

# "JEG ER ET MENNESKE, IKKE EN DIAGNOSE!"

En kvalitativ studie av menneskers opplevelser med å få og leve med en  
psykisk diagnose

**Anne Lene Årseth**

**Veileder**

Berit Johannessen

*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 inntår for de  
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

## BØNN (IKON)

Vi ber ikke om utskrifter

Forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke engang om overbevisninger

Vi ber om å bli sett av en annen

Vi ber om et ansikt

Stein Mehren

I Nattmaskin: dikt 1998

# FORORD

Å jobbe med denne studien har gitt meg verdifull innsikt i menneskers opplevelser med å få og leve med en psykisk diagnose. Den har igjen vist meg at vi alle er mennesker på godt og vondt, og at vi alle ønsker å bli sett og møtt som den personen vi er, uavhengig av sykdom og diagnose.

For at denne studien skulle bli virkelighet, var det avgjørende at noen var villige til å stille opp som deltakere. Til dere 4 som stilte opp og som har utmerket dere med deres engasjement, kloke tanker og villighet til å åpne dere og fortelle om deres opplevelser: Tusen takk! Uten dere hadde aldri denne studien blitt mulig!

Å skrive denne oppgaven har vært meningsfullt og berikende. Men å skulle si at prosessen har foregått uten blod, svette og tårer, ville være en overdrivelse. Min veileder, førsteamanuensis Berit Johannessen, har vært til uvurderlig støtte og hjelp gjennom hele prosessen. Takk for din tid, kunnskap, dine tilbakemeldinger og for opplevelsen av at du hele tiden har vært sikker på at jeg kom i mål.

Det har blitt mange fine bilturer på vei til Universitetet i Grimstad sammen med medstudenter. Takk til hver av dere for faglige diskusjoner og oppbakking av en til tider frustrert student. En spesielt stor takk til Ellen Ånestad Moen for psykisk støtte, utallige gjennomlesninger og forslag til bedring av oppgaven.

Kjære Richard, Mads og Truls: Nå er jeg ferdig! Uten deres tålmodighet og støtte med en tidvis fraværende og utålmodig kjæreste og mamma ville alt ha blitt veldig vanskelig. Tusen takk!

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge er leger pålagt å stille diagnose. Å få en psykisk diagnose kan være med på å forme en persons identitet og hvordan han blir møtt og sett av andre. Det kan stilles spørsmålsteget ved om bruken av psykiske diagnoser er med på å ivareta brukernes autonomi og verdighet som mennesker.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med studien var å undersøke og belyse hvordan mennesker har opplevd å få og leve med en psykisk diagnose. Problemstillingen er: Hvilke opplevelser er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose?

**Metode:** Kvalitative intervjuer med 4 deltakere som hadde hatt psykisk diagnose(r) i 5 år eller mer.

**Resultater:** Deltakerne opplevde diagnosen som en liten del av hvem de er som mennesker. Diagnosen beskrev noe de kunne kjenne seg igjen i, men den beskrev ikke alt. De opplevde den ikke som viktig. Diagnosen var til lite hjelp da de var syke. Den kunne stå i veien for at andre så dem som noe mer enn diagnosen. Deltagerne erfarte at helsepersonell ofte la vekt på diagnosen.

**Konklusjon:** Studien viser at å få en psykisk diagnose kan virke inn på hvordan man blir møtt og sett av andre. Man kan bli objektivert. Samtidig viser den et gap mellom deltakernes opplevelse av seg selv og andres opplevelser av dem. Den belyser viktigheten av hvilken holdning helsepersonell har til mennesker med psykiske lidelser, og hvor avgjørende det er at det blir lagt vekt på brukernes egne erfaringer og ressurser i behandlingen.

**Nøkkelord:** Psykiske lidelser, psykiatrisk diagnose, objektivering

## Summary

**Background:** In Norway, clinicians are required to establish diagnosis. Having a psychiatric diagnosis can help shape a person's identity and how he is met and seen by others. It may be questioned whether the use of psychiatric diagnosis are protecting the users autonomy and dignity as human beings.

**Purpose and objectives:** The purpose of this study was to investigate and shed light on how people have experienced to have and to live with a psychiatric diagnosis. The research question was: What experiences are associated with having and living with a psychiatric diagnosis?

**Method:** Qualitative interviews were used. The sample consisted of 4 participants who had lived with psychiatric diagnoses for 5 years or more.

**Results:** The findings show that participants experiences the diagnosis as a small part of who they really were. The diagnosis describes something they could relate to, but it did not describe everything and they didn't perceive it as important. The diagnosis was of little help when they were sick. It could stand in the way so others saw them as nothing more than the diagnosis. Participants experienced that health professionals strongly emphasized their diagnosis.

**Conclusion:** The study shows how getting a psychiatric diagnosis affects how you are met and seen by others. You are being objectified. At the same time it shows there is a gap between the participants' sense of self and how others perceive them. It highlights the importance of health personnel's attitude towards people with mental illness, and how vital it is that the users own experiences and resources are validated in their treatment.

**Keywords:** mental illness, psychiatric diagnosis, objectivity.

# Innhold

1.0 INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Generelt om emnet .....	1
1.3 Hensikt og problemstilling .....	2
1.4 Avklaring av begreper .....	2
1.4.2 Diagnose .....	3
1.4.3 Psykiske lidelser .....	3
1.5 Oppgavens videre oppbygning .....	4
2.0 TIDLIGERE FORSKNING .....	6
3.0 TEORETISK FORANKRING .....	8
3.1 Hans Skjervheim .....	8
3.2 Anne-Lise Løvlie Schibbye .....	9
3.2.1 Eksistensialismen .....	10
3.2.2 Essenstanken .....	10
3.2.3 Subjekt – subjekt syn .....	11
3.2.4 Subjekt – objekt syn .....	11
3.3 Kort om sammenhengen mellom teoriene .....	12
4.0 METODE.....	14
4.1 Valg av metode .....	14
4.2 Valg av deltakere.....	14
4.3 Intervju.....	15
4.4 Analyse av intervjuene .....	16
5.0 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	19
5.1 Informert samtykke .....	19
5.2 Fortrolighet .....	20
5.3 Konsekvenser.....	20
5.4 Min rolle som forsker .....	21
6.0 PRESENTASJON AV FUNNENE .....	23
6.1 Følelsene ved å ikke få diagnosen tydelig presentert.....	23
6.2 Usikkerhet ved å ikke forstå hva diagnosen betyr .....	24
6.3 Diagnosen er ikke viktig. ”Poenget er at jeg er syk og trenger hjelp” .....	25
6.4 Diagnosen omfavner ikke alt – å være mer enn en diagnose.....	26
6.5 Doble reaksjoner fra familie og venner .....	27
6.6 ”Se meg som et menneske, ikke en diagnose!” Opplevelser i møte med helsepersonell.....	29
6.7 En kort oppsummering av studiens funn .....	31
7.0 DISKUSJON.....	33
7.1 Innledning til diskusjon av funnene .....	33
7.2 Hva kan deltakernes opplevelser av å få en diagnose fortelle om objektivering? .....	34
7.2.1 Å ikke bli snakket med .....	35
7.2.2 Å bli vurdert og ikke bli trodd på.....	36
7.2.3 Å ikke bli informert om diagnosen.....	36
7.2.4 Å ikke få diagnosen til å passe inn i sitt eget selvilde .....	38
7.3 Hva forteller deltakernes opplevelser om å være subjekt i eget liv?.....	39
7.3.1 Å møte helsepersonell som så mer enn diagnosen .....	39
7.3.2 Å bruke egne ressurser.....	40
7.4 Diskusjon av studiens validitet og reliabilitet.....	42
7.5 Studiens betydning for praksis.....	46
8.0 EN OPPSUMMERING AV STUDIEN OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....	48
8.1 Oppsummering av studien .....	48
8.2 Forslag til videre forskning.....	49
Litteraturliste.....	50

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1 Intervjuguide 1

Vedlegg 2 Intervjuguide 2

Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 4 Samtykke til deltakelse i studien

Vedlegg 5 Godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

# 1.0 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne masteroppgaven er menneskers opplevelse med å få og leve med en psykisk diagnose. Min interesse for temaet har vokst fram gjennom studiet og egen erfaring med å få en diagnose, både hos meg selv og hos mine nærmeste. Egen livskunnskap kombinert med praksis og teori i psykisk helsearbeid har jeg gitt meg større innsikt i feltet psykisk helse. Min holdning til mennesker som lever med en psykisk lidelse har endret seg. Jeg er blitt opptatt av at det ikke handler om et skille mellom de med eller uten en psykisk diagnose. Det handler om oss alle og det å være menneske.

Å få en psykisk diagnose er for mange bekræftelsen på en formell status som psykisk syk. Ved å lese om temaet har jeg funnet forskning som viser at mennesker med psykiske lidelser ikke har samme verdi og aksept i samfunnet som mennesker som ikke har psykiske lidelser (Rose og Thornicroft, 2009). Også fortellinger fra mennesker som har opplevd å få og leve med en psykisk diagnose viser dette. Flere beskriver hvordan de har opplevd å bli sett og møtt som diagnosen, og hvordan den psykiske lidelsen ble deres identitet og det andre forholdt seg til i møte med dem (Øye, 2005, Lauveng, 2011). Politiske føringer viser imidlertid at psykisk helsearbeid er i endring. Det blir blant annet lagt sterkere vekt på å styrke brukermedvirkningen ved å involvere brukere av psykiske helsetjenester og gi dem mer innflytelse i behandlingen (*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012*). Dette involverer også et nytt syn på hva godt psykisk helsearbeid er, noe som åpner opp for at brukernes erfaringer og ressurser blir lagt til grunn i behandlingen (Bøe og Thomassen, 2007). Men fremdeles kan det stilles spørsmål ved om brukeres autonomi og verdighet som menneske blir ivaretatt i møte med det psykiske hjelpeapparatet (Bøe og Thomassen, 2000). Min undring er om bruken av diagnoser kan påvirke hvordan et godt psykisk helsearbeid utføres.

## 1.2 Generelt om emnet

Behandlere (leger) i det offentlige helsevesenet i Norge er pålagt å stille diagnoser. Bruk av diagnose er en måte å forstå og forholde seg til sykdom på i en bestemt sammenheng, i et bestemt kunnskapsnivå og på et gitt tidspunkt (Johannisson, 2010). Diagnose kan sees på som et øyeblikksbilde av en person som fryses, og bildet blir stående som en beskrivelse av sykdommen (Kolberg, 2009). På den ene siden kan det være viktig å få en diagnose. Den kan si noe om årsaken til lidelsen, bestemme hvilken behandling man får og den kan si noe om hvilken prognose man har for å bli frisk. Videre kan den gi beskyttelse og selvforståelse, samt tilgang til økonomisk støtte. På den andre siden kan noen diagnoser,



som de psykiske, utløse negative holdninger og handlinger både hos den som får diagnosen og i samfunnet rundt. Betydningen av å få en diagnose kan derfor handle om hvordan man blir møtt av andre og hvordan andre ser på deg (Tøssebro, 2010). Kritiske røster hevder at når det settes diagnose på psykiske lidelser er det den enkelte behandlerens syn på og forståelse av pasientenes lidelser som legges til grunn. Det vil i prinsippet si at pasientens følelser, handlinger og uttrykte tanker objektiviseres. Diagnosen kan bli knyttet til en persons identitet og selvilde, og den kan gjøre personen til en passiv mottager av hjelp istedenfor en aktiv deltager i eget liv (Kolberg, 2009).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med prosjektet er å undersøke hvordan mennesker har opplevd å få og leve med en psykisk diagnose. Utgangspunktet og målet er å sette fokus på menneskers opplevelser med å få og leve med en psykisk diagnose. Psykisk helsearbeid er i endring, og for at det skal bli bedre trenger vi kunnskap om brukernes opplevelser. Ved å få dypere innsikt og forståelse for hvordan mennesker har opplevd å få og leve med en psykisk diagnose og bringe denne forståelsen videre, er det min oppfatning at helsearbeideres forståelse av og holdning til mennesker med psykiske lidelser kan endre seg og hjelpen bli bedre.

Jeg har valgt problemstillingen:

#### **Hvilke opplevelser er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose?**

Problemstillingen er formulert som et åpent spørsmål fordi jeg ønsker et sammensatt bilde der både positive og negative erfaringer kommer fram.

### **1.4 Avklaring av begreper**

I problemstillingen brukes begrepene opplevelse og psykisk diagnose. Ordet opplevelse blir i denne oppgaven knyttet til hvilke følelser som er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose. Opplevelsene sees også i sammenheng med hvilken kunnskap og forståelse deltakerne formidlet om det de opplevde. For å tydeliggjøre hva som ligger i begrepet psykisk diagnose, utdypes begrepet diagnose og psykiske lidelser grundigere.

### 1.4.2 Diagnose

Diagnose som ord stammer fra det greske *gnosis* som betyr viten, og *dia* som betyr å skjelne (mellom alternativer). Å stille en diagnose betyr innenfor medisinen å bestemme hvilken type lidelse eller sykdom man står ovenfor, basert på beskrivelse av symptomene. Prognosen stilles ut fra diagnosen og sier noe om det videre forløp. Hver sykdom vil i det idealtypiske ha et karakteristisk forløp og en kjent og spesifikk bakenforliggende årsak hvor typer av behandling anbefales. Bruk av diagnoser i forbindelse med psykiske lidelser er basert på samme system. Men psykiske lidelser står vanligvis uten kjente, spesifikke årsaker, og det er en tvetydighet mellom diagnose og antatt riktig behandling (Haugsgjerd, 1990). I Norge brukes diagnosesystemet ICD-10. Dette diagnosesystemet er et klassifiseringssystem som inneholder en beskrivelse av ulike symptomgrupper, og den innehar kriterier som må være oppfylt for at diagnosen skal kunne stilles. Diagnosesystemet sier ingenting om anbefalt behandling, prognose eller årsak til den psykiske lidelsen (Lauveng, 2008).

Diagnoser er ikke statiske og endres over tid. Nye diagnoser kommer til, og andre blir tatt bort. Det er per i dag en økning i antall nye diagnoser, noe som betyr at flere tilstander blir diagnostisert som en sykdom. Kritikere hevder at flere diagnoser er med på å innsnevre normalitetsbegrepet. Forskjellige diagnoser kan også ha forskjellig status. Et skjema utarbeidet av Dag Album referert i Johannisson (2010) peker på at lengst nede i hierarkiet er de sykdommene som er uspesifikke uten en synlig plass i kroppen, som de psykiske lidelsene.

### 1.4.3 Psykiske lidelser

Hva er psykiske lidelser? Hvilken kunnskap har vi om psykiske lidelser? Bøe og Thomassen (2007) mener svaret kommer an på hvilket perspektiv vi forstår psykiske lidelser ut fra. Begrepet psykiatri stod tidligere sentralt, og benevner den spesialiteten innenfor den medisinske modellen/perspektivet som gjelder psykiske lidelser. Innenfor psykiatrien finnes fag, teorier og forståelsesformer som kjennetegner en psykisk lidelse. I følge Folkehelseinstituttet (2012) må bestemte diagnostiske kriterier være oppfylt for at det kan kalles for psykiske lidelser. Innenfor begrepet psykiske lidelser finnes alt fra enkle fobier og lettere depresjons- og angstlidelser til mer omfattende og større tilstander som schizofreni. Videre skriver de: "Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre" (Folkehelseinstituttet, 2012). Psykiske lidelser registreres gjennom et klinisk strukturert intervju eller av erfarne klinikere. Man forsøker da så sikkert som mulig å avgjøre om de forskjellige diagnosekriteriene er oppfylt.

Hvilket perspektiv vi har på psykiske lidelser vil være med på å forme hvordan det psykiske helsearbeidet blir gjennomført. En medisinsk modell som skissert ovenfor, omtaler psykiske lidelser ut fra et ekspert perspektiv basert på forklaringsmodeller og allerede etablerte teorier. I denne studien er det valgt et perspektiv som ikke gir noen endelig forklaring på hva psykiske lidelser er. Psykiske lidelser sees her på som ”så sammensatte og kompliserte fenomener at ethvert forsøk på å etablere en forklaring vil innebære elementer av reduksjonisme” (Bøe og Thomassen, 2007, s.90). Psykiske lidelser er vevd sammen med den menneskelige tilværelsen og eksistensen, og tilhører på denne måten det gåtefulle ved det å være menneske (Bøe og Thomassen, 2007).

Ved å gi en forklaring på psykiske lidelser, vil man forklare psykiske lidelser ut fra en årsak. En virkning av disse årsakene vil gi en psykisk lidelse. Ved å ha en forståelse av og ikke en forklaring på psykiske lidelser, inkluderes elementer hos mennesket som vilje, opplevelse, hensikter, ønsker, motiver. Da blir det viktig å ta tak i de refleksjonene og den forståelsen det enkelte menneske har. På denne måten forstås hver enkelt som et opplevende og handlende subjekt (Bøe og Thomassen, 2007). Studien har også et perspektiv som inkluderer et helhetssyn på mennesket. Hver enkelt forstås som sammensatt av likeverdige områder som inkluderer det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige aspektet. Psykiske lidelser blir da forstått som et helsehinder hvert menneske som opplever det forsøker å løse, tilpasse eller forsone seg med (Andersen og Karlsson, 1998, s.21). Videre sees en forståelse av psykisk helse som et element hos alle mennesker. Alle har en psykisk helse. Noen kan i løpet av livet oppleve at den psykiske helsen svikter (Rådet for psykisk helse, 2011).

