ble sittende på hver vår haug, og ingen tok ansvaret for å si at her gjør vi det sånn. Familien skal samles. Familien må snakke sammen. Vi må legge på bordet at det faktisk er sånn at noen kommer til å tenke at det er noen andre sin skyld, noen klarer ikke å ta dette inn, og opplever de vil gjøre ting, noen opplever de vil sitte stille, ikke sant. Ingen ble samlet.

Informantenes opplevelse av å samle nettverket var forskjellige. Grunnen til dette kan være tidsaspektet, at det ikke var så vanlig for noen år tilbake. Eller som en av informantene fortalte at ingen viste hva hun hadde opplevd. Hun var god til å skjule opplevelsen. I dag prøver man noen steder å samle nettverket så fort som mulig etter en krise. Dette har vist seg å ha god effekt på videre bearbeidelse i familien. En av informantene fortalte at presten kom hjem og snakket. «Vi hadde et par samlinger hjemme som alle fikk snakket mye, og det var ganske ok». Det å kunne sitte sammen å dele sin egen opplevelse sammen med de andre som har opplevd krisen kan og gi styrke og samhold i mange familier.

Hvem er de nærmeste pårørende i en krise situasjon? I dag er det mange brutte relasjoner, og som en av informantene sa burde enn finne ut av hvem som er de nærmeste pårørende, ikke bare etter ut fra et papir, men hvem som har stått nær. Noen kjenner på sterke bånd og mye kjærlighet selv om de ikke er nær familie. Reaksjonene var forskjellige ut i fra følelser og tilknytting. En sa:

Jeg skjønner at min reaksjon har vært veldig sterk til å være søster. Det tok veldig lang tid. Hun var noen år yngre enn meg og vi hadde ikke noe A4 liv da vi var små. Så jeg hadde et veldig ansvar for henne. For jeg tror som søster til en som tar livet sitt så er man ikke så viktig.

Informantene fortalte om ansvar, og opplevelsen av at de hadde ansvar for de andre i familien. Hvordan de handlet på autopilot, og tok ansvar for å kontakte hjelpere. En fortalte:

Jeg har vært vant til å ta ansvar og stå med det alene. Jeg tok de telefonene jeg måtte. Det er på autopilot. Jeg snakket med barnevernet, de kom seinere og informerte ungene. I etterkant tenker jeg det var ok, da ble alle ungene samlet. Jeg var så flink, vet du hva jeg gjorde? Jeg tok kontakt med skolene og barnehagen. Ikke det at jeg ikke var lei meg, men jeg måtte jo ordne opp!

Det å kunne ta dette ansvaret når man selv er rammet av sorg og fortvilelse viser at mennesker har en iboende kraft som frigjøres i en krise. Men det er forskjellig hvordan man reagerer og hvor mye man kan make å gjøre for å ivareta andre i smertefulle opplevelser. Man ser at noen blir «lammet» i sjokkfasen mens andre fortalte at de fikk den sterkeste reaksjonen i ettertid. En sa: «Jeg fikk ordnet opp alt, og dro hjem etterpå og da klappet jeg helt sammen. Da kom reaksjonen veldig».

Informantenes opplevelse av krisen beskrives forskjellig. De hadde også ulike krisehendelser, og tidsaspektet var fra kort tid siden hendelsen til mange år tilbake. Dette påvirket deres opplevelse av hjelp og mangel på hjelp. Familie, venner og naboer var viktige etter en krise og enn trenger støtte og hjelp over lang tid etter en slik hendelse.

4.4. «Tenk om jeg bare hadde fått en telefon»

-Informantenes forventninger til hjelperne.

Opplevelsen av hjelp i den akutte krisen, og hjelp til oppfølging etter en krise, deler jeg her i to deler. To av de fire informantene møtte politiet først. En møtte presten og en møtte ingen, men tok selv kontakt med helsepersonell etter mange år etter krisen. Ved dødsfall utenfor institusjon som ikke er forventet er alltid politiet inne i bildet. Politiet var i to av situasjonene den første hjelpen i krisen. En av informantene fortalte:

Så politiet var der først. Men jeg tror ikke jeg snakket med dem etterpå. Men de gikk i gangen, så ut som en sene fra en film. Det var snodig. De hadde en fremtredende rolle, de var store og uniformerte og gikk litt frem og tilbake. De var der hele tiden. Jeg snakket ikke med dem. De lurte ikke på noe.

Dette forteller noe om opplevelsen til informantene. Hun så politiet, men det hadde ikke noe med henne å gjøre. De var tydelige i bildet, men ikke til psykisk støtte. Rollen som politiet har i en krise situasjon oppleves annerledes enn helsearbeidere, her lege, ambulanse og pleiere. Politiet snakket ikke til oss. Mennesker i krise har behov for at noen snakker, stemmen som kan trygge dem og gi informasjon. Berørte ønsker ofte gjentatte opplysninger og hjelp til å skjønne situasjonen. En sa: «Da jeg fikk vite at noe var galt, var det politiet jeg kontaktet først. Det var naturlig. Jeg måtte bare kontakte politiet». En annen fortalte: «Aller først møtte jeg politiet. Det var de første jeg møtte etter krisen». Politiet hadde en rolle og en autoritet som bekreftet trygghet. De er viktige for sporsikring og etterforskning etter brå og uventet død. Men i akutt krise vil de også være hjelpere, og det forventes psykisk støtte og evne til nærhet.

En annen opplevde at presten kom hjem etter dødsfallet: «Presten kom jo hjem på døra seint på kvelden og fortalte om dødsfallet». Det var uventet og sjokkerende at det ringte på seint på kvelden og når presten kommer på døra tenker man at det er skjedd noe fælt.

Informantene sa noe om hjelp som ikke opplevdes god, som politiet som bare stod der, en prest som kom hjem til en og var trøtt og uoppmerksom, og en fra kriseteamet som bare kom og sa lite og gikk igjen. Disse opplevelsene fortalte de om som «invaderende» og lite til hjelp og støtte. En sa:

Jeg ble stående veldig lenge utenfor sammen med en politimann. Han sa ikke så mye. Det var i grunnen den verste tiden tror jeg, da jeg sto utenfor der sammen med han. Og da var det ingen andre, kun politiet som var der. Han sa ikke så mye. Husker bare at han stod der med mappen under armen.

Hun forteller om opplevelsen av å være alene selv om politimannen sto der. Det var som om han ikke hadde noe med den berørte å gjøre. En av de andre sa: «*Han unge politimannen snakket ikke til oss i det hele tatt. Han så ikke på oss en gang. Han så ung og redd ut, stakkar*». Informantenes opplevelse av at politiet var usikre og redde kom frem i intervjuene. Det kan virke som om politiets rolle er mer å etterforske enn å være der for de berørte i en krise, men dette kan nok oppleves forskjellig.

Alle informantene sa noe om behovet for å få hjelp og oppfølging i ettertid. Hvor lenge og hvilken hjelp de trengte var forskjellig. Hvordan kommer man i kontakt med hjelpeapparatet etter en krise? Informantene fortalte om at de ringte selv og tok kontakt for å få hjelp. Informantene sa at når de ble koblet til en psykiatrisk sykepleier, fastlege, eller frivillig organisasjon fikk de hjelp. En fortalte at hun kom i kontakt med en gruppe for etterlatte etter selvmord der hun kunne komme og dele sin erfaring og være sammen med andre i samme situasjon. Dette tilbudet gjorde at hun kom seg videre selv om hun ikke begynte i gruppa viste hun om at det var en mulighet. Dette sier noe om den viktige rollen som frivillige organisasjoner og likemannsarbeid har i bearbeidelsen av kriser. Å være i en gruppe der andre har opplevd noe av det samme kan gi en felles opplevelse i en krise.

Alle informantene hadde tanker om hva et kriseteam er og hvilken funksjon de kan og bør ha. Deres opplevelse av denne hjelpen var forskjellig. Det har skjedd en endring i kommunens bruk av kriseteam de siste årene. Men det er stor forskjell fra kommune til kommune. Spørsmålet jeg stilte var hva informantene tenkte med ordet kriseteam. En sa:

Da tenker jeg noen personer som har mye kompetanse og mye omsorg og varme. Tar vare på de personer som trenger hjelp der og da. To eller tre, det må jo være mer enn to. Trenger ikke være mer enn en et par men at du blir møtt av noen som kan veilede deg videre i systemet, og kan gi deg den omsorgen og varmen du trenger i den situasjonen du er i. Kriseteamet kan jo ikke være der over tid. Da trenger man andre med kompetanse for å ta en videre.

De sier noe om at kriseteam oppleves som viktig. Det er et tilbud fra mennesker med god kompetanse på hjelp i kriser og som kan hjelpe personer videre i systemet. Informantene sa at kriseteam er en hjelp i akuttfasen og at de har kompetanse til å hjelpe den som trenger det videre i systemet. De sier også at det er viktig at de som kommer inn i den akutte fasen også må komme igjen for å avslutte. *«Tror det er veldig viktig at de som kommer inn i krisen også avslutter».*

Informantene opplevde ikke at de ble tatt vare på i enkeltmenneskers kriser slik som ved katastrofer og stor hendelser der flere var involvert. En sa: *«Ingen skal si til meg om det er liten eller stor krise».* Her fortalte informantene om opplevelse av at krisene deres ikke var store nok, etter som lite ressurser ble satt inn i forhold til kriser der det var flere involvert. *«Det er jo sånn at når kriseteamet kommer inn er det flere personer involvert. Det skulle vært kriseteam for enkelt personer tenker jeg noen ganger».* Flere informanter nevnte forskjellen på hjelp ved enkelt menneskers krise og store katastrofer og ulykker der flere var involvert og det var media oppslag. En sa:

Jeg har ikke tenkt sånn før, men etter som jeg hadde så mange telefoner etter Utøya, der folk har mistet noen nære før og ikke blitt kontaktet. De ringte og skrek ut sin frustrasjon over at de ikke var blitt kontaktet. Eller fått en unnskyldning. Jeg tenker den lille telefonen.

Opplevelsen av at andre klassifiserer kriser og hjelp ut i fra antall berørte, og ikke den enkeltes opplevelse av katastrofe gjør mange skuffet og fortvilet.

Informantene delte også opplevelser av gode møter, av å bli tatt på alvor og bli sett som hele mennesker. SMSO opplevdes her som en trygg plass og med god hjelp. Et sted man kan være hel og seg selv, og kan få hjelp så lenge man ønsker det. Det opplevdes som et godt tilbud som burde være mer kjent for flere. En av informantene fortalte om den støtten hun hadde fått: *«Gutta på avdelingen er min støtte, men jeg støttet dem først».* Denne informanten fortalte også om støtte hun hadde følt i ettertid. Hun tok også selv kontakt med psykisk helse hjelp i kommunen og fastlegen.

At de berørte selv må ringe og informere om store kriser til fastlegen og psykisk helsehjelp i kommunen viser at systemet svikter. Det finnes hjelp i kommunene, men informantene fortalte at de ikke ble kontaktet av noen, men måtte ringe og be om hjelp. Når det var opprettet en kontakt var dette til god hjelp. En fortalte: *«Det som har vært den store forskjellen for meg var at jeg fikk en psykiatrisk sykepleier som hadde et veldig godt*

menneskesyn» og en annen sa: «Jeg har hatt en fantastisk fastlege, som har fulgt opp ungene. Han ringer og spør hvordan det går. Så det har vel vært en grei krisehåndtering».

4.5 «Sorg er ikke sykdom»

-Informantenes erfaringer etter krisen.

Informantene opplevde erfaringene etter en krise forskjellig. Å sørge over noe man har mistet er menneskets evne til å leve videre etter kriser. Sorg oppleves forskjellig og det er viktig å ha respekt for andres sorg og sorgarbeid. Gi håp og rom for at sorg tar tid. En fortalte: «*Det beste noen sa til meg var at dette tar minst 5 år, men om 5 år kan du stå på beina. Å si at ting tar tid*». Helsearbeidere eller hjelpere trenger å vite dette og tørre å si det. En av informantene sier at hun møtte mange uforstandige kommentarer som var sårende. Helsearbeidere som skal inn i krisearbeid og møte mennesker som er i krise bør ha kunnskap og erfaring på sorgprosesser.

Jeg orker ikke den sykeliggjøringen av sorg. Jeg synes ikke om det. Det er greit man må ha en diagnose for og ikke bli kalt andre ting men.. Men jeg er ikke enig i at det er sykt, jeg tenker det er nødvendig og friskt.

Kanskje har vi lite rom for sorg her i vår kultur. Det er ikke vanlig å vise at man sørger og er lei seg utenfor hjemmet. Det er kanskje lettere for omgivelsene om man sørger i det stille og ikke involverer flere i sorgen. En av informantene sa:

Hadde vi levd i en stamme hadde vi kunne sitted foran bålet og hylt. Ikke sant. Da hadde stammen stått rundt og klappet. Men her får man ikke lov til det. Det er ikke lov å bli gale av sorg. Man må ta seg sammen hele tiden, det forlenger prosessen.

Det sier noe om opplevelsen av støtte og nærhet i det håpløse. Ingen kan ta over sorgen, men ved at man kjenner støtte og nærhet fra noen rundt vil det bli lettere å bære. De fleste sa at krisen har i ettertid gitt dem styrke og erfaringer. Man kan se at det tar tid, men selv om man får hjelp og støtte så må hverdagene komme. En sa: «*Jeg føler jeg har styrke. Jeg ser at man kommer seg igjennom. Jeg ser jo at man står på beina*». Det gav håp, og opplevelsen til informantene var at de kom tilbake til hverdagen etter kort eller lang tid, men med erfaringer og styrke på en annen måte.

Alle informantene sa at man selv kjenner sine behov og hva man trenger av hjelp. Det er viktig å ta dette på alvor. Tidsaspektet på hvor mye og hvor lenge man trenger hjelp kommer an på tidligere erfaringer og opplevelser. «*Men hvorfor skal noen utenfra fortelle meg hva jeg trenger og ikke trenger*»? Vi må lytte til hvilke behov den enkelte trenger i øyeblikket. En av informantene fortalte at hun gikk til en psykiatrisk sykepleier over tid. «*Men det var veldig vanskelig å stoppe helt. Tørre og ut å stå på egne bein*». Hun gjorde en uvurderlig forskjell for informanten. Dette er viktig å ta på alvor, noen trenger tid og man skal kjenne at den som skal hjelpe er den rette hjelperen. En fortalte:

Det finnes ikke fasitsvar. Det var mitt behov der og da, og mange av mine behov der og da ble ikke ivaretatt, men jeg tok ivare på det selv. For andre sin skyld håper jeg det blir en endring på hvordan et kriseteam fungerer.

Informantene opplevde hvordan erfaringer preget møte med andre. De fleste sa at det styrket dem og de trodde at de har fått erfaringer som er viktige i møte med andre mennesker som opplever kriser. Gjennom intervjuene kjente jeg på sterke kvinner som har gjennomlevd kriser og som tørr å bruke historien sin i møte med andre. En sa:

Leve og likemannsarbeid tenker jeg at jeg kan tilføre noe på det å gå videre. Tror det er der jeg vil legge inn mitt støt. Når man har kommet seg et stykke videre, har man med seg noe. En kampvilje, en energi, en kraft som ikke var der før. Det har skjedd et eller annet.

Egen erfaring og opplevelser gir ofte styrke i møte med andre mennesker. Men som informantene sa, man trenger å ha bearbeidet sine egne opplevelser og følelser før man kan hjelpe andre. Gjenkjennelse til egen historie i møte med andre gjør sterk inntrykk på oss.

Med litt riper i lakken med dårlige erfaringer og unødvendige erfaringer. Men det gir en styrke i møte med andre. Merker det i møte med andre mennesker. Så lenge man har det bearbeidet og ikke bruker mine egne greier så gir det en forståelse. Litt sensibilitet for skjørheten i krisen.