## **1.5 Oppgavens videre oppbygning**

Oppgaven er videre bygget opp på følgende måte:

I kapittel 2.0 presenteres tidligere forskning med vekt på brukeres perspektiv.

Den teoretiske forankringen utdypes i kapittel 3.0. Den belyser oppgavens problemstilling, og brukes i diskusjonen av funnene. Som teoretisk forankring har jeg valgt Skjervheim (1996) og Schibbye (2002).

Kapittel 4.0 omhandler metoden som er brukt i studien. Her gjør jeg rede for valg av metode, valg av deltakere, det semistrukturerte livsverdenintervju og hvordan analysen av intervjuene er gjennomført.

I kapittel 5.0 gjøres det rede for forskningsetiske overveielser. Her belyses informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser av å delta i studien og til slutt min rolle som forsker.

Kapittel 6.0 presenterer funnene fra intervjuene.

I kapittel 7.0 diskuteres funnene opp mot oppgavens teoretiske forankring, tidligere litteratur og forskning. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av studiens validitet, reliabilitet og studiens betydning for praksis.

Kapittel 8.0 inneholder oppsummering og konklusjon av studien og forslag til videre forskning.

## 2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Under søket etter tidligere forskning knyttet til diagnose og psykiske lidelser var hovedfokuset å finne studier som belyste brukernes perspektiv. De fleste studiene jeg fant omhandlet diagnose relatert til stigma og makt sett fra fagpersoners perspektiv. Rose og Thornicroft (2009) hevder at forskning som direkte ser på erfaringer og opplevelser med å få en psykisk diagnose sett fra brukernes perspektiv er få. Gjennom søkeprosessen ble det søkeordene ”attitudetomentalillness OR diagnos\* AND stereoty\*” i databasene Cinahl og Scopus som gav flest relevante treff. Tre forskningsstudier utmerket seg fordi de har et brukerperspektiv.

Den første er en engelsk litteraturstudie gjort av Rose og Thornicroft (2009). Hensikten med studien var å lage en begrepsmessig og praktisk analyse av hvordan det å få en psykisk diagnose virker inn på mennesker, og vurdere hvordan brukere av helsetjenester kan bidra når det skal utarbeides nye psykiatriske klassifikasjoner. Studien diskuterer nøkkelspørsmålene knyttet til psykiatriske diagnoser og hvilke konsekvenser slike diagnoser kan gi sett fra brukernes perspektiv. Konklusjonen på studien er at den presenterer bevis på at mange mennesker med psykiske lidelser står overfor forskjellige former for diskriminering som påvirker sosial eksklusjon. Diagnostisering kan være en kompleks prosess som ser ut til å være relevant over hele verden. Også fagfolk kan bidra til stigmatisering og diskriminering. Under prosessen med å sette diagnose kan det oppstå en form for ”utilsiktet diskriminering” som er gjort med en terapeutisk hensikt, men som kan få ødeleggende konsekvenser for brukeren.

Den andre studien er en kvalitativ canadisk doktorgradsstudie gjort av Hayne (2003). Studien fokuserer på personers opplevelser og perspektiver på å bli diagnostisert som psykisk syk. Formålet var å vise hvilken kraft som ligger i ordene ved en slik medisinsk diagnose. Studien trekker frem fire temaer: 1) Informantene opplevde at diagnosen direkte påvirket deres identitet eller indre syn på seg selv. Diagnosen ble erfart som en kunnskap de ikke kunne utfordre og den fremhevet en disharmoni i selvet. 2) Diagnosen antydte unike og verdifulle personkarakteristikker, men opplevdes også som en ulegitimert bekreftelse som var ulogisk og ikke akseptabel. 3) Å få en diagnose synliggjorde sykdommen og gjorde behandling og helbredelse mulig. 4) For at diagnoser skal bli til hjelp for mennesker, må formidling av kunnskap erfares på en måte som resulterer i at den enkeltes følelser blir anerkjent og en del av kunnskapen. Hayne fremhever avslutningsvis at noen fordeler med å få diagnose ble erkjent, men at makten det medisinske språket har undergraver informantenes følelser og framgang.

Den tredje studien jeg vil trekke fram er en engelsk kvalitativ studie gjennomført av Horn, Johnstone og Brooke (2007). Fem informanter som hadde fått en borderline diagnose ble intervjuet med fokus på

hvordan de opplevde å få diagnosen, deres forståelse av diagnosen, hvordan de opplevde at diagnosen hadde påvirket dem, og deres syn på seg selv og andres syn på dem. Her ble fem temaer trukket fram: 1) Kunnskap som makt, for eksempel i forhold til opplevelsen av diagnose som merkelapp og meninger hos profesjonelle. Makten var noe andre kunne ha over dem, men også noe som ble gitt dem og som de kunne bruke. 2) Informantene var usikre på hva diagnosen betydde. For noen gav tankene rundt å ha en diagnose opplevelse av kunnskap og kontroll. Andre opplevde diagnosen som en forenkling og til lite nytte. 3) En opplevelse av at helsepersonell avviste dem på bakgrunn av diagnosen. 4) Diagnose gjør at man ikke passer inn. Her ble det fokusert på erfaringer med å få forskjellige diagnoser og å bli plassert i en kategori. 5) Diagnosen gav håp om bedring for noen, mens for andre ble diagnosen det som knuste håpet om bedring. Konklusjonen på studien er at alternative måter å forstå seg selv på vil være mer nyttig enn en borderline diagnose.

### 3.0 TEORETISK FORANKRING

Fokuset i denne studien har vært å sette søkelys på menneskers opplevelser med å få og leve med en psykisk diagnose og å bringe denne kunnskapen videre for å bedre det psykiske helsearbeidet. Valg av teori ble derfor basert på et grunnlag som omhandler kritikk av hvordan en del av dagens hjelp kan virke inn på den som mottar den. Teorien til Skjervheim (1996) og Schibbye (2002) ble valgt fordi begge setter søkelyset på hvordan terapeuten gjennom sin opptreden og holdning kan gjøre møtet og dermed hjelpen verre eller bedre for klienten. Selv om begge definerer yrkesgruppe psykologer i sin teori, ser jeg en klar sammenheng mellom måten en psykolog og en psykisk helsearbeider eller andre innenfor det psykiske hjelpeapparatet møter mennesker som har en psykisk diagnose.

#### 3.1 Hans Skjervheim

Filosofen Hans Skjervheims forfatterskap er et av de mest innflytelsesrike og betydningsfulle i nyere nordisk og norsk filosofi. Han debuterte i 1957 med essayet ”Deltakar og tilskodar” (1996). I essayet beskriver Skjervheim en treleddet relasjon mellom den andre, meg og en mening, et problem eller et utsagn, som han kaller saksforholdet. Meg kan i en samtale møte den andre sier på tre måter. Han kan for det første delta og la seg engasjere i den andres problem. Han kan for det andre konstantere som et faktum det saksforholdet den andre refererer til. Det tredje alternativet er at meg lytter til lydene den andre produserer. Det er i dagliglivet snakk om alle tre holdningene på samme tid.

##### 1) Å delta og la seg engasjere

Ved å møte den andre på den første måten vil meg delta og la seg engasjere i den andres problem. Meg blir da et medsubjekt og deltaker med den andre. Å ta den andre alvorlig er det samme som å være villig til å ta hans meninger opp til ettertanke, eventuelt til diskusjon. Saksforholdet blir da noe meg og den andre deler.

##### 2) Å konstantere som et faktum

Ved å møte den andre på den andre måten vil meg konstantere som et faktum det saksforholdet den andre refererer til. Meg vil da ikke la seg engasjere eller bry seg om det, og blir en tilskuer i forhold til den andre. De deler ikke saksforholdet lengre. Dette kan skje i dagliglivet når vi oppfatter det den andre sier som svært urimelig. Det kan da være vanskelig å ta det den andre sier på alvor, og vi kan videre innordne det i en faktisk sammenheng, for eksempel til et kasus i en psykiatrisk forstand. I følge Skjervheim er psykologi vitenskaper om fakta og derfor blir menneskelige meninger der behandlet som fakta og objektivert. Han mener at den objektiverende måten å møte andre på også er en angrepsholdning. Man går til angrep på den andres frihet og skaffer seg et herredømme. Ved å

objektivere stiller man seg selv utenfor og blir den som selv skal være med å avgjøre hendelsenes gang. Når folk blir møtt på denne måten, vil de reagere med å innta en forsvarsholdning fordi de selv vil være den som kontrollerer. De objektiverer den andre tilbake. Skjervheim nevner spesielt at psykologer og sosiologer er en yrkesgruppe som møter klienter på en objektiverende måte.

Skjervheim fremhever at man ikke kan objektivere seg selv. Fordi man ikke kan objektivere seg selv, kan man heller ikke gjøre seg selv til et psykologisk kasus. Ved å prøve å se seg selv på denne måten, får man kun fatt i det som var, og ikke det som er aktuelt her og nå. Man gjør seg selv til en illusjon og man blir fremmed for seg selv.

### 3) Å lytte til lydene

Den siste måten å møte den andre på er å lytte til lydene den andre produserer. På denne måten gjør meg den andre til et rent fysikalsk objekt i sin verden.

Skjervheim mener at vi ikke kan velge å være engasjert fordi vi alt er med i verden og derfor allerede engasjert. Engasjement er en grunnstruktur i mennesket. Men vi kan velge hva vi vil la oss engasjere i, eller vi kan la andre velge for oss. Som eksempel på andre nevner han ”common sence”, ”skikk og bruk” eller ”man”. I forholdet mellom andre mennesker blir det da etikk og ikke de fysiske lovene som bestemmer våre handlinger.

## 3.2 Anne-Lise Løvlie Schibbye

Anne-Lise Løvlie Schibbye er utdannet psykolog. Hun har generert tenkning både innenfor og utenfor sine egne faggrensener. I 2002 utga hun boken *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie*. I boken tar hun opp sentrale temaer som menneskets evne til refleksjon, anerkjennelse, intersubjektive prosesser og en tanke om at vi er avhengige av andre for å bli autonome. Jeg har valgt å trekke ut deler av hennes teori som omhandler menneskesynet hun bygger teorien på. Disse delene inneholder Schibbyes tanker om hvordan terapeutens holdning til mennesket kan påvirke klientens værensgrunnlag med vekt på et subjekt – objekt syn og et subjekt – subjekt syn.

Dialektikk er en teori som betoner hvor vesentlig det er å se klienten innenfor en helhet og ikke utenfor en kontekst. Fordi mennesker eksisterer i en gjensidig og nær sammenheng med andre, påvirkes de av hverandre. Terapeutens holdning til mennesker vil mer eller mindre bevisst styre hvilket fokus hun har, noe som vil gjenspeile seg i hennes væremåte og opplevelse av klienten. Terapeutens holdning vil



derfor være helt vesentlig i psykoterapien. En holdning dannes ikke bare gjennom terapeutens integrering, men også gjennom et bakenforliggende syn på mennesket. Terapeuten må ha klargjort sitt grunnsyn ellers blir det utydelig hva hennes etiske ansvar er.

Schibbye bygger sin teori på et eksistensialistisk menneskesyn. For å tydeliggjøre hvordan forskjellige menneskesyn kan påvirke terapeutens holdning, utdyper Schibbye eksistensialismen og essenstanken.

### **3.2.1 Eksistensialismen**

Det faktum at vi fødes inn i verden, er til og eksisterer, er det sentrale i eksistensialismen. Å eksistere betyr å komme til syne, å tre fram. Ved å tre fram i verden blir vi synlige for oss selv som det spesielle individet hver enkelt er. Det vil si at vi først og fremst *er i verden*. *Hvem* vi er kommer etter dette faktum. I eksistensen ligger det en mulighet for å få tak i et væren grunnlag som kan vise oss hvem vi er, den autentiske indre opplevelsen. Får man tak i den, kan man få frihet til å bestemme hvem man vil være, en mulighet til å skape seg selv. Man kan reflektere over andres opplevelser og ha et reflektert forhold til de relasjonene man står i. Man får en selvrefleksivitet fordi man kan overskue konvensjoner, roller og predefinerte, automatiske ”sannheter”, og man kan bestemme om man vil avvise eller velge disse. For å virkeliggjøre vår egen essens, må værenssiden slippe til. Hvordan vi har det kan formidles gjennom stemninger, sansinger og sensasjoner i oss selv som kommer fra vår væren. Disse viser oss hvordan det står til med meg, hvor jeg befinner meg og hvordan jeg har det med meg selv. På denne måten kan man få viktig informasjon som kan bidra til å skape mening og forståelse om seg selv.

Å bli styrt av andres tanker eller behov er en følelse mange klienter formidler. For terapeuten er det nyttig å ha et perspektiv som ”kan lede oppmerksomheten mot mulighetene for at klienten ikke bare har psykologiske problemer, men har undertrykt sin eksistens” (Schibbye, 2002, s.24).

### **3.2.2 Essenstanken**

Vårt innhold viser til *hva* vi blir. Innholdet er det uopprinnelige, det som blir definert og det som er uegentlig. Essenstanken understreker at mennesket fødes inn i den ”ferdige” verden hvor det har en plass i en orden. Det vil si at hvert individs liv allerede er tilrettelagt, altså forutbestemt. Innholdet kommer utenfra hvor ytre definisjoner og ideer blir våre, ikke i våre egne valg og bestemmelse av hvem vi er. Andres definisjoner bli da vår definisjon av oss selv. Schibbye samler dette i et begrep som hun kaller for reifisering eller tingliggjøre (å gjøre til ting). Reifisere er et samlebegrep for det som kan observeres som et objekt og som kan bli styrt eller predikert dersom det er i bevegelse. Objekt definerer hun som noe som konkret kan studeres. Hvis man reifiserer, forstår man virkeligheten som oppdelt. Det

betyr at man vurderer andre utenfor konteksten, og ikke i forhold til hvordan andre oppfører seg sammen med oss. Dermed kan man glemme at andre mennesker ”fortolker verden basert på sine spesielle forutsetninger, sin sammenheng, ikke minst den strukturen vi bidrar med” (Schibbye, 2002, s. 31). Møter terapeuten klienten på denne måten er det stor fare for at klienten kan tape sin indre opplevelsessenter av syne.

For å tydeliggjøre eksistens og essens drøfter Schibbye to forutsetninger terapeuten kan møte den andre med. Eksistens (opplevelse) tydeliggjøres gjennom et subjekt – subjekt syn og essens (innhold) gjennom et subjekt – objekt syn.

### **3.2.3 Subjekt – subjekt syn**

Et subjekt – subjekt syn inneholder antagelser om at:

- 1) Hvert individ har en indre opplevelsesverden av tanker, følelser og meninger. Det har også sin egen fortolkning av sine syn, oppfatninger og verden. Hvis denne subjektive siden av mennesket ikke tas med, innebærer det at individet blir fratatt sin evne og rett til å ha et syn på seg selv. Et subjekt – subjekt syn innebærer at terapeuten leder fokuset til klientens opplevelsesverden.
- 2) Ingen individ kan forstås uavhengig av de relasjoner det står i til andre. Det er terapeutens oppgave å hele tiden ta hensyn til de forutsetninger han skaper for klientens handlinger og opplevelser.
- 3) Individet sosialiseres i samspill med andre og ikke bare utenfra og inn. To subjekter har en felles opplevelse som samtidig også er forskjellig (intersubjektivitet) (Schibbye, 2002, s.34).

Anerkjennelse er innebygget i et subjekt – subjekt forhold og innebærer at man har en evne til å sette seg inn i den andres subjektive opplevelse, ta den andres perspektiv. Schibbye bruker Kierkegaards syn på kjærlighet for å beskrive anerkjennelse: 1) Helbredelse ligger som en mulighet i dypet av individet selv. 2) Kjærlighet ligger skjult for oss alle, men kan lokkes frem og bygges opp (Kierkegaard, ref. i Schibbye, 2002, s.247). Kierkegaard understreker i følge Schibbye at for den enkelte er det subjektive det sanne og at alle har lik rett til sin egen opplevelse. Dermed er heller ikke all verdens empiri og teori om individet ”sant”.

### **3.2.4 Subjekt – objekt syn**

Et subjekt – objekt syn innehar noen forutsetninger og nedfeller seg i disse antagelsene:

- 1) Mennesket må kontrolleres.

- 2) Mennesket dannes og utvikles gjennom ytre påvirkning. Her kan det ligge en ide om at man kan frembringe ”riktig” atferd gjennom påvirkning ved få andre til å tenke, føle og handle på den ene eller andre måten.
- 3) Terapeuten er subjektet og klienten er objektet. Subjektet er den som vet, resonerer og handler og så videre. Objektet er den som svarer, lærer og mottar kunnskap fra subjektet (Schibbye, 2002, s.32).

Et objekt er noe som konkret kan studeres og styres utenfra uten egen refleksivitet. Klienten har en objektiv virkelighet som det er terapeutens oppgave å identifisere og tolke. Objektet kan da diagnostiseres, klassifiseres, predikes, med andre ord bli definert og satt en merkelapp på. Problemet kan bli liggende i objektet, og hele relasjonen utelates.

Schibbye framholder at diagnosesystemet har lite fokus på klientens opplevelser fordi det innebærer en utvendighet. Ved bruk av diagnoser er det ofte snakk om hva slags ytre trekk og egenskaper en klient har. Dette problematiseres sjeldent. Hun mener at det finnes reifisering i psykologiske og psykiatriske miljøer, og at det har en destruktiv innflytelse. Schibbye stiller spørsmål ved hvordan noen kan gjøre seg til ekspert over andres opplevelser. Når andre frarøver deg din egen opplevelse av verden, medfører det en stor smerte og en følelse av overgrep.