Hvordan kan man bruke erfaringer og gi støtte og hjelp etter selv å ha opplevd en stor krise i livet? Informantene fortalte om at de trengte hjelp til å bearbeide og «komme seg» fysisk og psykisk etter en stor krise i livet. Samtidig vet de hvor skoen trykker og hva de selv hadde ønsket annerledes i sin egen krise. En fortalte:

Jeg tenker at de jeg treffer og ber om hjelp, med min erfaring vil se de, om ikke jeg kan hjelpe så mye men i alle fall være der. Være til støtte og hjelpe de videre i systemet. Det er hele tiden en balansegang, hva kan jeg gjøre for deg og om de vil at jeg skal være med eller de vil gå alene. Jeg ser jo at min styrke kan jeg gi til dem.

Mine informanter tok meg inn i sin historie, og delte sine opplevelser med hjelp i krisen. Jeg håper jeg har belyst det som de syntes var viktigst, men jeg måtte gjøre et utvalg og prøvde etter beste evne å være tro mot innholdet i intervjuene. Det har vært vanskelig å velge ut tema da jeg kjenner at informantene har delt så mange erfaringer som er viktig for hjelpere å vite om.

4.6 Oppsummering av funn

Informantene i denne studien opplevde hjelpen i og etter krisen forskjellig. De fortalte om noen gode opplevelser, og noen dårlige møter med hjelpere. Deres opplevelse av kaos og sjokk kommer sterkt frem. Noen fortalte de var redde og alene.

Mine funn sa noe om at det var hjelpere der, men det opplevdes ikke slik for informantene. De fleste av informantene fikk hjelp da de selv ringte og spurte etter det. Alle etterlyste mer hjelp til barn i familier som opplever akutte kriser, og de ønsket en telefon og oppfølging fra helsetjenesten. Det var mangel på praktisk hjelp, og hvordan man kan komme i kontakt med spesial tjenester, og informasjon om hvilken hjelp som finnes. Noen av informantene fortalte om den gode hjelpen de hadde i nettverksstøtte. Sorg etter kriser oppleves forskjellig, men det er ikke en sykdom å sørge.

Jeg ønsker å drøfte menneskets opplevelse av hjelp i forhold til den hjelpen som finnes etter en krise. Se på forskjellen på den krisehjelpen som gis hvis det er mange involverte i forhold til den som gis når det handler om enkelt menneskers opplevelse. Videre vil jeg se på menneskets evne til å komme igjennom kriser og hva som skal til for å mestre situasjonene. Drøftingsspørsmålene tar opp funnene jeg gjorde i analysen av materialet.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet ønsker jeg å se på mine funn i lys av valgt teori. Jeg vil bearbeide og tolke mine funn opp mot egen erfaring, relevant teori, tidligere forskning, hensikten med studien og problemstillingen.

5.1 Opplevelsen av hjelp er forskjellig.

I følge Dyregrov er mine funn i tråd med tidligere forskning som sier at sjokkfasen er en hensiktsmessig reaksjon som gjør oss i stand til å mobilisere mentale ressurser for å håndtere opplevelsen. Mennesker opplever verden på en annen måte enn vanlig og er derfor mindre i stand til å ta imot hjelp (Dyregrov, 2002).

Kunnskap om krisehjelp og bruk av kriseteam i kommunene er under utvikling. I følge Dyregrov sin artikkel «Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede» mener hun at vi som fagpersonell må endre holdning i forhold til den oppfatning som var tidligere. Da mente de at hjelpere kun skulle settes inn etter kriser der det var tegn til sykdom. Mennesket hadde naturlig tilhelingsprosesser, og sammen med familie og venner burde de klare seg uten hjelp. Dette har vist seg ikke å være den beste løsningen.

I norske, så vel som i utenlandske studier, uttrykker etterlatte at de trenger hjelp, og at det ikke er snakk om *enten* profesjonell eller offentlig hjelp *eller* uformell støtte fra sosiale nettverk. Etterlatte hevder at de trenger både sosial nettverksstøtte og støtte fra andre etterlatte, og profesjonell hjelp ved behov (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 54).

Vi trenger forskjellig hjelp fordi det dekker ulike behov. Dette gjelder ikke bare etterlatte, men også for mennesker i andre kriser og situasjoner som oppleves vanskelige. Kanskje er det blitt et gap mellom hjelp som oppleves, og hjelpen som gis på grunn av mangel på kompetanse og foreldede holdninger til sorgarbeid?

Vassberg undrer seg over politikere og eksperter som bruker store ressurser på tiltak de mener påvirker psyken i bestemte retninger uten å vite om de virker. Han stiller seg kritisk til all den oppmerksomheten mennesker etter kriser og katastrofer får, og han setter krisehjelp i et lys der «eksperter» overkjører de berørte (Vassnes, 2012).

På den annen side kan det ha noe med selve situasjonen å gjøre, hvordan vi opplever hjelpen. Brå og uventete dødsfall gir kaosopplevelse. Store ulykker og katastrofer som dekkes av

media blir en samfunnsmessig hendelse, mens enkelt tilfellene hvor man finner en i familien etter et selvmord ikke blir omtalt og sorgen blir lukket. Forskning sier at åpenheten og samholdet i en større hendelse gjør at de opplever sorgen og fortvilelsen sammen med noen.

Informantene sier de var alene, det var ingen der. Hva sier dette om vår tilstedeværelse i situasjonen? Hvordan kan vi som helsearbeidere være tilstede på en slik måte at de som opplever en krise kjenner at vi er der for dem? Mindfulness er en måte å lære seg å være tilstede på. Det er en øvelse i å være tilstede i eget liv som vil gjøre oss til bedre omsorgspersoner i kriser og katastrofer. Som tidligere forskning har fortalt oss kan vi utvikle større empati om vi er tilstede i eget liv. Hvordan merkes det hos etterlatte at vi er tilstede? Ved å tørre å være tilstede, og være bevisst sin egen tilstedeværelse, kan etterlatte bedre kjenne at hjelpen er der. Eller kan det bli som en av informantene fortalte at politiet var der først: *«Men jeg tror ikke jeg snakket med dem etterpå. Men de gikk i gangene, så ut som en sene fra en film da de gikk i gangene på legesenteret»*. Denne opplevelsen bekreftes i litteraturen der de skriver at etter plutselige dødsfall kan de berørte opplever alt uvirkelig. «De kan kjenne det som om alt skjer i en drøm, som om det skjer på en film, eller som om det ikke er sant» (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 30). Selve opplevelsen i øyeblikket av krise er av en slik karakter at man mister tid og tilstedeværelse, noe som igjen påvirker vår opplevelse av hjelp. Så det handler kanskje ikke om hvordan hjelperen er tilstede i øyeblikket, men mer om muligheten den berørte har til å sanse at noen er der? Jeg fant ikke noe eksakt svar på dette.

Er forventningene forskjellige avhengig av profesjon? Forventer ikke etterlatte at politiet skal være omsorgspersoner, men ønsker heller å få omsorg og støtte hos helsepersonell?

Er det slik at vi innehar forskjellige roller? Jeg tror at forventningene er forskjellige til forskjellige profesjoner. Helsepersonell, begravelsesagenter, venner og familie er alle nettverk rundt de berørte, men oppgavene er ulike. Her finnes det helt sikker unntak og forskjellige erfaringer blant berørte.

Dyregrov & Litler (2009) viser at politiet selv først og fremst er etterforskere på åstedet men at de prøver etter beste evne å bistå i den psykososiale omsorgen hvis mulig. I deres artikkel var politi, begravelsesagenter og prester intervjuet. De etterlyste nærmere samarbeid og at det er lettere å få tak i de som har spesiell kompetanse på kriser og traumer.

Informantene meddelte noe som vi bør lytte til og ta på alvor. De fortalte at det var ingen der da de trengte de mest! Vi som hjelpere må være tilstede på en slik måte at de berørte merker at vi er der. Flere av informantene beskriver at politiet var der, men de snakket ikke til dem.

«De var der hele tiden. Jeg snakket ikke med dem. De lurte ikke på noe». Opplevelsen av å være alene forsterkes.

Når en lege på legevakten henviser etterlatte til Akutt Team etter en kriseopplevelse, blir denne fort sendt i retur med notat om at sorg ikke kommer under deres arbeidsområde. Jeg undrer meg over at det er slike regler. Flere teorier og fagartikler beskriver nettopp at kriser og traumer kan utløse både psykiske katastrofer og behov for psykiatrisk hjelp hos berørte. Vi må bruke vår kompetanse, profesjonalitet, makt og situasjonsbedømmelse for å vurdere om mennesker som gjennomgår sorg og tap trenger psykisk vurdering. Denne studien argumenterer for at fagfolk må være mer ydmyke, og lytte til historiene før det bestemmes hva som er riktig oppfølging til mennesker i krise.

5.2 Hvorfor er det forskjell på krisehjelp i enkelt historier og når mange er involvert?

I Fædrelandsvennen 4.april 2012 stod det: «Massiv kriseberedskap under terror-rettsaken». Videre skriver avisen at 20 psykiatriske sykepleiere skal gå i turnus for å støtte Utøya overlevende og etterlatte gjennom rettsaken som starter i slutten av april 2012. Det skal opprettes døgnbemannet telefon som de berørte kan ringe. Beredskapen i Kristiansand kommune er satt i høyeste beredskap. Utøya var en katastrofe som vi aldri har opplevd i Norge i fredstid og som absolutt må prioriteres og gis den oppmerksomhet den krever. Men jeg undrer meg likevel over den voldsomme forskjellen det er på enkelt menneskers kriser og en slik katastrofe. Tidligere forskning viser at opplevelsen av enkelt menneskers krise gir de samme reaksjoner, og kan gi de samme ettervirkninger, som katastrofer med flere involverte (Dyregrov, 2002). Hjelpebehovet er like stort hos den enkelte etter slike hendelser som etter store ulykker der mange dør samtidig (Dyregrov & Litlere, 2009).

I samme artikkel står det at Kristian Hagestad, fylkeslege i Vest Agder, sier at de ikke har oversikt over hva pengene som er bevilget etter Utøya er blitt brukt til. Helsedirektoratet har varslet om dokumentasjon fra fylkesmennene for bruk av disse midlene i berørte kommuner. Kristiansand kommune har fått til sammen 2.4 millioner til oppfølging etter Utøya.

Hvordan opplever de som har mistet en av sine kjære i selvmord eller ulykke forskjellen de får på kriseoppfølging? Det er ingen vakttelefon til de kommunale psykiatriske sykepleiere

utenom vanlig arbeidstid på hverdager. Ut ifra mine informanter og deres opplevelse av kriseteam og hjelp, var det ikke noe som kom av seg selv. Det var ingen automatikk i at de i det hele tatt fikk hjelp av et kriseteam. Legevakten er et åpent tilbud hele døgnet for de som trenger legehjelp, også for samtale etter kriser og psykiske påkjenninger. Spørsmålet er hvor stor kapasitet en vaktlege har til å ta seg av pårørende og familier etter alvorlige hendelser. Legen har mulighet til å rykke ut og være på stedet en stund, men de har samtidig ansvar for de andre pasienter som trenger hjelp i kommunen. Dette blir ofte et dilemma når legen opplever at berørte trenger mer hjelp enn han har mulighet for å gi.

Jeg var selv på vakt på Legevakten 22. juli 2011 og opplevde katastrofen på beredskaps siden. Vi klarte å samle psykiatriske sykepleiere fra kommunen, ABUP, Barnevernet, psykiatrisk sykepleier, og lege på Legevakten før de skulle reise ned på et samlingsmøte i AUF sine lokaler i Kristiansand. Der skulle de ta i mot de berørte som kom hjem fra Utøya.

Læring etter en slik hendelse er at alle navnelister og telefonnummer til en hver tid må være oppdaterte og riktige. I en akuttsituasjon må alle kunne finne prosedyrer som fungerer.

Legevakten er et bindeledd i kriseberedskapen i Kristiansand kommune. Vi er døgnåpent og vi har lege på vakt hele tiden. Tidligere hadde vi en psykiatrisk sykepleier som var tilknyttet legevakten på kveld i helger, dette tilbudet er nå omorganisert til andre tjenester.

I følge nettstedet KRISER:NO er det forventninger til et kriseteam. Hva skal et kriseteam romme av fagpersoner og kompetanse? Forskning viser at det er viktig for bearbeidelsen av en krise at de som møter berørte og etterlatte har nødvendig kompetanse. En av informantene mine sa: «*Kriseteam er en gruppe mennesker som kan ta imot deg og vise deg omsorg, og som kan veilede deg videre i systemet.*» Det er en forventning til at kriseteamet skal være en ressurs hvor personer med kompetanse og oversikt over systemet, og hvor berørte kan få hjelp hvis de trenger det.

En av de andre informantene fortalte at sykehuset kontaktet kriseteamet som da besto av en mann som kom på besøk mens de var på sykehuset. Han snakket med de berørte. I ettertid kom han hjem til dem en gang og etter det hørte de aldri mer fra han. «*Det var ikke noe greit*». Informanten følte seg involvert, men ikke ivaretatt.

Som Dyregrov sier er det viktig at de som kommer inntil berørte i en sårbar tid klarer å lukke døren etter seg. Ta kontakt i etterkant av krisen å spørre hvordan det går. Flere av informantene etterlyser nettopp dette. «*Hadde jeg bare fått en telefon!*» Kanskje er hjelpere så

redde for å gjøre for mye at det blir for lite oppfølging? Krisehjelp og kontakt med kriseteam er et tilbud, og ikke noe som er pålagt. Mange etterlatte føler at deres sorg ikke er så viktig i etterkant av katastrofen på Utøya. En av informantene fortalte at pårørende hadde ringt og følt at de ikke var blitt sett og hørt i deres katastrofe. Ulikheter i kriseomfang vil nødvendigvis gi forskjellig hjelp til etterlatte. Men kan vi lære noe av den store mobiliseringen av krisehjelp etter hendelsen på Utøya? Det kan opprettes et hjelpeapparat som fanger opp enkeltmenneskers krise, og hjelper dem på samme måte som etter store katastrofer. En av informantene sa det slik:

Ingen skal si til meg om det er liten eller stor krise. Det er min følelse om det hele, om jeg føler det er tøft å komme gjennom. Det kan være andre som har vært igjennom mye større krise, men at man blir tatt på alvor som person, og at man blir sett når du faktisk ber om hjelp. Ikke at en eller annen skal bestemme at dette ikke er nok for å få hjelp.

5.3 Kriser oppleves forskjellig!

Krise oppleves av den enkelte. Våre tidligere erfaringer og opplevelser påvirker vår evne til å bearbeide og leve igjennom en krise. Antonovsky (2000) forsket og fant en sammenheng mellom menneskets opplevelse av tilstedeværelse i kriser som meningsfull, forståelig og håndterlig, og hvordan de kunne overleve kriser og traumer uten å bli syke av dette.

Han spør hvorfor noen overviner motstand og kriser mye bedre enn andre? Skyldes dette arv, miljø eller tidligere opplevelser? Han skriver videre at opplevelsen av sammenheng gir mennesket mening og mulighet til å finne tilbake til mestring (Antonovsky, 2000).

Krisepsykologi forteller om likheter og ulikheter i opplevelsen av kriser og katastrofer. I teoridelen har jeg sett på likheter i den akutte fasen etter en krise. Hvordan man opplever å miste kontroll og å være på siden av seg selv. Det er en vanlig måte å reagere på i kriser. Informantene fortalte om sjokkopplevelsen de hadde. Hvordan de erfarte sine egne kroppslige reaksjoner, og hvordan opplevelsen var forsterket med redsel, frykt, angst, og håp.

Opplevelsen sitter i kroppen sier vi. En av informantene fortalte at hun blir fysisk dårlig når hun ser en ambulanse og noen som har en hjertestarter. Denne kombinasjonen minner henne så sterkt om hennes egen opplevelse.