Schibbye understreker imidlertid at man ikke kan se bort fra at individet har en objektiv side. Men man må være klar over at man hele tiden observerer gjennom egne biller, og man må alltid rådføre seg med den andre angående ens egne oppfatninger om han eller henne.

### **3.3 Kort om sammenhengen mellom teoriene**

Begge teoriene bygger sine antagelser på at mennesket ikke står alene, men eksisterer i en sammenheng med andre mennesker og derfor blir påvirket av hverandre. Teoriene har fokus på hvordan mennesker kan objektivere andre mennesker gjennom sin måte å møte dem på, og relaterer dette til møtet mellom terapeut og klient. Både Skjervheim (1996) og Schibbye (2002) er kritiske til måten terapeuten tradisjonelt har møtt klienten på i en ekspertrolle. Slik jeg oppfatter det er Schibbye (2002) i sin fremstilling mer detaljert enn det Skjervheim (1996) er i sin teori. Gjennom å utype og nyansere bakgrunnen for og bruk av sin teori viser hun mer konkret sine tanker. Skjervheim (1996) skriver med bakgrunn i sin utdanning som filosof, mens Schibbye (2002) gjør det på bakgrunn av sin utdannelse

som psykolog, og teorien hun har skrevet er ment for helsepersonell. Slik jeg ser det utdyper teoriene hverandre og tydeliggjør begrepet objektivisering.

## **4.0 METODE**

### **4.1 Valg av metode**

Kvale og Brinkmann (2010) beskriver metode som ”veien til målet” (s.199). Kvantitative og kvalitative metoder kan belyse ulik kunnskap om samme fenomen (Aase og Fossåskaret, 2010). Mens kvantitative metoder er opptatt av spørsmålet ”hvordan mye av en slags”, har kvalitative metoder fokus på ”hva slags”. Problemstillingen og hvilke forskningsspørsmål som stilles i studien, avgjør valg av metode (Kvale og Brinkmann, 2010). I denne studien ble det spurt etter hva slags opplevelser deltakerne forbandt med å få og leve med en psykisk diagnose. Det ble derfor naturlig å bruke en kvalitativ metode. Ved valg av en kvantitativ metode kunne studien for eksempel målt hvor mange deltakere som synes at bruk av diagnose er nyttig. Intervjuene er gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide og analysert gjennom systemisk tekstkondensering.

### **4.2 Valg av deltakere**

Kriteriet for å være med i studien var at personene som ble intervjuet hadde tanker og meninger rundt temaet, og at de hadde hatt diagnosen i 5 år eller mer. Også personer som tidligere har hatt en diagnose i mer enn 5 år, men som nå var uten diagnose, kunne delta. Et etisk prinsipp i forskning er at risiko for skade bør være lavest mulig. Tanken min var at mennesker som har hatt diagnosen en tid er mindre sårbare i forhold til temaet enn mennesker som nylig har fått en diagnose. Jeg valgte å ikke legge vekt på hvilken diagnose deltakerne hadde. Heller ikke alder eller kjønn var relevant. Min intensjon har ikke vært å sammenligne ulike kategorier, men å få fram deltakernes livsverden. I første omgang henvendte jeg meg derfor til Mental Helse per telefon og e-post hvor også informasjonsskrivet ble sendt. Mitt utgangspunkt for å henvende meg til dem var en tanke om at mennesker som er med i Mental Helse er interessert i og vet noe om hvordan det oppleves å få og leve med en psykisk diagnose. Lederen presenterte studien for de han mente kunne være aktuelle deltakere, men ingen ønsket å delta. Etter tips fra Mental Helse tok jeg kontakt med et dagtilbud per e-post og telefon og sendte informasjonsskrivet (vedlegg 3). De ansatte på dagtilbudet tok opp temaet for studien på et allmøte. Slik jeg forstod det ble flere engasjerte i temaet. Noen dager senere fikk jeg komme og presentere studien. 3 deltakere meldte seg umiddelbart, og 1 tok senere kontakt på telefon.

### 4.3 Intervju

I kvalitativ forskning er kvalitative intervju en metode som egner seg til å samle inn data om menneskers opplevelse for å *”forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv”* (Kvale og Brinkmann, 2010, s. 43). Det finnes flere måter å intervju på. I denne studien ble det benyttet semistrukturert livsverdenintervju. Semistrukturert betyr at intervjuet verken er preget av lukkede spørsmål eller er en helt åpen samtale (Kvale og Brinkmann, 2010). I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide basert på forskningsspørsmålet (vedlegg 1). Guiden inneholdt spørsmål som var relevante for temaet og var ment som forslag og oversikt over hva jeg ønsket svar på. Etter første intervju undret jeg meg over om jeg stilte for lukkede spørsmål. Jeg endret derfor første spørsmål fra ”når fikk du din første diagnose?” til ”fortell om da du fikk din første diagnose” slik at svarene kunne bli mer åpne. Rekkefølgen på spørsmålene ble også endret for at jeg for min egen del kunne få et tydeligere system etter hvilket tema som ble tatt opp. Ett spørsmål som omhandlet hva deltakerne følte da de fikk diagnosen ble lagt til (vedlegg 2). Hvert intervju var forskjellig i den forstand at jeg ikke stilte spørsmålene i samme rekkefølge under hvert intervju, men fulgte svarene, historiene og rytmen til hver enkelt deltaker. En kan stille spørsmål ved om endringen av intervjuguiden påvirket studien nevneverdig. Min intensjon ved å endre den var å åpne opp for mer kunnskap. Slik jeg ser det styrket endringene muligheten for et åpnere intervju og dermed mer kunnskap i samspill med deltakerne.

Et kvalitativt intervju kan sees på som en samtale mellom to personer om et tema som begge er opptatt av, og hvor kunnskapen om temaet skapes i samspill mellom intervjueren og den som intervjues (Kvale og Brinkmann, 2010). For at slike samtaler skulle la seg gjennomføre, var det viktig for meg at deltakerne opplevde seg trygge i intervjusituasjonen, og at de opplevde at jeg møtte dem åpent og ærlig uten fordommer. Slik jeg ser det er hvert menneske ekspert på sine opplevelser. Jeg som forsker var der for å lære noe om dette. Deltakerne valgte selv hvor og når intervjuet skulle finne sted. Alle valgte å legge intervjuet til dagsenteret, hvor det var egne rom vi kunne disponere. Dette gjorde at jeg kom som gjest til et sted hvor deltakerne var kjent, noe jeg tenkte kunne være med på å skape trygghet for deltakerne. Tre av deltakerne hadde hilst på og snakket med meg da jeg var der for å presentere prosjektet. Før intervjuene startet fikk vi anledning til å småsnakke på vei opp til rommet hvor intervjuene skulle foregå. Før lydopptakeren ble slått på, fikk deltakerne informasjon om studien og deres rettigheter som deltaker. De fikk også anledning til å spørre hvis det var noe de lurte på eller var usikre på. Alle ble spurt om de ønsket å lese gjennom intervjuguiden før intervjuet begynte. To av deltakerne valgte å gjøre det.

Intervjuene foregikk over en periode på ca to uker. De varte fra i underkant av en time til litt over en time. Alle intervjuene ble tatt opp. En av deltakerne var ikke helt komfortabel med opptakeren fra starten av. Jeg tolket det som om hun synes det var greit at den var der da jeg hadde presisert at det kun var meg som skulle høre opptaket, og at det ble slettet når intervjuet var transkribert. Underveis opplevde jeg en forskjell i hvor mye deltakerne ønsket å formidle. Det var viktig for meg å respektere den enkeltes grense og ikke presse dem til å fortelle mer enn de ønsket. Derfor ble ikke spørsmål deltakerne gav utrykk for at de ikke ønsket å svare mer utfyllende på, fulgt opp. Under ett av intervjuene svarte deltakeren med korte svar, og jeg fikk mer brukt for intervjuguiden enn jeg gjorde under de andre intervjuene. Ett annet intervju var preget av at deltakeren hadde en historie som var viktig for henne å få formidlet videre. Jeg valgte å høre hele historien hennes uten å avbryte med for mye spørsmål. Deltakernes opplevelser sto i sentrum og de var målet med studien. Under de to andre intervjuene ble spørsmålene fra intervjuguiden stilt ved at jeg fulgte det deltakerne formidlet og stilte spørsmålene der de passet. Ofte svarte deltakerne på spørsmålene fra intervjuguiden uten at jeg konkret hadde spurt. Under alle intervjuene ble innholdet av det som ble fortalt gitt tilbake av meg i form av en oppsummering på slutten av hvert intervju. Underveis i intervjuene benyttet jeg meg av muligheten til å spørre om det jeg oppfattet stemte med det de formidlet. Til sammen var dette med på å sikre at jeg hadde forstått deltakerne riktig.

Etter at opptakeren ble slått av, ble hver enkelt deltaker spurt om hvordan de opplevde intervjuet og om de hadde noen spørsmål. Alle ble tilbudt å lese transkriberingen av intervjuene. En deltaker ønsket dette. Jeg fikk tilbakemelding på at det var to årstall som var feil, samt presisering av en hendelse. Senere sendte deltakeren meg et brev hvor hun gav samme opplysninger og utdypet tanker hun hadde gjort seg under intervjuet. En deltaker gav meg en klem da intervjuet var ferdig. Alle deltakerne skrev under på at jeg kunne ta kontakt med dem hvis det var noe mer jeg ønsket å spørre om. Ingen av deltakeren har trukket seg fra studien i etterkant. Dette samt tilbakemeldingene jeg fikk fra de andre deltakerne, tolket jeg som om at alle følte de hadde fått formidlet det de ønsket, at de var trygge under intervjuet, fornøyde med hvordan det var blitt utført og hvordan jeg hadde møtt dem som menneske. Jeg sitter igjen med ydmykhet og respekt for deltakernes vilje og evne til å formidle deres opplevelser til meg, og jeg er takknemlig for at de ønsket å bli med i studien.

#### **4.4 Analyse av intervjuene**

Det finnes mange måter å analysere intervjuene på. Ofte kan det være nyttig å bruke en vei som allerede er tråkket opp. Jeg har valgt å bruke systemisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgis

fenomenologiske analyse, og modifisert av Malterud (2003). Formålet med den fenomenologiske analysen er å ”utvikle kunnskap om informantenes livsverden innen et bestemt felt” (Malterud, 2003, s. 99). I denne studien vil det si å søke kunnskap om hvordan deltakerne opplevde å få en psykisk diagnose. For å få det til, var det av betydning at jeg som forsker forsøkte å sette mine egne forutsetninger i parentes. Det var deltakernes stemme som skulle fram, ikke min egen.

Analysen ble gjennomført i fire trinn:

- 1) Lese gjennom i et fugleperspektiv for å få et helhetsinntrykk:

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende og kort tid etter at hvert intervju var gjennomført. Fordi intervjuene ble tatt opp på lydbånd, følte jeg meg friere og mer konsentrert under samtalen enn om jeg hadde valgt å ta notater underveis. Under transkripsjonen skrev jeg ned alle ord, lyder og setninger så nøyaktig som mulig. To ganger slo jeg på båndopptakeren igjen etter at intervjuet ble ansett som ferdig fordi deltakeren kom med opplysninger som jeg oppfattet som viktige å få med.

Under intervjuene gjorde jeg meg allerede noen tanker om hvilke temaer som kunne bli aktuelle å løfte fram. Under første trinn av analysen forsøkte jeg å legge vekk disse tankene slik at de ikke skulle påvirke mitt helhetsinntrykk i gjennomlesingen av intervjuene. Hvert enkelt intervju ble gjennomgått slik at jeg skulle bli kjent med innholdet og få et inntrykk av hvilke temaer deltakerne trakk fram som de viktigste. Jeg satt igjen med et hovedinntrykk av at det var 6 temaer som fremhevet seg. Hvert tema fikk en foreløpig hovedoverskrift. Disse var kun ment som en veileder for min egen del og skulle ikke dekke det fullstendige innholdet i temaene. De 6 temaene var: 1) Å ikke få diagnosen tydelig presentert. 2) Å ikke forstå hva diagnosen betyr. 3) Å ikke være opptatt av hvilken diagnose du har. 4) Opplevelse av seg selv i forhold til diagnosen. 5) Hvordan familie og venner ser på deg. 6) Helsepersonell som er opptatt eller ikke opptatt av diagnosen.

- 2) Identifiserer meningsbærende elementer ved å sortere og kode den delen av teksten som kan belyse problemstillingen og som har sammenheng med temaene fra første punkt.

Hvert intervju ble lest gjennom på nytt. De delene av teksten som sa noe om temaene fra forrige punkt ble klippet ut og satt inn i et nytt dokument under hvert av de seks temaene. Delene fra teksten som falt utenfor temaene ble lagt bort. Utsagnene var på dette stadiet fremdeles knyttet til hver enkelt deltaker. Alle småord som ”ehmm” og ”mmm” ble tatt bort. Da all tekst var kodet og sortert hadde jeg fremdeles



mange sider med tekst, og noen av tekstbitene passet flere av temaene. Disse ble gjennomgått på nytt. Noen tekst biter ble delt opp og plassert i forskjellige temaer.

- 3) Omskrive det konkrete innholdet i de meningsbærende elementene til abstrakt mening for å få fram visse temaer. Materialet sorteres i tilsvarende subgrupper.

Hver bit av teksten ble omskrevet til et mindre muntlig språk. Samtidig ble tekstene som hadde samme innhold skrevet sammen. Ingen av tekstene fortalte nå hvem som hadde sagt hva og var fremdeles sortert under samme tema. Sitater som jeg mente kunne bli satt inn i den ferdige analysedelen for å nyansere bildet ble beholdt. Ett par av temaene fikk subgrupper som ble sortert. Dette gjorde at jeg lettere kunne danne meg et bilde av hva deltakerne hadde sagt under hvert tema og hva som var viktig å få med. Teksten ble på denne måten fortettet fra 57 sider ned til 15 sider.

- 4) Bitene settes sammen igjen og legger grunnlag for nye begreper og beskrivelser for å sammenfatte betydningen. Forskeren gjennomgår resultatene for å se om de gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de er hentet ut fra.

Hvert tema ble gjennomgått og hver tekst bit ble satt sammen igjen under hvert tema. En del fra et tema ble satt sammen med et annet tema da jeg så at disse to inneholdt elementer som sa noe om det samme. Ingen temaer ble tatt bort, men alle skiftet navn slik at overskriften sammenfattet hva hvert enkelt tema inneholdt. Overskriftene på temaene ble da: 1) Følelsene ved å ikke få diagnosen tydelig presentert. 2) Usikkerhet ved å ikke forstå hva diagnosen betyr. 3) Diagnosen er ikke viktig. ”Poenget er at jeg er syk og trenger hjelp”. 4) Diagnosen omfavner ikke alt - å være mer enn diagnosen. 5) Doble reaksjoner fra familie og venner. Og 6) ”Se meg som et menneske, ikke en diagnose!” – opplevelser i møte med helsepersonell.

I analyseprosessen har jeg flere ganger gått tilbake til den originale transkriberingen for å være sikker på at teksten jeg hadde tatt ut ikke ble satt i en annen sammenheng enn den var fortalt i. Til slutt gikk jeg gjennom alle intervjuene i sin helhet for å se om beskrivelsen jeg hadde gitt av dem stemte med det deltakerne hadde sagt. Dette er i tråd med den hermeneutiske sirkelen hvor en kontinuerlig frem- og tilbake prosess mellom deler og helhet er et viktig prinsipp (Kvale og Brinkmann, 2010).

## **5.0 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER**

For å kunne si at studien er etisk forsvarlig, er ivaretagelsen av deltakerne en forutsetning (Kvale og Brinkmann, 2010). Studiens tema krevde at det ble sendt en søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK godkjente studien under forutsetning av at deltakerne som ble inkludert i studien var samtykkekompetente. Videre la de vekt på at det å bli intervjuet om opplevelser knyttet til å få og leve med en psykisk diagnose kan åpne opp for uro og reaksjoner. For at studien kunne bli gjennomført forutsatte komiteen at en beredskap som kan formidle helsehjelp ved behov hos deltakerne var på plass (vedlegg 5).

I det videre vil de forskningsetiske overveielser i studien bli presentert. Kvale og Brinkmann (2010) identifiserer fire sentrale allmenne etiske retningslinjer (problemområder) som forskeren bør forholde seg til og reflektere over gjennom hele intervjuet. Områdene omhandler etiske vurderinger i forhold til informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser av undersøkelsen og forskerens rolle. Disse er utgangspunkt for dette kapittelet.

### **5.1 Informert samtykke**

Informert samtykke vil si at forskeren informerer deltakerne om studiens formål og hovedtrekk, mulige risikoer og fordeler ved å delta, deltakernes rett til fortrolighet og hvem som har tilgang til hele eller deler av intervjuet. Forskeren skal sikre seg at deltakerne har forstått at de deltar frivillig og at de har rett til når som helst og uten grunn å trekke seg fra studien (Kvale og Brinkmann, 2010).

Studios tema ble presentert første gang av ansatte på dagtilbudet dagen før jeg skulle komme. For å sikre meg at deltakerne hadde forstått hva informert samtykke vil si, valgte jeg å gi informasjonen på flere måter og flere ganger. Under presentasjonen fikk deltakerne både muntlig og skriftlig informasjon om informert samtykke i form av et informasjonsskriv (vedlegg 3). Hvert intervju ble innledet med samme informasjon til hver enkelt. Etter hvert intervju spurte jeg om det var noe de lurte på angående studien. Hver deltaker skrev under på en samtykkeerklæring (vedlegg 4). I denne erklæringen hadde jeg spurt om det var anledning for meg å kontakte deltakerne igjen per telefon hvis det var mer jeg lurte på. Dette benyttet jeg meg ikke av fordi jeg anså at jeg hadde fått den kunnskapen jeg trengte i henhold til studiens tema. Alle deltakerne fikk oppgitt mitt telefonnummer og e-post adresse og tilbud om å ta kontakt hvis det var noe som var uklart for dem. Ingen av deltakerne har valgt å trekke seg fra studien.