En av informantene sa: «Sorg er ikke sykdom». Alle mennesker opplever sorg og savn i livet. Sorg over de døde, men også over jobben man mistet eller ekteskapet som gikk i stykker.

Gjennom forarbeidet til dette prosjektet har jeg lest biografier som omhandler mennesker som har mistet en eller flere av sine kjære i sykdom eller ulykker. Opplevelsene beskrives forskjellig og måten berørte bearbeider en krise på er ulik, men disse historiene viser at de finner håp og trøst i fellesskapet. Det at vi kan kjenne oss igjen i historier, hvor noen skriver om noe av det vi selv har kjent på gjør noe med oss. Det er en trøst i at det er andre som har kjent på noe av det samme som vi selv. Alle de følelsene vi bærer på som vi ikke tror noen andre har. Det er kanskje en av grunnene til at mange får hjelp og støtte i likemannsarbeid. Man har en opplevelse som man deler med andre som har opplevd noe lignende.

Mine egne erfaringer med tap og kriser påvirkes også, og forsterkes. Jeg blir berørt og kjenner at livet er sammensatt. Sorg og glede er en del av det å leve. Men sorgarbeid er en prosess som tar tid. Sorgen trenger rom og god tid. Flere av informantene fortalte om tidsaspektet. Kanskje tror noen at tiden for å sørge er over etter kort tid, mens de berørte egentlig trenger lang tid. Sorg blir ofte sammenlignet med en bølge som slår innover livet. I begynnelsen store, voldsomme bølger som slår hele tiden, men som etter en tid avtar og blir mindre. Jeg velger å bruke Lauveng (2006) som beskriver dette på en fin måte:

Livet har ikke så store bølger som det hadde, elven flyter stillere nå. Jeg gråter fortsatt av og til, men det er ikke ofte, og jeg skriker sjelden eller aldri. Det er litt roligere, kanskje kjedeligere, men også mer håndterlig. Men jeg kan fortsatt være trist innimellom. Jeg kan fortsatt kjenne en klump i halsen. Jeg kan fortsatt kjenne på savn, sorg, og lengsel, og det hender at jeg gråter. Det viktigste er ikke å aldri gråte. Det viktige er å aldri glemme hvordan man ler. Og jeg ler fortsatt. Hver eneste dag. (Lauveng, 2006, s. 194)

Hun var psykotisk og selvdestruktiv, men overvann schizofrenien, og er i dag en fagperson og et menneske med brukererfaring.

«Sorgarbeid er en mulighet til å gjenta tapsopplevelsen så den kan legge seg på et roligere sted» (Dahl, 2011, s. 28). Dette er viktig fordi vi sørger forskjellig. Sorgarbeid handler om å gjøre verden mer håndterlig igjen og skape møteplasser der det er rom for å sørge. Mange etterlatte er redde for å slite ut sine nærmeste venner og familie. Derfor er sorggrupper og likemannsarbeid, sammen med helsepersonell, også viktige i denne prosessen. Det handler om å få hjelp til å bearbeide sorgen og samtidig få lov til å være der så lenge man føler det er nødvendig (Dahl, 2011). Kriser oppleves forskjellig, men som hjelpearbeidere kan vi øke kunnskap om sorgarbeid og lytte til mennesker som har opplevd store rystelser i livet sitt. På en slik måte kan vi ha større mulighet til å møte de forskjellige behovene. Mange har behov for bekreftelse på at det de opplever i en sorgprosess er normalt. En av informantene fortalte

at hun hadde kontakt med en psykiatrisk sykepleier en tid etter hendelsen som bekreftet henne på hennes reaksjon: *«Hun var veldig nøye med å si at det som skjedde med meg var en normal reaksjon. Hvor mange ganger hun måtte si det vet jeg ikke. Det er ikke sykt men friskt og nødvendig».*

Du skal ikke spørre
den sørgende
om hun er sulten
Du skal gi henne
et måltid.

Joan Didion (Dahl, 2011, s. 2)

5.4 Hva er best mulig hjelp?

For å finne svar på hvordan helsearbeidere kan hjelpe best mulig vil jeg belyse hva som er blitt sagt og skrevet om hva som er til hjelp for berørte i en krise. Mine informanter fortalte om sine erfaringer. En sa: *«For meg var det ikke så viktig hvor jeg ble møtt, men at en blir møtt, og hvem en blir møtt av».* Hun fortalte videre at hun ønsket å bli møtt av mennesker med varme og kompetanse. At de har kunnskap om krisereaksjoner og vet hvordan de kan henvise deg videre i hjelpesystemet. Informanten hadde selv erfart hvordan hun hadde vært en «kasteball» i systemet når hun trengte hjelp på flere områder i livet. Det å være en kasteball er en belastning for mennesker i krise. Man vet ikke hvor man kan få hjelp og det er tilfeldig om en treffer på de rette personene som kan henvise deg videre, hvis de selv ikke kan hjelpe. Her har fastlegen et stort ansvar fordi mange trenger en henvisning fra lege for å få hjelp. Noen fastleger følger opp sine pasienter på en god og omsorgsfull måte. En av informantene sa: *«Jeg har en fantastisk fastlege».* Han ringte etter krisen og spurte hvordan det gikk både med henne og barna hennes. Det handler om å velge en støtteform som oppleves som hjelp.

Informantene ønsket mer hjelp til barn som opplevde kriser. Dette er samsvar med de funn som ble gjort i artikkelen til (Dyregrov, 2005) der hun skriver at 65 % av foreldrene ønsket mer spesialisert hjelp til barn som etterlatte, og bare 38 % av kommune hadde slikt tilbud til barn. Dette viser at det fremdeles er en del mangler i tilbud og etterspørsel for hjelp. En av informantene sa: *«Det kom ingen. Dermed har guttene satt opp en vegg».* Tre av informantene fortalte at de selv ringte for å be om hjelp til barn og ungdommer. Den ene tok fysisk med datteren til ABUP for at hun skulle få snakke med noen. Forskning viser at barn og unge som ikke får bearbeidet sorg kan få problemer seinere.

I stor grad består vårt arbeid for barn i etterkant av katastrofer i å tilrettelegge for åpen, direkte kommunikasjon mellom barn og voksne. Med dette oppvekstklima er sjansene størst for at barna skal utvikle seg uten at hendelsen setter dype og varige spor. Innen hukommelses forskning er det vist at små barn er avhengig av at foreldre(eller andre voksne) bruker en fortellende eller utvidede (utvikler historien) stil i samtale med barn for å støtte barnet. (Dyregrov, 2002, s. 194)

Dette viser hvor viktig voksen støtte er for barn og unge. De trenger å snakke om tapet og sorgen på sin måte. I familier med barn som opplever en krise er det viktig at omgivelsen og helsepersonell ser barna og deres spesielle behov.

Nettverket har stor betydning for mennesker i kriser. Dette bekreftes i faglitteraturen og i forskningen som er basert på erfaringer fra berørte og personer i nettverket. De forteller at støtte og omsorg er viktig. Den gode støtten er familie og venner som bryr seg etter en krise. En av informantene fortalte at venner og naboer kom og var sammen med dem etter krisen. En av de andre sa at guttene på avdelingen var hennes støtte, men at hun forsikret dem om at hun trengte denne støtten og at det var trygt. Det handler nemlig mye om redsel for å komme for nær, og hvordan man skal være og hva man skal si i en slik setting. Følelsen av å være redd for å si noe feil eller gjøre noe galt hindrer kanskje noen i å ta kontakt. Nettverk føler ofte en slags hjelpeløshet i slike situasjoner.

Hovedønsket for nettverksstøtten er at venner og familie tar initiativ til ulike støttetiltak, samtidig som de forsøker å gi støtten på den enkelte sørgendes premisser. Etterlatte opplever nettverksstøtte som «alfa og omega» og ønsker selv å bidra til å redusere denne usikkerheten i sosiale nettverk. (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 63)

Studier viser at det er et ønske om å oppnå en felles forståelse for hvordan nettverket kan støtte mennesker i krise. Nettverket forteller at de trenger tilbakemelding på hvordan de berørte ønsker hjelp og at de som skal motta hjelp må kommunisere dette. Det viser at det kan være vanskelig å kommunisere om en ikke har en felles opplevelse av situasjonen. Dette gjelder både nettverket og den profesjonelle hjelpen. Vår vestlige kultur mangler måter å kommunisere det som er vanskelig på. Manglende kunnskap om sorg, traumer og sterke reaksjoner er også med på å skape avstand. Hvis denne usikkerheten ikke kommuniseres og deles blir det ikke møtepunkter, men det skapes tvert i mot avstand. Etter store hendelser har både de berørte og nettverket erfart at det å kommunisere behov og ønsker er essensielt for begge parter. Informantene fortalte at denne dyrekjøpte erfaringen hadde gitt dem øyne til å se andre som opplever kriser på en annen måte.

En av informantene hadde noen refleksjoner på hvordan vi her i den vestlige verden ikke kan uttrykke sorgen slik som i mange andre land. I disse landene kan sorgen uttrykkes på en til

dels voldsom og ekspressiv måte. Dette gjør sorgen for oss i vesten privat og ikke synlig. Vi klarer ikke å kommunisere det vi egentlig opplever.

En morgen hørte jeg et program på radioen der en far som hadde en alvorlig syk sønn fortalte om sin opplevelse da han var på sykehuset med sønnen, og samtidig så bilder fra Tsunamien på TV- skjermen. Han sa: «Akkurat slik føler jeg det er inni meg, bølgene slår innover som en stille Tsunami».

Dialog og kommunikasjon er viktig for bearbeidelsen. Informantene fortalte om hjelpere som ikke klarte å kommunisere. Eksempler var presten som kom hjem til dem og bare satt og gjespet i sofaen, og personen fra kriseteamet som kom inn i stua for å se om informantene hadde fått en reaksjon, og som ikke sa noe og bare gikk igjen. Dette er hendelser som vitner om dårlig evne til å kommunisere. Hjelpere som ikke var der for å lytte eller å være tilstede for mennesket i krisen. Dialog er et arbeidsredskap som her ikke ble brukt på en god måte. Vi trenger å gi dem vi skal hjelpe anerkjennelse for deres situasjon og hva de trenger i øyeblikket på en respektfull måte.

En av informantene fortalte om hvordan deres familie ikke ble samlet etter en traumatisk hendelse. Hennes ønske om at noen hadde kommet inn og vært til hjelp for at de skulle snakke sammen. Her er Åpne samtaler (Seikkula, 2000) et utmerket redskap for å møte dette behovet hos berørte. Mange opplever at de møter sorg og krise forskjellig, gjennom å skape et møtepunkt der nettverket samler seg og kommuniserer med hverandre kan skape samhold i familier. Det gir også en mulighet til å kommunisere det som er vanskelig og ellers ikke var blitt sagt. Hun sa: *Det var mye som ikke ble snakket om skjønner du. Vi ble aldri samlet.*

Mennesker som er i krise trenger hjelp til mestring. Du kommer deg ikke alene er det blitt sagt i forhold til psykisk uhelse men det kan også ofte gjelde for mennesker i krise. Et spørsmål Jensen (2006) stiller er om hvor mange langvarige psykiske lidelser som i dag har en diagnose som kan oppfattes som post traumatisk stress syndrom (PTSS).

Kan psykiske problemer forebygges om man får rett hjelp til rett tid (Jensen, 2006)? Det er vanskelig å kunne bekrefte eller avkrefte dette.

Likemannsstøtte er blitt brukt i mange situasjoner og kriser. Det er opprettet sorggrupper, og grupper for etterlatte etter brå død og spesielle grupper for barn og unge. Det de forteller er at slike grupper kan virke på en spesiell positiv måte. De berørte kan være seg selv, og de andre vet noe om hvordan det er uten at de behøver å si så mye (Dyregrov et al., 1998). En av

informantene fortalte nettopp om dette. Hun fikk tilbud om deltagelse i en gruppe for etterlatte etter selvmord og dette gjorde en forskjell for henne. En av de andre har startet i LEVE og kjenner at hun brenner for dette arbeidet. Som hun selv sier: *«Jeg må gjøre en forskjell. Ja det skjer triste ting. Men jeg er ikke mindre oppegående»*.

Derfor er krisehjelp en sammensatt hjelp. Man trenger både nettverksstøtte og likemannsstøtte, sammen med den profesjonelle hjelpen.

Ser vi tilbake på artikkelen jeg henviste til i introduksjonen viser den det motsatte av det min teori og mine funn henviser til. Denne forfatteren mener det er belegg for å hevde at det har liten eller ingen god effekt på mennesker med krisepsykologi. Vassnes henviser til forskningsstudier av dette i USA. Han skriver at de fleste i Norge er enig i at det er viktig med krisehjelp og debrifing men han sier: *«De fleste er enig at dette er viktig, og at det må skje raskt- bortsett fra dem som har undersøkt effekten av dette: Problemet er nemlig at det ikke virker, og i mange tilfeller faktisk gjør det verre for de det gjelder»* (Vassnes, 2012, s. 12-13). Denne studien peker på forskning som viser det motsatte. I artikkelen *«Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede»* har Dyregrov (2005) spurt 232 personer som har mistet barn i krybbedød eller annen brå død. Over halvparten av de spurte oppgir at de hadde ønsket mer hjelp enn de fikk, og bare 13 % av kommunene hadde oppfølging over tid. Under halvparten av hjelpen kom på offentlige initiativ, i resten av tilfellene måtte de etterlatte selv be om hjelp.

5.5 Hva trenger den som skal hjelpe?

Noen ganger føler mennesker i krise at nettverket ikke stiller opp. Kanskje er det usikkerhet hos de som skal hjelpe som gjør at de trekker seg unna?

Samspillet mellom de etterlatte og omgivelsene kan være uproblematisk, men blir ofte problemfylt på grunn av omgivelsenes manglende kunnskap om sorgreaksjoner og sorgens forløp over tid, redselen for å gjøre vondt verre og redselen for å ta kontakt med dem som er rammet. Mange sørgende forstår dette men er så tom for energi at de ikke klarer å gjøre noe med det. (Dyregrov & Dyregrov, 2007, s. 8)

Man kjenner seg igjen i denne beskrivelsen. Det er vanskelig å møte mennesker i kriser. Man vet ikke hva man skal si, og man er redd for å si, eller gjøre noe feil. Informantene hadde forskjellig erfaring med sine omgivelser etter deres krise. En fortalte at hun hadde fått kommentarer som hun opplevde som sårende: *«Om en stund går det bra»* eller *«det er jo helt ufattelig hvordan du holder ut dette»*. Som mor har man ikke noe valg om å holde ut, en krise

rammer hele familien og alle familiemedlemmene må tas vare på. En annen fortalte om et nettverk som sviktet og hvordan hun hadde ønsket at noen hadde samlet familien for å snakke sammen. Behovene er forskjellige og evnen til å fange opp behov hos den enkelte i en familie etter en krise er en kunst. Det finnes ikke et enkelt svar.

Som helsearbeider opplever du å stå sammen med mennesker i krise og katastrofer. Vi lærer og erfarer etter slike hendelser, men som en av mine informanter fortalte: «*De hadde ikke tatt brannøvelsen sin*». Jeg tror vi har for lite fokus på å trene på denne type møter. Vi er flinke til å øve på Hjerte Lungeredning, men ikke på de vanskelige møtene. Slik trening bør være et kompetansekrav til de som skal møte mennesker i kriser. Kommunene har en plikt til å ivareta personenes psykiske helse og dette innebærer også et faglig krav til de som skal hjelpe. Hjelpemiddelet skal også kunne støtte og være til hjelp for familie og venner som står nær mennesker i en krise. Å være hjelper forutsetter også at en blir tatt vare på og får veiledning i sin oppgave. Det er viktig for å hindre utbrenthet blant fagarbeidere (Dyregrov, 2002).