Deltakerne har rett til innsyn i informasjonen de gir meg. Som tidligere beskrevet i metodekapittelet, ble alle deltakerne ble spurt om de ønsket å se intervjuguiden før intervjuene startet. To stykker valgte dette. De ble også tilbudt å lese transkriberingen av intervjuene. En valgt å gjøre det. Alle deltakerne ønsker å lese studien når den er godkjent.

## **5.2 Fortrolighet**

Deltakerne skal ikke kunne identifiseres, det vil si at privat data som kan identifisere deltakerne ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2010). Alle de fire intervjuene ble tatt opp. Det var kun meg som hadde tilgang til opptakene, og jeg foretok transkriberingen selv. Etter at hvert intervju var transkribert, ble opptaket slettet. Under transkriberingen av intervjuene ble alle navn, steder og personopplysninger som kunne bli knyttet til deltakerne fjernet. I presentasjonen av analysedelen i studien er det ikke oppgitt hvem som har sagt hva, og alle uttalelser er blandet og satt sammen igjen. Veileder har hatt tilgang til transkripsjonene. Dette ble deltakerne opplyst om og alle godtok det. Hvert intervju ble utført på tomannshånd. Det vil si at det kun er den enkelte som kan kjenne igjen det som er blitt sagt. Samtykkeerklæringene hvor navnet til deltakerne står ble oppbevart innelåst på veileders kontor, og makulert da oppgaven var ferdig.

## **5.3 Konsekvenser**

Risikoen for skade for den som deltar i studier bør være minst mulig (Kvale og Brinkmann, 2010). Å bli intervjuet om opplevelser knyttet til å få en psykisk diagnose kan sette i gang tanker, følelser og refleksjoner hos deltakerne som kan være vonde å forholde seg til. Samtidig kan nye tanker og følelser dukke opp. Min rolle som forsker i studien må ikke forveksles med rollen som fagperson i psykisk helse. Derfor ble min kontaktperson på dagtilbudet informert om mulige konsekvenser deltakerne kunne oppleve, og bedt om å følge dette opp hvis det skulle dukke opp behov som tilsa det. Alle deltakerne fikk samme informasjon. Min opplevelse var at deltakerne selv var bevisst på mulige konsekvenser. Alle sa at de selv ville ta kontakt med personalet på dagtilbudet hvis de trengte det.

Jeg møtte fire mennesker som var engasjerte i temaet og opptatt av å få formidlet sine opplevelser videre. Min vurdering er at alle fire fikk satt ord på sine opplevelser og at deltakelsen i studien var til mer nytte enn skade for hver enkelt.

## 5.4 Min rolle som forsker

I kvalitativ forskning vil alltid forskeren påvirke prosjektet. Spørsmålet er på hvilken måte han eller hun gjør det (Malterud, 2003). At jeg kan identifisere min egen rolle som forsker og min forforståelse vil kunne gjøre at jeg blir mer bevisst mine egne refleksjoner, meninger og fordommer i tilknytning til temaet. Dette er med på å gjøre meg mer bevisst på hvilken måte jeg har påvirket studien.

Når mennesker møtes vil hver enkelt ha forskjellige forståelseshorisonter. Jeg som forsker vil ha en annen forståelse av temaet enn hver enkelt deltaker har (Nåden og Braute, 1992). Min kunnskap, erfaringer og oppfatninger som jeg har opparbeidet meg gjennom livet, vil være med på å forme min forforståelse av temaet, påvirke valg av tema og hvordan studien har blitt gjennomført. Jeg er utdannet sykepleier og har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tidligere har jeg jobbet både innenfor psykisk helsearbeid og på medisinske avdelinger. I min utdanning er et helhetsbilde av mennesket sentralt, noe som åpner opp for å se mennesker fra flere perspektiver og se at et menneskets liv består av flere sannheter. En holdning om at vi alle har en psykisk helse som varierer i større eller mindre grad i løpet av livet er også med på å forme og prege meg.

I løpet av livet har jeg fått en egen erfaring med å få en psykisk diagnose, både hos meg selv og hos mennesker som står meg nær. En "livskrise" ble diagnostisert som depresjon. En av mine nærmeste fikk en tentativ asberger diagnose. I møte med helsepersonell har jeg tenkt at de hver gang har hatt gode intensjoner i sitt forsøk på å hjelpe oss. Likevel har jeg hatt behov for å protestere på det de har sagt og ment. Ved begge anledningene og i etterkant har jeg undret meg over hvordan mennesker jeg knapt kjenner kunne fortelle meg og mine nærmeste hva vi feilte, hvorfor vi feilte det, hvorfor vi handlet som vi gjorde og hva vi burde ha gjort for få det bedre. Dette har gjort at jeg stiller spørsmålstegn ved bruken av diagnoser. Gjør en diagnostisering av et menneske at vi glemmer å se etter hvem han eller hun egentlig er?

Faren ved å forske på noe man selv har opplevd kan være at egne erfaringer og opplevelser kan skinne igjennom under intervjuet og påvirke deltakerne i retning av egne opplevelser. Det kan også ligge en fare i form av at forskeren kan identifisere seg med den intervjuede og at prosjektet kan bli fortolket og rapportert fra den intervjuedes ståsted. Jeg har under hele prosessen vært bevisst på å reflektere over mine egne holdninger og erfaringer slik at det ble et tydelig skille mellom mine og deltakernes opplevelser. Under intervjuet var målet å få frem deltakernes opplevelser. For å få dette til var spørsmålene jeg stilte nøytrale i den form at de ikke var ledende. Under et av intervjuene opplevde jeg at spørsmålet jeg stilte ble for utydelig og til en viss grad ledende. Det kunne nok komme av min iver og

interesse for akkurat det vi snakket om, og at jeg fikk en tanke jeg ønsket svar på i samme retning som jeg selv tenkte. Deltakeren fikk da opplyst om at dette spørsmålet ble for utydelig og preget av for mange tanker. Spørsmålet ble stilt på nytt, denne gangen som et åpent og tydelig spørsmål.

En annen utfordring jeg var bevisst på før intervjuene startet, var at jeg møtte deltakerne som forsker og ikke som sykepleier. Samtidig presenterte jeg meg som en sykepleier som skulle gjøre en studie. Det var en fare for rolleforvirring. Var jeg der som sykepleier eller som forsker? Og hva er forskjellen? Før hvert intervju startet valgte jeg derfor å presisere min rolle for deltakerne. Under intervjuene var jeg på om jeg bevegde meg over grensen mot en hjelperrolle. Jeg ønsket å møte hver deltaker med nærhet, respekt og innlevelse, men samtidig ha en nødvendig avstand. Jeg har vært klar over maktspektet som ligger i en forskerrolle. I følge Kvale og Brinkmann (2010) vil det alltid være en skjev maktfordeling i en intervjusituasjon. Forskeren er den som har bestemt tema, spørsmålene og den som velger hvilke spørsmål som blir fulgt opp. Det var derfor avgjørende for meg at deltakerne skulle føle seg trygge under intervjuet og oppleve at jeg søkte å lære noe om temaet sammen med dem. Det opplevdes tillitskapende at jeg som fagperson kunne noe om temaet samtidig som jeg var tydelig på at jeg var der for å få mer kunnskap, og at denne kunnskapen blir løftet fram og formidlet videre. Jeg tenkte også på at deltakerne fortalte meg om opplevelser som jeg ikke selv hadde erfart. Det kan ha gjort at jeg fikk andre svar enn jeg kanskje hadde fått hvis jeg hadde lignende erfaringer.

## 6.0 PRESENTASJON AV FUNNENE

Problemstillingen i studien er hvilke opplevelser deltakerne har med å få og leve med en psykisk diagnose. Analysen av de fire intervjuene fremhevet seks temaer. Det første temaet er knyttet til opplevelser ved å ikke få diagnosen tydelig presentert. Den andre beskriver en opplevelse av usikkerhet fordi mange av deltakerne ikke forstod hva diagnosen egentlig betydde, mens det tredje temaet handler om en opplevelse av likegyldighet når det gjaldt hvilken diagnose de hadde. Det fjerde temaet er at diagnosen ikke omfavnet alt, og det femte temaet beskriver de forskjellige opplevelsene de hadde i forhold til hvordan venner og familie reagerte på diagnosen. Det siste temaet er knyttet til opplevelser i møte med helsepersonell. Jeg har valgt å bruke ordet deltakere på de som var med i studien fordi i en kvalitativ studie blir kunnskapen skapt sammen med den som intervjuer og de som lar seg intervju. Slik jeg ser det er de aktive deltakere i studien.

### 6.1 Følelsene ved å ikke få diagnosen tydelig presentert

Intervjuet ble åpnet med et spørsmål som ba deltakerne om å fortelle om da de fikk diagnosen. Flere av deltakerne hadde ikke fått rede på sin siste diagnose i et formelt møte med sin behandler. De hadde forskjellige følelser knyttet til dette. En av deltakerne hadde opplevd å tro at hun visste hvilken diagnose hun hadde, men ved å lese gjennom journalen sin flere år senere oppdaget hun at det var satt en annen diagnose på henne som hun ikke hadde fått beskjed om. Hun reagerte med sinne: ”Jeg ble så sinna på han som hadde skrevet den. Han kunne for søren ha informert meg da, selv om jeg ikke hadde fått det med meg så kunne han godt ha informert.” Hun fortalte om en følelse av uverdighet og å føle seg så liten at du bare forsvinner inn i et system:

Gi gjerne beskjed når du endrer diagnose eller setter diagnose, for det er klart når en i ettertid går inn og ser så er det jo.. herregud, ja litt sånn uverdigg. For du blir så liten, de har ikke giddet å informere om hva det feiler deg engang, ikke sant, du blir så liten at du bare forsvinner inn i et system. Ja, det er liksom ikke noe vits i å informere meg om diagnoseendringen.. det betyr ikke noe, for jeg er inne i bobla uansett og jeg kommer ikke ut av den bobla..

En annen deltager visste ikke sikkert hvilken diagnose hun har nå. Hun har hatt flere diagnoser, og i begynnelsen spurte hun etter den fordi hun var nysgjerrig på den. Nå har hun valgt å ikke spørre etter den fordi hun opplever den som ikke viktig og interessant. Hun omtalte diagnosen som en merkelapp og fortalte at da hun tidligere har fått vite diagnosen sin hadde hun ikke opplevd det som positivt: ”(...) jeg var litt sur på den derre diagnosen. Jeg var veldig uselvstendig da, så de mente at jeg var litt umoden, og det synes jeg ikke var noe gøy å høre.”

En av deltagerne synes ikke det gjorde noe å få høre hvilken diagnose som var satt på han. Han fikk tilfeldigvis rede på hvilken diagnose han hadde i et uformelt møte med behandleren. Deltageren opplevde det å få vite diagnosen sin som en betryggelse og at det var godt å få et navn på hva som feilte han. Det gav han et inntrykk av alvoret i saken, at det var noe stort og alvorlig som han måtte gripe fatt i. Han sier at ordet som ble brukt om det han strevde med ikke var viktig for verken han eller behandleren, men poenget at han hadde blitt psykotisk så mange ganger at det måtte settes et navn på det.

## **6.2 Usikkerhet ved å ikke forstå hva diagnosen betyr**

Flere av deltagerne var usikre på hva diagnosen egentlig betydde. De hadde lest om den selv og blitt forklart hva den betyr, men klarte ikke å få ordentlig tak i den. En av deltagerne, som hadde fått en schizofreni diagnose, utrykte det slik:

Jeg vet egentlig ikke hva schizofreni er for noe. Det er noe spalting de snakker om, men jeg har aldri fått tak i liksom hva schizofreni er for noe. Ja, jeg har lest litt om det, men føler ikke at det.. føler ikke at jeg forstår det, liksom.

Å ikke forstå hva diagnosen betyr kunne føre til mange tanker om hvordan den kunne passe inn i deres sykdomsbilde. Diagnosen ble av noen opplevd som dobbel og de hadde et dobbelt forhold til den. ”Men jeg likte ikke akkurat den schizofrenidiagnosen, for den er såpass dobbel, og jeg har et dobbelt forhold til den. På den ene siden passer den og på den andre siden ikke.” Flere av deltakerne lette etter en forklaring på hvorfor de var blitt syke, om symptomene stemte på dem eller ikke og om de fremdeles var syke:

Det er en bit av schizofrenien å være isolert, men jeg føler ikke jeg har vært der, for jeg har alltid vært veldig sosial av meg og vært avhengig av folk rundt meg da, men jeg tenker på alle disse her synene jeg hadde, stemmene som var der, alle plagene jeg hadde. På en måte så kan det passe inn, men så er det så mye annet som ikke stemmer overens med schizofrenidiagnosen da.. Og liksom lurte på, hvor schizofren er jeg egentlig?

En av deltagerne hadde landet på at det var miljøet som hadde gjort henne syk, men hadde blitt usikker på om det stemte fordi flere psykiatere og psykologer i etterkant av 22. juli hadde sagt at schizofreni er genetisk. Hun hadde latt seg bli testet hos en psykolog for se om hun fremdeles var syk, og ventet nå på å ta en gentest. For henne blir gentesten beviset på om hun er frisk eller syk, selv om hun nå ikke kjente

på noen av symptomene som er beskrevet om diagnosen. En annen sa at han forsket på seg selv for å forstå om det var miljøet eller en disposisjon i hjernen som gjorde at han ble syk. For ham var det viktig å få fram at det var en liten dose medisiner som holdt han frisk, noe som kunne tyde på at det ikke var miljøet som hadde gjort han syk. Han sier:

Som sagt at det er vanskelig å vurdere det, hvor store problemene har vært. For jeg kan jo ikke sammenligne meg med andre mennesker. Så uavhengig av det og hvordan det faller ut da, så er den fysiske siden i mitt tilfelle – de eksperimentene som er foretatt i mitt personlige laboratorium - de er utvedydige og viser at de medisinene er utrolige viktige altså, eller helt eksistensielle da.

En deltaker hadde blitt fortalt om diagnosen, men opplevde likevel ikke å ha nok kunnskap om den til å kunne si om det var symptomer ved den som ikke kunne passet. Hun hadde landet på at hun trodde diagnosen kunne stemme, men var ikke så opptatt av den.

### **6.3 Diagnosen er ikke viktig. ”Poenget er at jeg er syk og trenger hjelp”**

De fleste deltakerne fortalte om en følelse av likegyldighet når det kom til hvilken diagnose de hadde mens de var innlagt. Det var ikke viktig for dem hvilken diagnose som ble satt på dem og det betydde ikke noe til eller fra. Poenget var at de var syke og trengte hjelp. En deltaker fortalte at hun ikke tenkte over hvilken diagnose hun hadde da hun var innlagt:

For i min verden så var det bare sånn. Det var liksom alle de andre som var litt speiset, de så jo ikke, hørte ikke det jeg gjorde.. Dette er min verden, dette er sånn som jeg har det, det er ikke noe diagnose en gang, snakker ikke diagnose.

En annen sa at hun var for syk til å bry seg om hvilken diagnose hun hadde og at det var det samme for henne hvilken diagnose det var. Poenget for henne var at hun var syk og trengte hjelp: ”Det eneste du har lyst til er å hoppe i havet. Det er det samme for deg. Poenget er at du skal få hjelp til å slutte å hoppe i havet.”

En av deltakerne hadde fått beskjed om diagnosen sin siste gang han var syk. Hvilket ord som ble brukt på sykdommen hans var for ham det samme. For han gav diagnosen et inntrykk av alvoret i en situasjon han selv mente var alvorlig, og bekreftet på denne måten hans egne tanker om det som plaget ham. Han fortalte:



Diagnosen kan godt være der men den kan godt la være å være der. Det har liksom.. Diagnose er uavhengig av dette spørsmålet om jeg får en diagnose eller ikke. Jeg føler det litt sånn, men som sagt så var det greit akkurat der og da, så var det greit å få et ord på det.

Noen av deltakerne hadde i etterkant av innleggelsene tenkt at diagnose for dem ikke er viktig og at de ikke er opptatt av den. En av deltakerne gjorde seg refleksjoner over på hvilke arenaer diagnosen kan være viktig for henne. Det å få en diagnose ble for henne tvetydig. På den ene siden fortalte hun at diagnose ikke betyr noe når du er syk, mens på den andre siden betyr den noe når det kommer til å få tips om hva du skal gjøre for å forebygge og hva du kan gjøre rent praktisk, sånn for eksempel i forhold til NAV:

For på en side er det viktig med diagnoser for å få vite hvilke.. hva man kan gjøre sånn rent praktisk, sånn i forhold til NAV systemet. Så sånn sette er jo diagnose viktig. Og kanskje da sånn litt forebyggende, ha øynene oppe.. men jeg vet ikke om det har noe med diagnosen å gjøre... Men det handler om å se mennesket, se mennesket, å kunne se når det begynner å bli dårlig. Sette i gang ett eller annet i tidlig fase.

#### **6.4 Diagnosen omfavner ikke alt – å være mer enn en diagnose**

Deltakerne var opptatt av opplevelsen av å være noe mer enn eller noe annet enn diagnosen. De fleste av deltakerne opplevde ikke at diagnosen hadde noe særlig betydning for hvordan de så på seg selv som menneske. Å få en diagnose hadde ikke endret deres opplevelse av hvem de var. Samtidig kjente flere igjen noen av symptomene i diagnosen som passet. Diagnosen beskrev noe som er riktig, men det er mye den ikke beskriver. Den omfavner ikke alt.