5.6 Hvordan kan man bygge et tilbud som kan møte den enkeltes behov?

Kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer. Psykososiale kriseteam bør forankres i kommunenes beredskapsarbeid og bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparat dersom kritiske hendelsene inntreffer. (*Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*, 2011, s. 10-11)

Hvordan hver enkelt kommune følger opp etter kriser er opp til den enkelte kommune. Veilederen inneholder imidlertid definisjoner og tiltak for å kunne gi den hjelpen som forventes. Der er helsefaglige vurderinger og anbefalinger, sammen med administrative og organisatoriske forhold. Min erfaring er at denne burde vært mye mer i bruk som hjelp og støtte i situasjoner der man møter mennesker i krise.

På en annen side er det også blitt økt bevissthet på hvor viktig nettverksstøtte er etter kriser og ulykker. Mobilisering av sosial nettverksstøtte er en sentral oppgave for det kommunale hjelpeapparatet. Nettverksstøtte har kvaliteter som det profesjonelle hjelpeapparatet aldri kan erstatte, og den behøves raskt. Den som er rammet er ikke alltid selv i stand til å mobilisere nettverket, og det er derfor viktig å organisere og hjelpe nettverket til å fungere. På den måten kan man hindre profesjonalisering av vansker som ikke trenger profesjonell hjelp (Dyregrov

& Dyregrov, 2007). Ved å trygge de nære omgivelsene vil de kunne være til uvurderlig støtte for mennesker i krise. Ved å ha gode rutiner med å mobilisere nettverket rundt de berørte, og også involvere det profesjonelle hjelpeapparatet vil man kunne møte alle mennesker i krise på en verdig måte. Jeg vil igjen understreke at hjelp er frivillig og jeg tenker at gode tilbud gir rom for variasjoner.

6.0 Diskusjon av funn og metode

I utgangspunktet tenkte at jeg ville ha bredde og ikke fokusere på hvilken krise menneskene var i. Men gjennom prosjektet og gjennom litteraturen så jeg at det er forskjell på kriser, og reaksjoner på disse. Katastrofen ved selvmord rommer skyldfølelse og maktesløshet. En plutselig forandring i livet som ofte oppleves som et sjokk og en katastrofe. Men det er også likheter og menneskets opplevelser fra tidligere som betyr mye for hvordan de klarer å bearbeide en krise. Fokus på kriser rommer derfor både likheter og ulikheter. Kanskje oppleves det urimelig for de berørte at historiene blir sett på samme måte, selv om ikke alle hadde vært igjennom den samme krisen. Men jeg tenker at opplevelser er så forskjellige at man aldri kan sette sorg og savn etter traumatiske hendelser inn i et skjema.

Metodevalget stemte bra med det jeg ønsket å undersøke. Jeg ønsket å komme nært inn på andres historier og lytte til deres erfaringer i opplevelse av kriser. Denne erfaringen har satt meg i bedre stand til å møte mennesker i krise og tørre å være nær og vise omsorg og varme.

Jeg holder fast med mine funn og tidligere forskning som jeg har henvist til og fastslår at kriserammede trenger et tilbud om hjelp.

7.0 Mulig videre forskning

AAT (Ambulante akuttpsykiatriske team) prosjektet påla alle kommuner å ha dette innen 2008. Det var et tilbud til voksne som opplevde en akutt psykisk krise. I artikkelen «Akkurat som høy feber» beskrives målgruppen å være personer som har akutte psykiske kriser som innebærer at nettverket og egne ressurser ikke strekker til. Det ble utviklet et behandlings

tilbud som skulle ivareta pasientenes opplevelse av integritet og selvfølelse ved å bli behandlet i hjemmet (Karlsson, Borg, & Sjølie, 2008).

Sandnes Legevakt har akutt ambulerende kriseteam som reiser hjem til mennesker som har opplevd katastrofer, og følger opp noen uker etter hendelsen for deretter å henvise videre, eller avslutte arbeidet. Det hadde vært spennende å intervju noen som hadde opplevd denne krisehjelpen, og hørt hvilke erfaringer de hadde. Personlig tror jeg en slik krisehjelp vil være mer fleksibelt, og ivareta berørte bedre enn slik det er i de fleste situasjoner i dag. Tilbudet er selvfølgelig frivillig og en må akseptere at noen ikke ønsker hjelp. Men ifølge Dyregrov sine artikler og undersøkelser er det viktig med et profesjonelt tilbud og kartlegging av situasjonen.

Den enkeltes krise og opplevelse av kaos og at livet raser sammen er like sterk, hvis ikke sterkere, som ved flere involverte. Jeg undere meg over at det blir brukt så lite ressurser på å bygge opp et kompetansesenter med mennesker som er spesialister på mennesker i krise, og etablerer en krisetelefon der mennesker kan få hjelp når de trenger dette, utover Utøya og de berørte i den spesielle saken.

Dette viser at krisehjelp ikke bare handler om hva som forventes og ønskes av de som trenger hjelp, men også om økonomi og bevilgninger.

8.0 Konklusjon

Mennesker i krise trenger tilbud om hjelp rett etter hendelsen, og noen trenger oppfølging over tid. Myten om at det er best og ikke å gi hjelp er gått av mote for lenge siden. Et tilbud om hjelp er ikke en tvang, og enhver kan velge å takke nei til dette tilbudet. Men mitt ønske etter denne oppgaven er at det skal være et tilbud om hjelp for de som ønsker det, og de skal slippe å selv ta kontakt i den akutte fasen. Helsearbeidere bør skoleres, og det bør være krav til kompetanse for å jobbe med mennesker i kriser. Det aller viktigste er å lytte til de berørtes stemme, og la påvirke hvordan vi bygger opp et kriseteam i kommunen. Mange kan synse og tro de vet, men det å ta lærdom og hele tiden utvikle en kunnskap og forståelse for krise og katastrofe psykologi er et viktig steg i riktig retning. Som Dyregrov skriver blir vi ikke gode av å ha opplevd en katastrofe. Dessuten har hendelser i vårt land og i verden skapt en forventning til krise oppfølging, og hva de kan forvente seg av oppfølging etter en krise.

Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

- Vi kan møte mennesker i kriser ved å lytte til de berørtes stemme.
- Prioritere økt kunnskap og forskning på dette feltet.
- Å se at den enkeltes opplevelse er like sterk i kriser og ulykker der en dør alene, som ved store katastrofer og ulykker der flere er involvert.
- Vi har store utfordringer i kommunen med å gi alle mennesker i en krise det samme tilbudet til oppfølging om det gjelder en eller flere.
- Best mulig hjelp vil være et åpent utsagn. Det er individuelt og det finnes mange behov og ønsker for hvilken hjelp som er best mulig.
- Å kunne se hver enkelt i situasjonen, og ha kunnskap og klokhet til å møte mennesker der de er.

Det handler om å møte mennesker der de er, og vise dem anerkjennelse for hvordan de opplever sin sorg og sin krise, og å gi den hjelpen som er best mulig for den enkelte.