Deltakerne er enige om at en diagnose ikke sier noe om dem som enkeltmenneske. Et eksempel er deltakeren som fortalte om da hun var syk gikk hun ute om nettene. For henne var ikke dette et symptom på hennes diagnose, men det at hun var redd på nettene.

Eller om at jeg var ute og gikk på nettene og sov om dagen, for eksempel. Det har jo ikke noe med diagnosen å gjøre. Det har jo noe med min person å gjøre, ikke noe med diagnosen å gjøre.

En annen deltaker fortalte om nytten av å snakke om sin egen problematikk i andre ord enn diagnoser. For ham er diagnoser et fellesuttrykk som forutsetter at det er en likhet og noe som forskerne kan plassere i forskjellige grupper, men den sier ikke noe om den enkelte person. Han forklarte det sånn at for ham er det å bli psykotisk et felles symptom, men at det for den enkelte er en individuell problematikk som fører til psykosen og ikke en problematikk som er felles for alle. Han poengterte at

diagnose er ikke sannheten om et menneske, at mennesket er mer enn diagnosen. Han mente at en må ta diagnosen for det den er og ikke legge all verdens i det, og ikke ta det ordet som er satt på deg så alvorlig.

En deltaker etterlyste en mer nyansering av mennesket. Selv om hun ble veldig lei seg over noen dager, betydde det ikke at hun hadde en depresjon.

Jeg blir så irritert altså. Går det ikke an å være lei seg, går det ikke an å være glad uten å være høy, går det ikke an.. Kan vi ikke begynne å nyansere det litt mer? Man kan ha sorg uten å gå inn i en dyp depresjon.

## **6.5 Doble reaksjoner fra familie og venner**

Deltakerne fortalte om forskjellige reaksjoner fra familie og venner. Både støtte og forståelse ble nevnt, men også opplevelser av å ikke bli tatt på alvor og ikke forstått ble trukket fram.

Flere av deltakerne har venner som også har fått en psykisk diagnose og som de opplevde forstod dem og dermed gav støtte på en god måte. En av deltakerne fortalte om støtte fra ei venninne da hun hadde en depresjon:

Neste år da fikk jeg en kjempedepresjon, og da hadde jeg lyst til å hoppe i havet. Jeg ringte ei venninne og sa at hvis du ikke kommer og prater med meg nå, ser du meg ikke mer, da ligger jeg i sjøen. Da skjønnte hun alvorret, da kom hun.

Men samtidig fortalte en av deltaker hva hun savnet fra venner når hun er innlagt:

Jeg savner at noen kom med blomster til meg! Men altså det mener jeg litt seriøst! Jeg var innlagt på intensiven en gang, og da kom det 10-20 blomster på rommet mitt. Alle vennene kom med blomster. Når jeg har vært innlagt i psykiatrien så har jeg fått en blomst gjennom 20 år.

Deltakerne trakk fram flere historier som illustrerte opplevelsen av å ikke bli forstått og tatt på alvor. En av deltakerne hadde opplevd at alle rundt henne trodde at det var noe psykisk med henne, selv om hun selv protesterte på det. Hun opplevde støtte fra flere av familien, men også at hun ikke ble forstått. Hun fortalte om flere episoder der mannen fikk henne innlagt på psykiatrisk avdeling selv om hun ikke ønsket det. Også flere andre i familien hennes fulgte instruksjoner fra sykehuset på hvordan de skulle

forholde seg til henne. Hun fortalte om da hun var på permisjon hjemme og sykehuset mente hun ikke burde røyke så mye og hvordan familien hennes forholdt seg til den instruksen:

Så gikk det til at de ville gjerne venne meg av med denne røyken, de hadde fått instruks fra sykehuset at jeg ikke skulle røyke så mye. Så når jeg var hjemme på landet sammen med mi søster og de, så prøvde de å ville redusere på røyken min. Og det ville jeg ikke alltid akseptere, selv om jeg slet som bare den, det var ikke alltid jeg var med på det som ble sagt eller gjort. Også sier jeg en vakker dag hjemme, blant disse: herlighet! Det er.. jeg kunne jo like gjerne være på sykehuset som her! Fikk jeg sagt. Og det tok de konsekvensene av. Så kontaktet de sykehuset (...) og ble med meg inn på en samtale med en psykolog.

En deltaker fortalte om hvordan hun opplevde å bli stemplet og usynliggjort i et familieselskap der alle skulle si noe om hva de holdt på med:

Jeg opplevde noe rart en gang, det må jeg fortelle. Jeg synes det var helt sykt. Det var i et selskap hos en slektning, og de stemplet meg for det at det var sånn.. Vi hadde ikke sett hverandre på 4-5 år og alle var samlet. Også tok de runden på hva folk gjorde av utdannelse og jobb og alt mulig sånn. Og da de kom til meg så hoppet de bare over meg, for de visste at jeg hadde psykiske problemer, at jeg ikke gikk på skole eller ingenting sånn. Men jeg følte meg jo helt utenfor! Nei, men altså, det var helt forferdelig! Sitte der.. og bare bli hoppet over.

Noen av deltakerne hadde valgt å fortelle sine venner om hvilken diagnose de hadde, mens andre hadde valgt å ikke fortelle det, men å si at de hadde en psykisk lidelse. En av deltakerne hadde valgt å kalle seg for schizofren for å bygge ned folks oppfatning av schizofrene som ”steingale tullinger”. Han hadde fått et liv som han ønsket det og har brukt sine ressurser på sine egne premisser. Ved å kalle seg schizofren ønsket han at folk skulle se at en med denne diagnose kan fungere godt og ha et godt liv på tross av diagnosen. På denne måten kunne han vise at det å ha en schizofrenidiagnose ikke kan være så farlig. Han brukte også humor i sin formidling:

Så er det.. så har jeg sagt for eksempel bandet her da, de er så gode nå at.. Tidligere var jeg Thom Hell fan da, men nå blir jeg.. vet ikke hvem jeg skal velge, men for meg som er schizofren så er det ikke noe problem.

## 6.6 ”Se meg som et menneske, ikke en diagnose!” Opplevelser i møte med helsepersonell

Alle deltakerne poengterte og la vekt på at de i møte med helsepersonell ønsket å bli møtt som et menneske og ikke en diagnose. Som en av deltakerne uttrykte det: ”Jeg er et menneske, ikke en diagnose! For det er veldig ofte det man blir møtt med i helsevesenet.” 3 av deltakerne hadde opplevd at helsepersonell hadde lagt vekt på hvilken diagnose de hadde istedenfor å se dem som et helt menneske. Dette resulterte i opplevelser i form av å bli fratatt ansvar, å ikke bli snakket med, å ikke bli trodd på og en avmaktsfølelse. Men også opplevelsen av å bli trodd på og møtt som et menneske og ikke en diagnose ble trukket fram.

En av deltakerne var spesielt opptatt av sine opplevelser i møte med helsepersonell og av betydningen av å formidle dette videre. For henne hadde møtene fratatt henne verdigheten som menneske og mulighet for å bestemme over sitt eget liv mens hun var syk. Hun fortalte om hvordan hun opplevde at legene ikke gjorde noe aktivt for å komme i dialog med henne: ”Jeg hadde masse på en gang som jeg kjempet med meg selv. Ingen gav meg.. kommuniserte med meg.” og hvordan hun ble vurdert uten at legene tok kontakt med henne, men kun snakket med de ansatte om hennes situasjon: ” Så sitter de og vurderer diagnosene mine og helsa mi etter som de hører på de ansatte, ikke kontakt med personen selv!”

Hun fortalte også om hvordan hun opplevde at helsepersonellet bestemte hva hun skulle gjøre og når hun skulle gjøre det, og hvordan hun opplevde at dette tok fra henne ansvaret for sitt eget liv. Blant annet ble hun flyttet over til et sykehjem uten at hun hadde fått beskjed om det eller sa seg enig.

Andre deltakerne fortalte også om hvordan de hadde opplevd at de ble fratatt ansvaret for seg selv da de var innlagt. En av deltakerne hadde i utgangspunktet alltid hatt en lærdom med seg som sa at hun måtte stå på egne bein og stå for det hun sa og gjorde, at hun måtte ta ansvar for sitt eget liv. Da hun var innlagt på psykiatrisk avdeling ble dette ansvaret tatt fra henne i form av en stakkars-deg-holdning fra personalets side. De krevde ikke noe av henne, hun behøvde ikke å gjøre noe, de skulle ordne opp for henne. Dette ble forsterket da hun ble innlagt på en avdeling for kronikere og tenkte at det betydde at de hadde gitt henne opp, slik som hun hadde gitt opp seg selv. Den andre deltakeren snakket om forskjellen på et dagtilbud og sykehuset. For henne var sykehuset et sted hvor helsepersonellet var opptatt av diagnosen hennes og hun følte seg stemplet. Det ble skrevet rapport og det var mer omsorg.

Det er jo mer omsorg på sykehuset, for sist gang jeg var innlagt da var det liksom.. da kom de inn hvert 10 minutt og spurte hvordan jeg hadde det, ikke sant. Det var nesten sånn at det var litt mye. Så jeg sa, du trenger ikke komme så ofte. Jeg har det ganske bra!

Det opplevde hun at ble for mye og at ansvaret ble tatt fra henne. På dagtilbudet måtte hun selv ta ansvar og si ifra hvis hun trengte noen å snakke med.

Å ikke bli trodd på er en opplevelse flere av deltakerne fortalte om. En av deltakerne beskrev det som en avmaktfølelse og en følelse av at når du får en psykisk diagnose da gjelder du ikke mer.

Du får avmakt. Du har ikke noe du skulle ha sagt uansett. Nei.. Og sier du noe så blir det bare verre, for da er du hvert fall syk! Det var en som uttalte, at en person med mange diagnoser, det er ikke bare sagt at du får den beste behandlingen.

En deltaker formulerte det slik at diagnosen følger deg. Hun fortalte om da hun dro til legevakta for å sjekke ut hvorfor hun var så svimmel. Hun hadde da ikke vært psykotisk eller innlagt på flere år, men ble møtt med spørsmål som omhandlet om hun var psykotisk eller suicidal. Hun sier:

Fordi det er veldig ofte det man blir møtt med i helsevesenet, ikke sant, som jeg sier, du kommer på legevakta med en diagnose og blir behandlet for den diagnosen som er skummel og farlig, istedenfor å ta den HBen. Og det synes jeg blir litt feil.

Flere av deltakerne fortalte at de ikke protesterte på diagnosen sin eller behandlingen de fikk. En forklarte det med å ha autoritetsangst. Oppdragelsen hennes hadde vært at du gjør som øvrighetene sier også gjør du ikke noe mer ut av det.

En av deltakerne hadde vært skeptisk til om noen kan hjelpe ham, og hadde løst sine problemer ved å bruke sine egne ressurser. En ung lege gav han opp og sa at han ikke kunne hjelpe ham.

Jeg kan ikke hjelpe deg, sa han bare. Da hadde ikke jeg vært samarbeidsvillig nok og gitt han nok opplysninger eller.. Men det kan jo ha sin forklaring i at jeg faktisk var litt skeptisk til i hvilken grad de kunne hjelpe meg. Jeg har egentlig vært sånn hele tiden da ... at jeg må klare meg selv, det er bare meg som kan hjelpe meg selv.

Flere av deltakerne fremhevet hvor viktig det var for dem å bli sett som et helt menneske og bli trodd på og gitt ansvar og hva det har betydd for dem. En av deltakerne formulerte seg slik da hun ble spurt om hvordan hun ønsket å bli møtt og sett:

For diagnosen er faktisk bare en promille av det mennesket du sitter og prater med. Og selv om du har for eksempel da, selv om du bruker 50 % av energien din på å snakke til personen som en schizofren en, så klarer du aldri å få hjulpet han for da har du liksom.. Er du schizofren så skal du gjøre sånn og så skal du gjøre sånn... Så kan du gjøre det litt annerledes, sant, du kan gå litt kringelkroker innimellom. Hvis du ser diagnosen som promille og resten som menneske.

Flere fortalte om da de traff noen som så dem som mer enn diagnosen. En trakk fram en psykiatrisk sykepleier hun traff som ikke hadde diagnosen som tema eller så på den, men gav henne ansvar og valg. Sykepleieren foreslo at deltakeren skulle ringe til henne uansett når på døgnet hvis hun ville ta livet av seg og si ifra at nå gikk hun på skauen for å gjøre et eller annet. Dette ble en endring for henne:

Og det var litt sånn der merkelig sak, for plutselig så kunne jeg velge å ta livet av meg. Jeg behøvde ikke, jeg kunne bare velge, men jeg skulle si ifra... Og det var så veldig deilig å vite at.. og etter dette så tror jeg ikke at jeg gjorde noen forsøk, for det var mitt valg, mitt liv!

En annen deltaker traff en lege som var vikar på en avdeling og som trodde på henne og kjempet for at hun skulle få en operasjon hun trengte. Legen hadde slått i bordet til de andre legene som visste historien hennes og derfor ikke tok henne på alvor. Han hadde bedt de møte henne som alle andre, selv om de visste at hun hadde vært innlagt på psykiatrisk sykehus. Han hadde skrevet en erklæring hvor det står hvordan hun hadde blitt behandlet og at hun har blitt stigmatisert. Å bli trodd kan ha hjulpet henne til å bli sterkere og våge å fortelle sin historie. Hun sier:

Jeg følte meg skamfull, men har jobbet med meg selv for å tørre å våge å fortelle hvordan de behandlet meg. Du var mer taus i begynnelsen for da visste du ikke hva du skulle si og følte deg skamfull og visste ikke hvordan virkeligheten skulle være. Men nå vet jeg. Og du blir sterkere og våger å si det.

## **6.7 En kort oppsummering av studiens funn**

Jeg har i dette kapittelet presentert hva deltakerne har sagt om hvilke opplevelser de har hatt med å få og leve med en psykisk diagnose. Funnene viser at deltakerne opplevde at diagnosen kun var en liten bit av hvem de er som mennesker. Diagnosen beskrev noe de kunne kjenne seg igjen i, men den beskrev ikke alt. Deltakerne opplevde at diagnosen for dem ikke var viktig. Den har vært til liten hjelp for dem når de

har vært syke og har trengt hjelp. De har opplevd at diagnose kan står i veien for at helsepersonell, familie og venner kunne se dem som noe mer enn diagnosen. Dette har ført til opplevelser i form av avmakt, bli fratatt ansvar, å ikke bli trodd, å ikke bli snakket med og å bli fratatt verdigheten som menneske.

Deltakerne fortalte også om hvordan de ser på seg selv. Alle svarene sier noe om at de tar seg selv på alvor, og ser på seg selv som hele sammensatte mennesker med evnen til å forstå, reflektere og ta vare på seg selv. De har et ønske om at andre også skal se og respektere dette. Funnene viser også hvordan deltakerne har opplevd å møte helsepersonell, venner og familie som så dem som noe mer enn diagnosen. Dette førte til at deltakerne opplevde å bli trodd, hørt på og få mer ansvar.

## 7.0 DISKUSJON

### 7.1 Innledning til diskusjon av funnene

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke opplevelser som er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose. Funnene viser at deltakerne har flere negative opplevelser av å bli møtt og behandlet som om diagnosen var den største delen av dem som menneske. Samtidig opplevde de diagnosen som en liten bit av hvem de var. Tidligere forskning og litteratur om emnet viser at mennesker som har fått en psykisk diagnose har opplevd at de ikke har blitt tatt på alvor som hele mennesker, og viser sammen med deltakernes opplevelser at temaer som stigmatisering, makt og avmakt fremdeles er aktuelle (Øye, 2005, Lauveng, 2011, Rose og Thornicroft, 2009, Horn et. al, 2007, Hayne, 2003). Disse temaene har lenge vært diskutert i forbindelse med bruk av diagnoser, og hvert av temaene kunne vært utgangspunkt for diskusjon også i denne studien. Jeg har imidlertid valgt å sette søkelyset på hva funnene forteller om å bli møtt og behandlet som et objekt og hva som skal til for å bli sett som et subjekt. Slik jeg ser det, kan det deltakerne fortalte settes i sammenheng med å bli møtt av helsepersonell på en objektiviserende måte. Teorien jeg har valgt, kritiserer hvordan en del av dagens hjelp kan virke inn på mottakere av hjelpen. Både Skjervheim (1996) og Schibbye (2002) setter søkelyset på hvordan mennesker kan objektivisere andre mennesker gjennom sin måte å møte dem på. Begge teoriene bygger på en antagelse om at mennesket ikke står alene, men eksisterer i en sammenheng med andre mennesker og blir påvirket av hverandre. Teoriene setter dette i sammenheng med hvordan terapeuten gjennom sin opptreden og holdning kan gjøre møtet og dermed hjelpen verre eller bedre for klienten.

I første del av diskusjonen har jeg valgt å drøfte deltakernes opplevelser med å få og leve med en diagnose satt i sammenheng med det Schibbye (2002) og Skjervheim (1996) sier om å bli objektivert. Spørsmålet er: **Hva kan deltakernes opplevelse av å få en diagnose fortelle om objektivisering?**

Deltakerne fortalte i tillegg om hvordan de så på seg selv som noe mer enn en diagnose. De tok seg selv på alvor, og så på seg selv som hele, sammensatte mennesker med evnen til å forstå, reflektere og ta vare på seg selv. De hadde et ønske om at andre skulle se og respektere dette. Funnene viser at deltakerne også hadde opplevd å bli møtt og anerkjent for hvem de var som hele mennesker. Spørsmålet jeg da stilte meg var: **Hva forteller deltakernes opplevelser om å være subjekt i eget liv?** Dette danner utgangspunkt for andre del av diskusjonen, sett i lys av Schibbyes (2002) teori om et subjekt – subjekt syn og det Skjervheim (1996) skriver om å være deltaker.



## 7.2 Hva kan deltakernes opplevelser av å få en diagnose fortelle om objektivisering?

Alle deltakerne poengterte og la vekt på at de i møte med helsepersonell ønsket å bli møtt som et menneske og ikke en diagnose. Som en av deltakerne uttrykte det: ”Jeg er et menneske, ikke en diagnose! For det er veldig ofte det man blir møtt med i helsevesenet.” Flere av deltakerne hadde opplevd at helsepersonell la vekt på diagnosen og ikke så dem som hele mennesker.

I følge Schibbye (2002) eksisterer mennesket i en nær og gjensidig sammenheng med hverandre, og det er av betydning at terapeuten ser klienten innenfor en helhet. Hvordan vår holdning er til andre mennesker vil gjenspeile seg i hvordan vi møter dem og dermed hvordan hjelpen oppleves av den enkelte. Terapeutens holdning og menneskesyn er helt vesentlig fordi den vil påvirke hennes væremåte og opplevelse i forhold til klienten. Schibbye (2002) fremhever to måter en terapeut kan møte klienten på (jfr 2.2). Dette kan settes i sammenheng med tidligere kritikk som sier at pasientens følelser, handlinger og uttrykte tanker objektiviseres fordi det er behandlerens syn på og forståelse av pasientenes lidelser som legges til grunn når det settes en diagnose.

Hva gav deltakerne opplevelsen av å bli sett som en diagnose? Per i dag er psykiatrien å betrakte som en medisinsk disiplin fordi psykisk lidelse sees på som en sykdom. Bruken av diagnose baserer seg på et medisinsk perspektiv som er et typisk ekspert perspektiv. I dette perspektivet ligger det en tanke om at den profesjonelle hjelperen ”ser seg selv som den som vet hva det skal sees og lyttes etter” (Bøe og Thomassen, 2000, s. 81). Bak dette ligger det en antagelse om at det en person sier og gjør, kommer fra bestemte strukturer. Tidligere kritikk av diagnoser peker på at diagnosen kan bli knyttet til en persons identitet og på denne måten endre hvordan andre ser på personen (Kolberg, 2009). Både kritikken og ekspert perspektivet kan settes i sammenheng med Schibbye (2002) som mener at diagnosesystemet innebærer en utvendighet fordi det ofte er snakk om hvilke ytre egenskaper og trekk klientene har. Det blir lagt lite vekt på klientenes opplevelser. Slik jeg ser det er det en sammenheng mellom denne kritikken av diagnose systemet og det deltakerne har opplevd. Schibbye (2002) trekker frem to måter en terapeut kan møte klienten på. Den ene måten handler om å møte klienten med et subjekt – objekt syn. Bak et subjekt – objekt syn ligger det en antagelse om at klienten har en objektiv virkelighet som det er terapeutens ansvar å identifisere og tolke. Objektet kan da diagnostiseres, klassifiseres, predikeres, med andre ord bli definert og satt en merkelapp på.

Når deltakerne opplever å bli møtt som en diagnose mer enn en unik person, kan dette også forstås i lys av to av måtene Skjervheim (1996) beskriver at vi kan møte mennesker på. Å møte den andre som en

diagnose er å møte den andre som et objekt, i motsetning til å forholde seg til den andre ved å delta i hans saksforhold. I følge Skjervheim (1996) er faget psykologi basert på vitenskaper om fakta, og derfor blir menneskelige meninger innenfor psykologien behandlet som fakta og på denne måten objektivert. Ved å objektivere stiller man seg selv utenfor og blir den som avgjør hendelsenes gang.

Denne måten å objektivere mennesker på kan forklare hvorfor deltakerne trekker fram opplevelsene med å bli sett og møtt som en diagnose som vanskelige og noe de ikke ønsker. Å bli objektivert betyr at noen kan studere deg, bestemme hva som er best for deg og styre hva du skal gjøre. Når en person blir møtt på en objektiv måte av terapeuten, betyr det at det er terapeuten som er ekspert på den andre personens opplevelse. Dette betyr igjen at personen blir frarøvet sine opplevelser, noe som kan føles som et overgrep (Schibbye, 2002). På hvilken måte kom objektiveringen til uttrykk i det deltakerne hadde opplevd? Deltakerne fortalte hvordan denne måten å bli møtt på resulterte i opplevelser i form av å ikke bli snakket med, ikke bli trodd på, bli vurdert, bli fratatt ansvar og en følelse av avmakt. En av deltakerne opplevde at hun ble fratatt sin verdighet som menneske og muligheten til å bestemme over eget liv. Dette kan settes i sammenheng med tidligere forskning som har konkludert med at prosessen med å sette diagnose kan bidra til en form for ”utilsiktet” diskriminering og stigmatisering fra fagfolkets side (Rose og Thornicroft, 2009). Videre i kapittelet blir noen av måtene deltakerne opplevde at objektiveringen kom til uttrykk på diskutert.

### **7.2.1 Å ikke bli snakket med**

En deltaker fortalte at legene vurderte diagnosene hennes ved å snakke med de ansatte, og ikke med henne selv. Lauveng (2011), som selv har hatt en schizofrenidiagnose og nå er psykolog, påpeker at diagnosene bare beskriver et menneske og ikke sier noe om hvordan vi skal forstå et menneske. Skal vi forstå et menneske, må vi se på den enkelte. Skjervheim (1996) viser hvordan terapeuten gjennom å innta en tilskuer posisjon ikke forholder seg til enkeltmenneske. At legen ikke snakket med deltakeren selv men så henne i lys av hva pleierne kunne fortelle om henne, kan tolkes slik at både legen og pleierne inntok en tilskuer posisjon og objektiverte deltakeren. Legen og pleierne skaffet seg makt over deltakeren ved å ikke ta hennes meninger opp til diskusjon eller ettertanke, slik Skjervheim (1996) beskriver (jfr. 2.2). Når et menneske vurderes på bakgrunn av hva andre har observert, er det rimelig å anta at det er symptomer på en diagnose som blir beskrevet og lagt vekt på, og ikke personens opplevelsesverden. Axelsen (1997) fremhever hvordan symptomer kan sees på som ” et uttrykk for noe som er viktig å gripe fatt i ved den enkeltes liv og situasjon” (Bøe og Thomassen, 2007, s. 99). Symptomer kan tolkes som det Skjervheim (1996) kaller for saksforholdet, som kan være en mening, et problem eller et utsagn. Ved å delta og la seg engasjere i en persons symptomer kan legen finne ut hva

symptomene er et uttrykk for, og være et medsubjekt og deltaker. Saksforholdet blir da noe legen og personen deler og sammen finner ut av.

### **7.2.2 Å bli vurdert og ikke bli trodd på**

En deltaker formulerte det slik at ”diagnosen følger deg”. Hun hadde vært på legevakten for å få sjekket ut hvorfor hun var svimmel. Det var flere år siden hun hadde vært psykotisk. I stedet for at de ansatte på legevakta tok tak i svimmelheten hennes, ble hun spurt mange spørsmål som handlet om hun var psykotisk eller ville ta livet sitt. Tøssebro (2010) illustrerer hvordan diagnoser kan få en form som en sirkel som gjentas. Hvis du viser en type atferd, har du en type diagnose, og diagnosen forklarer hvorfor du har en slik atferd. Rose og Thornicroft (2009) beskriver forskjellige myter knyttet til det å ha en psykisk diagnose. Noen av mytene er knyttet til antakelser om at personer med en psykisk diagnose er late og uten vilje til å gjøre noe med problemet. De er ikke i stand til å ta egne avgjørelser, og psykisk lidelse er det samme som å være tilbakestående (s. 143). Flere av deltakerne fortalte om opplevelser i form av å bli fratatt ansvar. En deltaker fortalte om hvordan hun hadde opplevd at helsepersonell bestemte hva hun skulle gjøre og når hun skulle gjøre det. Det var med på å ta fra henne ansvaret for sitt eget liv. Hun sa: ”Du får avmakt. Du har ikke noe du skulle ha sagt uansett. Nei.. Og sier du noe så blir det bare verre, for da er du hvert fall syk!” Det er nærliggende å tenke at menneskesynet helsepersonellet hadde i møte med henne var i samsvar med en del av mytene rundt mennesker som har en psykisk diagnose. Lauveng (2008) sier at ”diagnosen fører til fordommer, som igjen gjør at omgivelsene oppfører seg annerledes” (s. 146). Hun poengterer at mennesker møtes i et samspill. Fordi mennesker møtes i et samspill, vil det ha innvirkning på den ene hvordan den andre oppfører seg. Når deltakerne opplevde mange episoder hvor de ble møtt på en måte der diagnosen ble deres identitet og det andre forholdt seg til, kan det tenkes at de har blitt møtt i lys av disse mytene. Diagnosen blir som en merkelapp, noe også en av deltakerne omtalte den som. Tidligere forskning viser at diagnosen kan oppleves som en merkelapp eller mening hos profesjonelle (Horn et.al, 2007). Individualiteten kommer i bakgrunnen, og alt det individet er og gjør settes i sammenheng med diagnosen. Dette stemmer slik jeg ser det med både det Schibbye (2002) og Skjervheim (1996) skriver om å være et objekt i terapeutens øyne.

### **7.2.3 Å ikke bli informert om diagnosen**

I starten av intervjuene fortalte deltakerne om da de fikk diagnosen. Flere hadde ikke fått sin siste diagnose i et formelt møte med behandler. De hadde forskjellige negative følelser knyttet til dette. Kolberg (2009) skriver at den som blir objektivert, vil kjenne effekten av dette. For en av deltakerne handlet det om en opplevelse av å føle seg liten fordi hun ble satt inn i et system hvor hun bare forsvant.

Hun opplevde at hun ikke var verdig nok til å få informasjon om hvilken diagnose som var satt på henne, og satt det i sammenheng med at hun opplevde at det fra legens side ikke var noe vits siden hun var syk og ikke kom til å få informasjonen med seg. Man kan stille spørsmål ved hvorfor deltakerne ikke hadde fått rede på hvilken diagnose de hadde. Schibbye (2002) viser hvordan terapeutens menneskesyn og holdning til klienten kan medvirke til hvordan klienten opplever seg selv. Når terapeuten innehar en objektiviserende holdning til klienten, mener hun at det råder en holdning om at mennesket må kontrolleres, dannes og utvikles gjennom ytre påvirkning. Klienten blir den som mottar kunnskap, lærer og svarer fra subjektet. Ved at deltakerne ikke hadde fått rede på sin diagnose, kan man tenke seg at legen hadde den holdningen fordi han alene tok avgjørelsen om deltakeren skulle få vite sin diagnose. Når det inntas en objektiviserende holdning, stiller man seg selv utenfor og blir den som avgjør hendelsenes gang. I dette tilfelle om deltakeren hadde noe nytte av å få vite diagnosen. Når man blir liten i et system, er man ikke sett. Da er man heller ikke møtt som et helt menneske. Lauveng (2011) skriver om balansegangen når det gjelder hvor mye en terapeut skal være aktiv eller passiv i forhold til klienten. For mye aktivitet kan presse en prosess framover før klienten selv er klar. For mye passivitet kan overlate for mye ansvar til klienten mens hun eller han ikke er klare for det. Lauveng (2011) svarer ikke på dette, men hun presiserer at det viktigste hun kan gjøre er å vise interesse for dem hun møter gjennom å se forbi klientenes diagnose, og heller sammen med dem prøve å se hvordan livet deres er og hva de drømmer om (s. 51). Skjervheim (1996) sier noe av det samme når han snakker om å engasjere seg i den andres problem. Å engasjere seg betyr å være villig til å ta den andres meninger opp til ettertanke eller diskusjon. Slik deltakeren opplevde det, var ikke legen som satte diagnosen villig til å la seg engasjere i hennes liv.

Funn fra tidligere forskning viser et samsvar med deltakernes opplevelse med å ikke få diagnosen tydelig presentert. I en studie gjort av Horn et. al (2007), hvor fokuset var å få frem menneskers opplevelse med å få en borderline diagnose, fortalte alle deltakerne i studien at de fikk lite informasjon eller forklaring på diagnosen, og at informasjonen de fikk var mest negativ. Dette ble satt i sammenheng med at legene var tildelt en ekspert posisjon, mens deltakerne hadde en motsatt ikke- viten posisjon.

Det blir viktig å nevne at både Skjervheim (1996) og Schibbye (2002) ser at individet har et observerbart ytre. I følge Skjervheim (1996) er det viktig å være klar over at både tilskuer og deltaker posisjonene finnes for så å reflektere over hvilken posisjon man inntar i møtet. Schibbye (2002) ser alle mennesker som både subjekt og objekt. Det som er viktig, er at terapeuten er klar over at hun ser med sine ”briller”, men at det hun ser ikke nødvendigvis er sannheten. Det terapeuten observerer må alltid rådføres opp mot klientens eget syn på seg selv.

#### **7.2.4 Å ikke få diagnosen til å passe inn i sitt eget selvilde**

Flere av deltagerne var usikre på hva diagnosen betydde. De hadde lest om den og blitt forklart hva den betyr, men klarte ikke å få ordentlig tak i den. En av deltagerne sa: ”Jeg vet egentlig ikke hva schizofreni er... jeg har lest litt om det, men føler ikke at jeg forstår det, liksom”. Å ikke forstå hva diagnosen betyr førte til mange tanker om hvordan den passet inn i deres sykdomsbilde. Flere hadde et dobbelt forhold til diagnosen. Den både passet og ikke passet. Dette funnet stemmer med tidligere forskning som viser at for mennesker som har fått en diagnose vil diagnosen kunne antyde unike og verdifulle personkarakteristikker, men også oppleves som en ulegitimert bekreftelse på noe som ikke kunne bli utfordret og som fremhevet en disharmoni i selvet (Hayne, 2003).

I følge Skjervheim (1996) finnes det visse grenser for hva man kan objektivere. Man kan ikke stille seg utenfor seg selv og derfor heller ikke objektivere seg selv. At deltakerne ikke forstod hva diagnosen betydde og strevde med å sette den inn i sitt sykdomsbilde, kan tenkes å henge sammen med dette. Kolberg (2009) fremhever at en diagnose er et øyeblikksbilde som fryses. Johannisson (2010) beskriver øyeblikksbildet mer utdypende og sier at en diagnose først og fremst er en måte å forholde seg til og forstå en sykdom på et gitt tidspunkt, i et gitt kunnskapsnivå og i en bestemt meningsbærende sammenheng (s 261). Det ene bildet blir det bildet en person som har en psykisk diagnose settes inn i, øyeblikksbildet endres ikke og alle andre bilder utelates. Fordi det er dette ene bildet som gjelder, vil det kunne bli knyttet til personens identitet. Slik jeg ser det, vil det være nærliggende å tenke at vi alle vil protestere eller streve med å kunne sette oss inn i en beskrivelse som er gjort av oss, og som vi kanskje ikke kjenner oss igjen i. En utvendig beskrivelse utelater en indre opplevelsesverden, slik Schibbye (2002) beskriver. En deltaker etterlyste en mer nyansering av mennesket. Hun beskrev at det går an å være lei seg uten å ha en depresjonsdiagnose. Deltakeren etterlyste kanskje noen som spurte henne om hvilke tanker hun selv hadde om hvorfor hun var lei seg. Å ikke bli spurt om sin indre opplevelsesverden kan føre til at man mister seg selv, mister sin frihet til selv å bestemme hvem man vil være, i følge Schibbye (2002). Andres definisjon av oss selv bli vår egen definisjon. Deltakerne opplevde at diagnosen ikke var viktig for dem, den sa ikke noe om dem som mennesker og den var dobbel på den måten at den både passet og ikke passet. Det kan tolkes som at de prøvde å sette den indre opplevelsesverden i sammenheng med hva diagnosen beskriver. Fordi diagnosen ikke sier noe om den indre opplevelsesverden, kan det bli vanskelig å få til. Dette funnet er i samsvar med tidligere forskning gjort av Horn et al (2007) som viste at informantene var usikre på hva diagnosen betydde og strevde med å sette den inn i sitt sykdomsbilde.

### **7.3 Hva forteller deltakernes opplevelser om å være subjekt i eget liv?**

Som vist i denne diskusjonen har deltakerne flere opplevelser som viser at de har blitt møtt som et objekt slik Skjervheim (1996) og Schibbye (2002) beskriver. At mennesker blir objekt for helsepersonells forståelse og behandling, blir i følge Kolberg (2009) ekstra alvorlig når en rekke undersøkelser viser at det som er avgjørende for en person når det gjelder å komme seg etter alvorlige psykiske lidelser, er å være subjekt i eget liv (Topor, 2004). Men deltakerne beskrev noe mer. De har fortalt om opplevelser der de har opplevd å bli sett og møtt som noe annet enn diagnosen. Det kan også se ut som om flere av dem har hevet seg over opplevelsene med å bli sett som et objekt. De definerer seg selv som mer enn diagnosen. Slik jeg ser det kommer dette tydelig til uttrykk i funnene hvor de beskriver at diagnosen ikke er viktig og at diagnosen ikke omfavner alt. Videre vil jeg diskutere hva deltakernes opplevelser forteller om å være subjekt i eget liv.