Litteraturliste

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brudal, L. F. (2012). *Om bevissthet: psykologi, mindfulness, science fiction, nær-døden-erfaringer, kosmisk bevissthet*. Bergen: Fagbokforl.
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. [Oslo]: Aschehoug.
- Dahl, P. A. (2011). *Å reise seg etter en rystelse: gi håpet rom i denne tid*. Oslo: Schibsted.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- De Vibe, M. F., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K., & Kowalski, K. (2012). *Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults*. The Campbell Collaboration, Oslo.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2011). Forventninger til psykososial krisehjelp. *Dagens medisin*, 18.
- Dyregrov, K. (2005). Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede? [Artikkel]. [Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede?]. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 125(13-14), 1853-1855.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, K., & Litlere, M. (2009). "The first helpers" meeting with the left-behind after suicide: psychosocial challenges. [Artikkel]. ["Førstehjelpernes" møte med etterlatte ved selvmord: psykososiale utfordringer]. *Suicidologi*, 14(1), 21-24.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (1998). *Omsorg for etterlatte etter selvmord: kommunestudien*. Bergen: Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2000). *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død: evaluering av behov, tilbud og tiltak*. Bergen: Senter for krisepsykologi.
- Egeland, R. T. (2010). *Mindfulness i hverdagen*. Oslo: Pantagruel Forlag.
- Endsjø, E. (2011). *Avtrykk: etterlatte ved selvmord forteller*. Oslo: Abstrakt.
- Falk, B., & Smith, A.-M. (1999). *Å være der du er: samtaler med kriserammede*. Bergen: Fagbokforl.
- Gran, S., Lie, K. A., & Kroese, A. (2011). *Oppmerksomhetstrening: en historisk, psykologisk og praktisk innføring i mindfulness*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks (forenklet)*. (2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp*. København: Akademisk Forlag.
- Karlsson, B., Borg, M., & Sjølie, H. (2008). Akkurat som høy feber. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 136-143.
- Karlsson, B., & Hummelvoll, J. K. (2008). *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2006). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen.
- Magnus, J. (1999). *Veien til Karlvogna: en dagbok om kreft og kjærlighet*. Oslo: Forum Aschehoug.
- Magnus, J. (2000). *Etter Karlvogna: brev fra 1000 stjerneblikkere*. Oslo: Forum Aschehoug.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Norge. (2001). *Helse- og sosialberedskapsloven (2000)*. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet.
- Ohnstad, B., & Befring, A. K. (2010). *Helsepersonelloven (1999)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olafsen, E., & Dahl, P. A. (2007). *Hva skal vi med stjerner nå?: en fortelling om kjærlighet, sorg og resten av vårt liv*. Oslo: Schibsted.
- Schibbye, A.-L. L. (2006). *Livsbevissthet: om å være til stede i eget liv*. Oslo: Universitetsforl.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Solheim, I. J. (2012). Nærvær i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9(1), 44-53.
- Stern, D. N., Bielenberg, T.-J., & Roster, M. T. (2007). *Her og nå: øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forl.
- Vassnes, B. (2012). Hjelper krisepsykiatrien? *Klassekampen*, 44, 12-13.
- Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. (2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Warberg, L. A. (1995). *Kommunehelsetjenesteloven: (lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66)*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Intervjuguide

Jeg ønsker å benytte semistrukturert kvalitativt forskningsintervju (Kvale og Brinkmann, 2009)

Mitt utgangspunkt er at vi lærer av å lytte til mennesker som har opplevd en eller flere kriser i livet som er av en slik art at de trenger profesjonell hjelp.

Forskningsspørsmål:

Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

1. *Hvem møtte du etter krisen?*

Var noen sammen med deg fra dine nære relasjoner?

2. *Hvordan var ditt første møte med hjelpeapparatet?*

Følte du deg sett og ivaretatt?

Hva var det beste i dette møte?

Hva var det vanskeligste?

3. *Hvor møtte du hjelp?*

Måtte du oppsøke hjelp eller kom noen hjem til deg?

Hvis du tenker tilbake kan du fortelle hvordan det hadde vært å bli møtt på den best mulige måten for deg

4. *Tidligere erfaringer*

Tenker du at din historie og dine tidligere erfaringer i livet har vært med å prege hvordan du opplevde denne krisen i livet ditt?

Hva kan vi som møter mennesker i krise lære av din historie?

Ønsker å ha spørsmål som utgangspunkt for å kunne starte intervjuet, men er åpen for at det viktigste er hva du som informant ønsker å formidle.

Vedlegg 2

Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

Bakgrunn og hensikt

Jeg er sykepleier ved Kristiansand legevakt og opplever mange mennesker som kommer til oss rett etter de har opplevd en krise i livet av en slik karakter at de trenger hjelp. Noen opplever også at hendelser i livet setter seg slik at de opplever uhelse på det psykiske og trenger hjelp i ettertid.

Hensikten med dette studiet er å undersøke hvordan den berørte opplevde å bli møtt i og etter en krise. Undersøkelsen skal inngå i min masteroppgave i psykisk helse ved Universitetet i Agder.

Min veileder i prosjektet er:

Anders Johan W. Andersen som er ansatt i Institutt for psykososial helse, Grimstad, Universitet i Agder. Mail adresse: anders.j.w.andersen@uia.no

Hva innebærer studiet?

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil vi sammen finne et tidspunkt som passer til et intervju. Hvor vi skal gjøre dette kan vi bestemme sammen. Intervjuet tar ca. 1 time, og jeg ønsker å bruke lydopptak for å kunne bruke informasjonen best mulig. Jeg vil transkribere dette selv, og anonymisere slik at det ikke knyttes navn til opptaket. Navn blir erstattet med referansenummer.

Jeg ønsker også å få mulighet til å kontakte deg etterpå om noe er uklart, og du kan også kontakte meg om det skulle være noe du lurer på.

Om du trenger noen å snakke med etter intervjuet kan du kontakte meg, og jeg vil hjelpe deg i kontakt med noen i den frivillige foreningen du tilhører.

Mulige fordeler og ulemper

Du får mulighet til å fortelle din historie om ditt møte med helsevesenet etter krisen. Hva du opplevde som bra og evt. det som ikke var bra. Ved at du deler dine opplevelser kan vi lære om hvordan vi kan møte mennesker i krise best mulig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen jeg får ved intervjuet er taushetsbelagt. Dette innebærer at ingen andre enn meg har tilgang på personens navn. Intervjuene er ikke tilknyttet navn, bare på nummer slik at det ikke er mulig å spore dine opplysninger i oppgaven etterpå. Du har selv mulighet til å høre opptaket og lese transkriberingen, også tilgang på hele oppgaven når den er godkjent.

Når oppgaven er godkjent blir lydopptaket slettet.

Prosjektet forventes å være ferdig 01.07.2012

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne undersøkelsen. Du kan når som helst trekke deg fra studiet selv om du har underskrevet samtykkeerklæringen. Du trenger ikke oppgi grunnen til at du ønsker å trekke deg. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg om du trekker deg.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Du har innsynsrett i det som blir skrevet. Muligheter til å rette opp om noe er blitt feil, eller jeg har misoppfattet det du har sagt. Du har rett til å trekke deg og da få slettet det du har bidratt med om det ikke allerede er gått i analysen i oppgaven og denne er publisert.

Med hilsen Karin Haukalid

Mobil 90979494

Samtykke til deltagelse 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)

Karin Haukalid (prosjektleder) telf. 90979395

Veileder: Anders J. W. Andersen UIA.

Kommentarer fra FEK

Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til masterstudent Karin Haukalid i møte 14. oktober 2011 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden, men med følgende kommentarer: FEK vil påpeke at prosjektet er godkjent under betingelse av at fokus er på helsehjelpen og ikke krisen som sådan. FEK forutsetter at det opprettes et oppfølgingstilbud der informantene kan ta kontakt (ikke masterstudenten selv) dersom de opplever problemer knyttet til mulig retraumatisering. Studenten bør legge til rette for at dette unngås, men oppfølgingstilbud bør etableres for sikkerhets skyld. FEK forutsetter videre at prosjektet er godkjent av Personvernombudet hos NSD før oppstart.



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anders Johan W. Andersen
Institutt for psykososial helse, Grimstad
Universitetet i Agder
Postboks 509
4898 GRIMSTAD

Vår dato: 29.11.2011

Vår ref: 28604 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28604

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Hvordan kan helsearbeidere møte mennesker i krise best mulig?

Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder

Anders Johan W. Andersen

Karin Haukalid

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

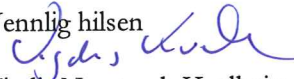
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Karin Haukalid, Marikollen 27 C, 4638 KRISTIANSAND S



Personvernombudet registrerer at førstegangskontakten med utvalget er opprettet. Vi minner om at prosjekt som er omfattet av meldeplikt skal meldes senest 30 dager før oppstart.

Personvernombudet legger til grunn at det forelå samtykke fra den enkelte for utlevering av navne- og kontaktopplysninger fra aktuelle organisasjoner til Haukalid.

Vi finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet forutsatt at dato for prosjektslutt samt veileders kontaktopplysninger tilføyes.

Vi ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv før det tas i bruk.

Det innhentes direkte personidentifiserbare opplysninger om navn. Navn erstattes med et referansenummer.

Det innhentes sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Prosjektslutt er 01.07.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Navneliste/koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.