#### **7.3.1 Å møte helsepersonell som så mer enn diagnosen**

I funnene ble det nevnt flere episoder der deltakerne hadde opplevd å bli sett og møtt som noe mer enn diagnosen. Disse opplevelsene kan ha vært med på å bidra til at de ser på seg selv som så mye mer enn en diagnose. Schibbye (2002) beskriver dette når hun sier at hvordan andre ser på en person kan føre til at personen ser seg selv på samme måte. En deltaker fortalte om da hun traff en lege som trodde på henne og tok henne på alvor. Denne legen hadde bedt de andre legene om å møte henne som alle andre, selv om hun hadde vært innlagt på psykiatrisk sykehus. En fortalte om da hun traff en sykepleier som gav henne ansvar og valg. Sykepleiere ba deltakeren om å ringe henne og gi beskjed hvis hun ville ta livet sitt. Deltakeren opplevde da at hun hadde et valg når det gjaldt sitt eget liv. Samtidig hadde hun noen som kunne være sammen med henne i smerten. Sykepleieren engasjerte seg i deltakerens problem, og de fant sammen ut hva som var best for deltakeren å gjøre når det ble vanskelig. Fra mitt synspunkt ble sykepleieren en deltaker i hennes liv, slik Skjervheim (1996) beskriver det.

For Schibbye (2002) er et subjekt – subjekt syn hos terapeuten en holdning som innebærer at fokuset i møtet ledes til klientens opplevelsesverden. Et sitat fra Lauveng (2008) kan illustrere dette. Hun skriver:

Når vi skal forholde oss til hverandre, trenger vi noe helt annet (enn diagnosene): Vi trenger å kjenne personene ved navn, vite hvem vi snakker med, hva som er sterke og svake sider, og hva personen vil. Der kan ikke ICD-10 hjelpe oss. Den eneste måten å finne ut av disse tingene på er å snakke med hverandre. (s. 105)

Hvis ikke klientens subjektive side blir tatt med, mener Schibbye (2002) at klienten blir fratatt sin evne og rett til å ha et syn på seg selv. Sykepleieren møtte deltakerens indre opplevelsesverden ved å

fokusere på hennes smerte og på hva som kunne være til hjelp for deltakeren når smerten ble for stor. Schibbye (2002) beskriver dette som å bli møtt som et subjekt i eget liv. For deltakeren gav denne måten å bli møtt på en opplevelse av at det var hennes liv og at hun hadde et valg. Muligheten til å kunne velge å bestemme i eget liv er i tråd med at det i eksistensen (opplevelsen) ligger en mulighet til å få tak i et værensgrunnlag som kan vise oss hvem vi er, den autentiske indre opplevelsen. Får man tak i den, kan man få frihet til selv å bestemme hvem man vil være.

I følge Schibbye (2002) er vi avhengig av andre for å bli uavhengig. I diskusjonen peker jeg på hvordan samspillet kan foregå sett i lys av deltakernes opplevelser. Schibbye (2002) hevder at samspillet mellom individer er gjensidig. Det skjer en prosess hos begge individene som deltar, og vi trenger den andres anerkjennelse. Anerkjennelse er innebygget i et subjekt – subjekt forhold og innebærer at man har en evne til å sette seg inn i den andres subjektive opplevelse, ta den andres perspektiv. Schibbye (2002) skriver sett fra terapeutens perspektiv, og belyser hvordan terapeutens holdning og menneskesyn kan påvirke forholdet og dermed hjelpen.

### **7.3.2 Å bruke egne ressurser**

Politiske føringer legger vekt på å styrke brukermedvirkningen i psykisk helsearbeid blant annet ved at brukeren skal involveres mer og gis mer innflytelse i behandlingen. Det overordnede målet er å styrke brukernes evne til å mestre eget liv og tilværelsen. Bak dette ligger det et syn på mennesket som ”den fremste ekspert på eget liv og som selv vet best hva som er bra, nyttig og viktig for han eller henne” (*Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012, s.19*). For å fremme brukermedvirkning, er selvhjelp nødvendig. Selvhjelp beskrives som

å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv. (*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, 2007-2012, s. 19*)

De politiske føringene kan også settes i sammenheng med recovery- tenkningen som blant annet Deegan har gitt et viktig bidrag til. Recovery handler om at den som har psykiske problemer selv er den styrende og aktive i sin egen bedringsprosess (Bøe og Thomassen, 2007). Jeg tenker at å bli møtt med et subjekt – subjekt syn når man ber om hjelp, kan være med på å finne fram til egne ressurser, få tak i egne ønsker, ta ansvar for livet sitt og styre det i den retning man ønsker. Skjervheim (1996) mener at vi ikke kan velge å være engasjert fordi vi alt er med i verden og på denne måten engasjert. Engasjement er en grunnstruktur i mennesket. Men vi kan velge hva vi vil la oss engasjere i, eller vi kan la andre velge for oss. Deltakerne fortalte om hvordan de ble objektivert, men de fortalte også om hvordan de ble

møtt med det Schibbye (2002) kaller for et subjekt – subjekt syn. Dette kan ha hjulpet dem til å stille spørsmål ved hva de hadde opplevd og hvordan de ønsket å bli møtt og sett videre. Som en deltaker sa:

Jeg følte meg skamfull, men har jobbet med meg selv for å tørre å våge å fortelle hvordan de behandlet meg. Du var mer taus i begynnelsen for da visste du ikke hva du skulle si og følte deg skamfull og visste ikke hvordan virkeligheten skulle være. Men nå vet jeg. Og du blir sterkere og våger å si det.

Deltakerne har valgt å la seg engasjere i sitt eget liv. De har protestert på måten de ble møtt og sett på, og de ønsker å bli anerkjent som hele mennesker.

Et spørsmål jeg har stilt meg, er om Schibbye (2002) mener at det kun er ved hjelp av terapeutens eller helsepersonells holdning at mennesker som har en psykisk diagnose kan finne sin egen indre opplevelsesverden og styre livet sitt i den retningen de ønsker. I forståelsen av brukervedvirkning ligger det en antagelse om at forholdet mellom bruker og hjelper må endres i form av en maktforskyvning. Maktforskyvningen innebærer at brukere både må *få* større makt og innflytelse fra hjelper, men at brukeren også selv må *ta* mer makt. Å leve med en psykisk lidelse kan ofte påvirke selvbildet negativt (Almvik og Borge, 2007). Diagnosen kan påvirke et menneske til å se seg selv som en diagnose, slik Schibbye (2002) beskriver det når hun forklarer hvordan andres definisjoner av en person kan bli personens definisjon av seg selv. Har alle en mulighet til å ta mer makt?

Jensen (2006) har i et recovery perspektiv forsket på hva som skal til for å komme seg etter alvorlige psykiske problemer. Undersøkelsen hennes viser at det er den enkeltes innsats som er avgjørende for å komme seg. Samtidig er hjelp fra familie, venner og samfunnet rundt viktig når den gjelder å mobilisere ressurser og kreativitet i prosessen. Hjelpen fra behandlingssystemet sees som en faktor blant disse. Dette stemmer slik jeg ser det med at vi blir til i sammenheng med hverandre. Avslutningsvis skriver Jensen (2006):

Det er en avgjørende utfordring at skabe plads til forskellige synsmåder og anerkende, at mennesker opfatter deres problemer forskellig og har brug for forskellige former for hjælp. Vi må lære at leve med, at der findes individuelle sandheder. (s. 287)

Slik jeg tolker det, bør den enkeltes behov for hva som skal til for å bli bedre og på hvilken måte være styrende. En av deltakerne i denne studien har vært skeptisk til om noen kunne hjelpe han, og har løst problemene sine ved hjelp av egne ressurser og med lite kontakt med hjelpeapparatet. Flere av deltakerne hadde støtte i familie og venner. Flere hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet, men avsluttet



kontakten nå. Alle deltakerne gikk jevnlig på dagsenteret. Alle deltakerne har stilt opp frivillig og engasjert i denne studien og fortalt om sine opplevelser. Det forteller noe om måten de har mobilisert egne ressurser og tatt mer makt, og viser meg at helsepersonell ikke er de eneste som kan være til hjelp i en vanskelig situasjon. En studie gjort av Hayne (2003) viser at informantene opplevde at diagnosen direkte påvirket deres identitet eller indre syn på seg selv. Diagnosen ble erfart som en kunnskap som ikke kunne bli utfordret og som fremhevet en disharmoni i selvet. Deltakerne i denne studien så på seg selv som noe mer enn diagnosen, og deres opplevelser viser at ved egen innsats og hjelp i form av å bli møtt som et subjekt så kan diagnosens kunnskap bli utfordret. Dette er i tråd med konklusjonen i Horn et al (2007) sin studie som viser at alternative måter å forstå seg selv på vil være mer nyttig enn en borderline diagnose. Måten et menneske blir møtt på og anerkjent hos helsepersonell, ser ut til å være med på å ha en avgjørende betydning, slik Schibbye (2002) og Skjervheim (1996) sine teorier beskriver.

#### **7.4 Diskusjon av studiens validitet og reliabilitet**

Validitet (gyldighet) handler i en vid oppfatning om metoden som brukes i studien eger seg til å undersøke det den er ment å undersøke. Validering av forskningsprosessen vil kunne klargjøre om forskeren har funnet de muligheter og begrensninger som er innenfor det temaet det forskes på.

Reliabilitet (pålitelighet) handler om forskningsresultatenes troverdighet og konsistens. Validitet og reliabilitet er et viktig virkemiddel for å reflektere kritisk gjennom hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2010, Malterud, 2003). Diskusjonen i dette kapittelet vil derfor rette seg mot hele forskningsprosessen.

I den kvalitative forskningen vil ikke hensikten med validering være å bestemme om forskeren har målt det han tror han måler, slik det er i kvantitative studier. Den har å gjøre med i ”hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke” (Kvale og Brinkmann, 2010, s. 251). Spørsmålet blir da om jeg i studien har svart på det jeg har spurt etter, med andre ord om studien svarer på hvilke opplevelser som er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose. Slik jeg ser det har deltakerne gjennom intervjuene gitt en beskrivelse av hvilke opplevelser de har hatt med å få og leve med en psykisk diagnose. Dette har gitt data som har gitt svar på studiens problemstilling.

For at studien skal være gyldig, må utvalget være tilstrekkelig (Kvale og Brinkmann, 2010). Utvalget i denne studien er lite og er hentet fra samme sted. Et spørsmål blir da om utvalget er et relevant grunnlag for å kunne svare på problemstillingen (Malterud, 1996). I følge Kvale og Brinkmann (2010) kan en

person være nok hvis intensjonen er å forstå hans eller hennes opplevelse av verden. Det er ikke antall deltakere som er avgjørende i kvalitative studier, men om menneskene som intervjues kan noe om temaet. Samtidig vil forskerens tid og ressurser spille inn på hvor mange deltakere som kan være aktuelle i studien. Jeg anser derfor at 4 deltakere i denne studien er tilstrekkelig. En styrke i denne studien er at alle deltakerne var engasjerte i temaet, og hadde et ønske om at deres opplevelser skulle bli formidlet videre. Dagtilbudet de er rekruttert fra, er i utgangspunktet lite opptatt av hvilke diagnose hver enkelt har. Det kan ha påvirket deltakernes syn på seg selv og temaet generelt. Det er sannsynlig at det hadde kommet frem andre svar hvis rekrutteringen ble gjort fra et annet sted eller fra forskjellige steder. Hvis jeg hadde benyttet meg av spørreskjema i stedet for semistrukturert livsverdenintervju, kunne utvalget blitt større. Det ville ha økt generaliserbarheten. Samtidig ville jeg da mistet muligheten til å utdype og å forsikre meg om at jeg hadde forstått det deltakerne fortalte. I følge Kvale og Brinkmann (2010) er heller ikke generaliserbarhet i kvalitativ forskning et mål.

Pålitelighet i studien er også et spørsmål om deltakerne er godt nok ivaretatt (Malterud, 1996). I kapittel 5 har jeg gjort rede for forskningsetiske overveielser ved denne studien. Jeg mener at studien har ivaretatt deltakerne på en etisk forsvarlig måte ved at de etiske retningslinjene er fulgt. Jeg har gjennom hele prosessen har vært bevisst på og reflektert over det etiske aspektet ved studien.

Er metoden studien bruker relevant for studiens formål? I følge Malterud (1996) er gyldigheten i en studie basert på om metoden som brukes er bestemt ut fra problemstillingen. I studien bruker jeg kvalitativ metode hvor semistrukturert livsverdenintervju med enkeltpersoner utgjør datainnsamlingen. Jeg mener kvalitativ metode er gyldig fordi jeg har spurt etter opplevelser, altså noe som ikke kan måles slik kvantitativ forskning er ment å gjøre. Gjennom å anvende semistrukturert livsverdenintervju har jeg kunnet spørre om deltakernes opplevelser. Fordi intervjuene verken er preget av en helt åpen samtale eller et fastlagt spørreskjema, har jeg hatt mulighet til å kunne forsikre meg om at jeg har forstått det deltakerne fortalte ved å kontinuerlig gi tilbake min forståelse. Deltakerne har kunnet bekrefte eller avkrefte det jeg hadde hørt, og sannsynligheten for at vi snakket forbi hverandre ble mindre. Jeg har også hatt mulighet til å utdype svarene jeg fikk. Samtidig var jeg nybegynner som intervjuer. Dette kan ha preget intervjuene og måten de ble gjennomført på fordi jeg ikke hadde intervjuerens håndverk inne. Jeg har underveis i prosessen tenkt at flere prøveintervju i forkant kunne ha styrket studien. Under intervjuet valgte jeg å ikke stille spørsmålstegn ved om det deltakerne fortalte er sant eller ikke. Målet i studien har ikke vært å få frem en objektiv sannhet, men den enkeltes opplevelse.

Reliabiliteten i studien kan økes hvis dataene er samlet inn på en samvittighetsfull måte (Malterud, 1996). Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Opptakene hadde klar og tydelig lyd, noe som gjorde det mulig å få med seg ordene som ble sagt. At intervjuene ble tatt opp på bånd gjorde at jeg kunne konsentrere meg om det som ble sagt i stedet for at jeg satt og noterte underveis. Jeg gjennomførte selv transkriberingen av intervjuene, slik Kvale og Brinkmann (2010) anbefaler. Gjennomføringen ble nyttig i den forstand at jeg kunne evaluere måten jeg utførte intervjuet på da hvert intervju ble skrevet ned før neste intervju ble gjennomført. Samtidig ble det også lettere å huske stemningen fra hvert intervju, og jeg fikk bedre kjennskap til materialet. Under transkriberingen skrev jeg ned så nøyaktig som mulig hvert ord som ble sagt for å sikre best mulig overføring fra muntlig til skriftlig språk. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at reliabiliteten kan styrkes hvis det er to personer som skriver ned samme intervju. Dette ble ikke gjort i denne studien. Alle deltakerne fikk tilbud om å lese transkripsjonen for å sikre kvaliteten. Det var en deltaker som ønsket å lese gjennom. Hun var enig i nedskrivningen av intervjuene. Bare en utdypning av ett par opplevelser og årstall var feil. Dette tolket jeg som om en styrke i forhold til studiens pålitelighet. I etterkant har jeg tenkt at reliabiliteten kunne vært styrket hvis alle deltakerne hadde ønsket å lese gjennom det transkriberte intervjuet. Malterud (1996) sier imidlertid at en hovedregel er at forskeren selv står for valideringen av konklusjonene.

Det viktigste virkemiddelet for å vurdere påliteligheten i en kvalitativ studie er intersubjektivitet. Intersubjektivitet betyr at forskeren gir leseren innsikt i hvordan kunnskapen er utviklet slik at leseren kan se det samme som forskeren så (Malterud, 1996). Fremgangsmåten for hvordan dataene er samlet inn og analyseprosessen er beskrevet i metodekapittelet, og funnene er presentert i et eget kapittel (jfr. 6.0). Under arbeidet med å analysere funnene var målet å få frem deltakernes stemme. For å få det til, var det av betydning at min egen forforståelse av temaet var klargjort og satt i parentes, noe jeg har utdypet i kapittel 5.4. Hvilke utsagn som stammer fra min forforståelse, teoretisk rammeverk, tidligere forskning eller direkte utsagn fra deltakeren, er etter beste evne tydeliggjort. Jeg har prøvd vært tro mot å få frem det de har sagt og ikke det jeg tror de har sagt. På forhånd hadde ikke studiens åpne problemstilling, hvor det ble spurt etter opplevelser med å få en psykisk diagnose, lagt føringer for hvilke temaer som var relevante for funnene. Dette gjorde det lettere å få frem deltakernes stemmer og å sette min egen forforståelse i parentes, noe som kan styrke påliteligheten i studien.

I følge Malterud (1996) påvirkes studiens pålitelighet ved at analyseprosessen er gjennomført grundig og systematisk. Jeg har brukt Malteruds (1996) systematiske tekstkondensering trinn for trinn under analyseringen fordi jeg er ny som forsker og trengte en vei som allerede var tråkket opp. Trinnene er beskrevet i metodekapittelet. Sannsynligheten for at funnene er gyldige, øker hvis flere er enige om det

(Malterud, 1996). Min veileder har lest gjennom både transkriberingen og analyseprosessen, og sier seg enig i at funnene er relevante. Alle deltakerne ble spurt om de ønsket å lese gjennom funnene før studien ble ansett som ferdig. Ingen ønsket dette. I etterkant har jeg tenkt at gyldigheten kanskje hadde vært større hvis deltakerne hadde ønsket å lese gjennom presentasjonen av funnene og kommet med tilbakemelding. Samtidig finnes det i kvalitativ forskning en aksept for at forskere i forhold til samme materiale fester seg ved ulike nyanser, noe som gjør at resultatene ikke blir like (Malterud, 1996). Det er derfor rimelig å anta at mine funn kan være gyldige selv om andre kunne ha kommet fram til en annen type kunnskap i denne studien.

En innvending ved studiens pålitelighet og gyldighet er at jeg er ny i forskerrollen. Dette kan ha gjort at jeg både i intervjusituasjonen og under arbeidet med analysen og funnene kan ha fanget opp mindre eller en annen type kunnskap enn hvis jeg hadde mer erfaring. Men å være ny har også gjort meg observant på læringsprosessen ved å bli en god forsker, og kan ha medvirket til at jeg utførte oppgaven med stor konsentrasjon, nøyaktighet, alvor og etisk vurdering.

Studiens validitet kan settes i sammenheng med tidligere forskning på feltet. Flere funn fra studien samsvarer med tidligere funn. Det er med på å styrke studiens gyldighet. Søket etter tidligere forskning ble avsluttet før funnene var analysert. I etterkant ser jeg at studiens gyldighet kunne vært styrket hvis jeg også hadde søkt etter tidligere forskning som omhandlet studiens funn.

Det siste spørsmålet som stilles er om mine funn har ekstern validitet. I kvalitative metoder er ikke valideringens mål å finne fram til en sannhet (Malterud, 1996). Derfor blir ikke spørsmålet i denne studien om deltakerne opplevelser er en sannhet for alle som har fått en psykisk diagnose. Ulike versjoner av virkeligheten kan være gyldige samtidig. Man søker å finne ut hva datamaterialet og metoden kan fortelle. For at andre kan bedømme overførbarheten av studien, er det nødvendig at fremgangsmåten er nøye beskrevet (Malterud, 1996). Det har jeg gjort etter beste evne. Deltakernes opplevelser med å få en psykisk diagnose er i utgangspunktet individuelle. Men det kan tenkes at andre kan gjenkjenne noen av opplevelsene, og på denne måten kan studien være overførbar. Samtidig kan deltakernes formidling være med på å øke kunnskapen rundt psykiske lidelser, hva det innebærer og hvilke utfordringer mennesker som har en psykisk diagnose står over for.

## 7.5 Studiens betydning for praksis

Studien setter fokus på et tema som er aktuelt. I flere miljøer diskuteres det om bruk av diagnoser er nyttige eller ikke. Politiske føringer viser at psykisk helsearbeid er i endring fra et ekspert dominerende perspektiv til et perspektiv hvor brukernes stemme skal tillegges mer vekt (*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*). Fortellinger fra mennesker som har opplevd å få og leve med en diagnose viser at hjelpen som tilbys mennesker som har fått en psykisk diagnose kan oppleves krenkende fordi de blir behandlet og møtt som en diagnose. Denne studien kan være et bidrag til å dra hjelpen i riktig retning, og til å tydeliggjøre et behov for normalisering av psykiske lidelser. Funnene i studien indikerer at et ekspert perspektiv i behandlingsapparatet fremdeles er tilstede. Dette kan føre til at mennesker som har en psykisk diagnose fratras sin mulighet og evne til å bruke sine ressurser i behandlingen. Studien viser hvordan godt psykisk helsearbeid kan gjennomføres ved å legge vekt på hvilke holdninger hjelperen har i møte med den som søker hjelp. Deltakerne i studien ønsker å bli sett som hele mennesker med ressurser og mulighet for å påvirke livet sitt i den retningen de ønsker. At de deltok i studien kan ha verdi gjennom at de tydeliggjør deres opplevelser med å få og leve med en psykisk diagnose. Det kan bidra til mer kunnskap om dette emnet. Kunnskapen kan være med på å forme det fremtidige psykiske helsearbeidet til det bedre for brukerne ved at det settes søkelys på betydningen av helsepersonells holdninger i møte med de som ønsker hjelp.

Studien er gjennomført med et ”sykepleieblikk”, og er en del av masterstudiet i psykisk helsearbeid. I utdanningen merkes de politiske føringene ved at studentene sosialiseres inn i et ikke- ekspert perspektiv. Studiet er tverrfaglig. Som tidligere nevnt er det i Norge leger som har myndighet til å sette diagnose, og de er pålagt å gjøre det (Kolberg, 2009). Hvilket perspektiv og holdning legene møter mennesker som har psykiske lidelser med, kan påvirke brukernes mulighet til å være aktiv deltakende i eget liv. Det kan stilles spørsmål ved hvor mye det i den medisinske utdanningen og praksis reflekteres over legenes dominerende rolle og makt. Slik jeg ser det, er det av avgjørende betydning at også legers holdninger til mennesker som har psykiske lidelser blir løftet fram i lyset og diskutert. Jeg har tidligere skrevet at hvis brukermedvirkning skal bli en realitet, er det nødvendig med en endring av maktfordelingen. Bruker må få mer makt. Dette gjelder fra mitt ståsted i forhold til alle yrkesgrupper innenfor psykisk helsearbeid. At masterstudiet er tverrfaglig, viser at forskjellige perspektiver kan gi større kunnskap hvis de løftes fram og blir diskutert. Samtidig gir et tverrfaglig studium en nødvendig erfaring i samarbeid på tvers av faggruppene, noe som kan være til det beste for brukeren. Det er slik jeg ser det nødvendig at også legeprofesjonen er en del av dette. Denne studien kan være med på å tydeliggjøre at brukernes stemme ennå ikke er tillagt nok vekt, og bidra til en holdningsendring innenfor alle helsefagprofesjoner.

Bøe og Thomassen (2007) tar til orde for en annen type forskning enn den som hittil har vært den mest vanlige hvor det er fagfolks antagelser og teorier som har vært gjeldende. De hevder at det er etterspørsel etter en forskning som har fokus på innenfraperspektivet og brukerperspektivet, det vil si kunnskap basert på folks erfaringer og opplevelser. Ved at denne type forskning blir akseptert og tillagt vekt, kan den evidensen som ligger til grunn for utførelsen av praksis og i lærebøker også endres. Denne studien er tenkt som et bidrag i denne retningen.

## **8.0 EN OPPSUMMERING AV STUDIEN OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING**

### **8.1 Oppsummering av studien**

Ved hjelp av kvalitative intervjuer har studien gitt svar på hvordan deltakeren opplevde å få og leve med en psykisk diagnose. Funnene i studien viser et gap mellom hvordan deltakerne opplevde seg selv og hvordan de kunne bli møtt av helsepersonell, familie og venner. Disse hadde ofte et mer innsnevret syn med fokus på diagnose. For deltakerne omfavnet ikke diagnosen alt, den var kun en liten del av hvem de er som mennesker. Diagnosen var ikke viktig for dem når de trengte hjelp. De ønsket å bli sett og møtt som hele mennesker. Flere av funnene samsvarer med tidligere forskning. Ved hjelp av Schibbye (2002) og Skjervheims (1996) teorier om objektivering, har diskusjonen konkretisert hvordan deltakerne opplevde å bli møtt som et subjekt eller et objekt, og den har vist hvordan helsepersonell kan møte og se mennesker som har psykiske lidelser på en måte som ikke har diagnosen i fokus. Studien har løftet fram hvor viktig det er at helsepersonell støtter opp om den enkeltes innsats og ressurser på veien mot en bedring. Deltakerne opplevde å bli møtt som et objekt ved at de ikke hadde fått rede på sin diagnose i et formelt møte med sin behandler. Kun en av deltakerne hadde i et uformelt møte fått rede på sin siste diagnose. For flere av deltakerne medførte dette vonde følelser. Også andre opplevelser i møte med helsepersonell viste hvordan deltakerne hadde blitt møtt i lys av diagnosen. Dette resulterte i opplevelser i form av å bli fratatt ansvar, å ikke bli snakket med eller trodd på og en følelse av avmakt. Objektiveringen er i samsvar med tidligere kritikk av diagnoser som sier at å få en diagnose i prinsippet vil si at pasientens følelser, handlinger og uttrykte tanker objektiveres. Flere av deltakerne var usikre på hva diagnosen egentlig betydde, og det førte til mange tanker om hvordan diagnosen passet inn. Deltakerne lette også etter en forklaring på hvorfor de var blitt syke, om de fremdeles var syke og på hvilken måte symptomene stemte eller ikke. Diskusjonen viser hvordan et menneske ikke kan objektivere seg selv. Den støtter seg til tidligere kritikk av diagnoser som hevder at en diagnose sier lite om den enkeltes indre opplevelsesverden, og at den dannes gjennom et øyeblikksbilde som fryses. Da kan det bli vanskelig å få diagnosen til å passe inn i et bevegelig liv. Ved at deltakerne møtte helsepersonell, venner og familie som ikke la stor vekt på diagnosen men så dem som hele mennesker, opplevde de å få mer ansvar for sitt eget liv. Derfor er det, slik jeg ser det, av avgjørende betydning hvilken holdning helsepersonell har i møte med mennesker som har fått en psykisk diagnose.

## 8.2 Forslag til videre forskning

Tidligere har jeg skrevet at det finnes lite forskning som har brukeres perspektiv. Derfor mener jeg at det trengs flere studier som belyser dette perspektivet.

Som jeg har vist, kan forskjellige typer diagnose plasseres forskjellige steder i et samfunnshierarki. Første forslag til videre forskning er derfor en studie som har vekt på om det er noen forskjell på hvilke opplevelser som er forbundet med å få og leve med en psykisk diagnose, hvor også type diagnose vektlegges.

Samtidig foregår det i fagmiljøene en diskusjon om nytten av diagnoser og bruken av dem. Jeg har sett innspill fra brukere om diagnosens nytte i bedringsprosessen. Deltakerne i denne studien sier også noe om det. Andre forslag er derfor en studie som sammenligner fagpersonells syn på bruken av diagnoser med brukeres holdning til bruk av diagnoser.

Underveis i prosessen har jeg tenkt mye på hva fagfolk vil si om det deltakerne har fortalt meg. Tredje forslag er en studie som belyser fagpersonells holdning til mennesker som har en psykisk lidelse. Den kan eventuelt kombineres med brukeres holdning til fagpersonell.

I denne studien viser funnene at deltakerne opplever et gap mellom hvordan de ser seg selv og hvordan andre ser dem. Jeg har undret meg over hva som har påvirket deres selvopplevelse. Siste forslag til videre forskning handler om en studie som har fokus på mennesker som har en psykisk lidelse sin holdning til seg selv. Temaet vil da være hva som påvirker deres selvopplevelse.



## Litteraturliste

Aase, T. H. og Fossåskaret, E. (2010). *Skapte virkeligheter - en produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almvik, A. og Borge, L. (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andersen, A. J. W. og Karlsson B. (1998). *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2012), *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo.

Axelsen, E. D. (1997). *Symptomer som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax forlag.

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

Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. Hentet 23.4.12 på [www.thi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0](http://www.thi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0)

Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax forlag A/S

Hayne, Y.M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 10, 722-729.

Horn, N., Johnstone, L., Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental health*, 16 (2), 255-269.

Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp*. København: Akademisk forlag.

Johannisson, K. (2010). Hvordan skabes en diagnose? *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 88 (3), 259-65.

Kolberg, C. (2009), Hvordan kan vi unngå at psykisk helsevern skader mer enn det hjelper? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (4), 301-309.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010), *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lauveng, A. (2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lauveng, A. (2011). *I morgen var jeg alltid en løve*. J. W. Cappelens Forlag AS.

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nåden, D. og Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming- i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rose, D., Thornicroft, G. (2010). Service user perspective on the impact of mental illness diagnosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 19 (2), 140-147.

Rådet for psykisk helse. Hentet 20.10.11 på <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29617>

Schibbye A. L. L (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: universitetsforlaget AS.

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: H. Aschehoug & co. (W. Nygaard).

Topor, A. (2004). *Vad hjälper?* Stockholm: Natur och Kultur.

Tranøy, K. E. (2007), *Vitenskapen- samfunnsmyndighet og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tøssebro J. (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øye, I. (2005). Gjest i eget liv. I.T. Steen (red.) *Asylet. Gaustad sykehus 150 år*. (146-176). Oslo: Aschehoug.

## Vedlegg 1

### **Intervjuguide 1**

Når fikk du din første diagnose?

Hvem gav deg den?

Hva tenkte du da diagnosen ble satt?

Hva tror du andre tenkte om diagnosen?

Er du enig i diagnosen?

Visste du hva diagnosen betydde da du fikk den?

Kjenner du andre som har samme diagnose?

Hvilken behandling fikk du?

Er du enig i behandlingen?

Hvilken behandling mener du ville vært den beste for deg?

Er diagnosen til hjelp for deg?

I hvilken sammenheng er diagnosen til hjelp for deg?

Er det noen sammenhenger hvor du opplever at diagnosen er negativ eller hemmende for deg?

Hvilke reaksjoner fikk du da diagnosen ble satt?

Hvilke reaksjoner fikk du fra andre?

Hva tenker du i etterkant om diagnosens betydning for deg?

Har du noen tanker om hva som eventuelt kan være alternativ til diagnosen?

Hvordan vil du helst bli møtt og behandlet i helsetjenesten?

## Vedlegg 2

### **Intervjuguide 2**

#### **Fortell om da du fikk din første diagnose:**

Når fikk du din første diagnose?

Hvem gav deg den?

Har du hatt flere diagnoser?

#### **Fortell om diagnose:**

Er du enig i diagnosen?

Visste du hva diagnosen betydde da du fikk den?

Kjenner du andre som har samme diagnose?

#### **Fortell om hvilke reaksjoner du fikk da diagnosen ble satt:**

Hvilke reaksjoner fikk du da diagnosen ble satt?

Hvilke reaksjoner fikk du fra andre?

Hva følte du da diagnosen ble satt?

Hva tenkte du da diagnosen ble satt?

Hva tror du andre tenkte om diagnosen?

#### **Er diagnosen til hjelp for deg?**

I hvilken sammenheng er diagnosen til hjelp for deg?

Er det noen sammenhenger hvor du opplever at diagnosen er negativ eller hemmende for deg?

#### **Fortell om behandlingen du fikk:**

Hvilken behandling fikk du?

Er du enig i behandlingen?

Hvilken behandling mener du ville vært den beste for deg?

#### **Fortell om tanker du har hatt i etterkant om diagnosen og behandlingen du fikk:**

Hva tenker du i etterkant om diagnosens betydning for deg?

Har du noen tanker om hva som eventuelt kan være alternativ til diagnosen?

Hvordan vil du helst bli møtt og behandlet i helsetjenesten?

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### ***”Hvordan oppleves det å få en psykisk diagnose?”***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Mitt navn er Anne Lene Årseth. Jeg er mastergradstudent i psykisk helsearbeid på Universitetet i Agder og utdannet sykepleier. Jeg ønsker å få bedre innsikt i selve opplevelsen av å få en psykisk diagnose.

Dette vil bli tema i min masteroppgave.

Det er nå økt fokus på å styrke brukermedvirkning i behandlingen av psykiske lidelser enn tidligere. Slik jeg ser det trenger dagens hjelpeapparat innen psykisk helse mer informasjon om hvordan brukere opplever hjelpen som tilbys. Denne informasjonen vil kunne føre til at dagens system kan bli bedre. Jeg ønsker derfor å intervju 3- 5 personer som har opplevd å få en psykisk diagnose. Dette er en henvendelse til deg om å delta i studiet.

#### **Kriterier for å delta i studien**

Du må ha en psykisk diagnose som er satt for minimum 5 år siden, eller du har hatt en psykisk diagnose tidligere. Samtidig må du ha tanker og meninger rundt det å få en psykisk diagnose som du ønsker å dele.

#### **Hva innebærer det å delta i studiet?**

Deltagelse innebærer at jeg får gjøre ett intervju av deg. Intervjuet er en åpen samtale omkring temaet. Jeg vil ha med meg noen stikkord som jeg ønsker å få svar på. Intervjuet vil bli gjennomført i januar 2012. Hvis du sier ja til å delta, vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet. Varighet av intervjuet vil bli ca 1 time, og det kan foregå der du måtte ønske det. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker.

## **Mulige fordeler og ulemper ved å delta**

Intervjuet kan sette i gang vanskelige tanker, følelser og refleksjoner som omhandler temaet. Samtidig kan det å sette ord på opplevelser gi ny innsikt og nye tanker som kan være nyttige. Det er du selv som bestemmer hvor mye informasjon du ønsker å dele med meg under intervjuet.

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

Intervjuet vil bli transkribert (skrevet ned i etterkant) av meg. Under transkriberingen vil jeg anonymisere all informasjon som kan peke tilbake på deg. Det er kun meg og min veileder som vil få tilgang til transkriberingen. Samtykkeerklæringen blir kun tilgjengelig for meg. Båndopptaket vil bli slettet når transkriberingen er ferdig, og all skriftlig informasjon om deg vil bli makulert når oppgaven er ferdig. Den antas ferdig 9. mai 2012. Oppgaven i sin helhet vil bli tilgjengelig på Universitetet i Agder sine nettsider. De som leser oppgaven vil ikke kunne kjenne deg igjen.

## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studiet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta, også etter at intervjuet er foretatt. Dersom du ønsker å delta, er det viktig at du undertegner samtykkeerklæringen på siste side.

## **Din rett til innsyn og sletting av opplysninger**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analysen.

## **Informasjon om den ferdige studien**

Når studien er innlevert og godkjent, vil du kunne få en kopi av den ved å henvende deg til meg eller min veileder.

Vedlegg 3

### **Kontaktpersoner**

Dersom du har spørsmål om studie eller senere ønsker å trekke deg fra prosjektet, kan du kontakte meg eller min veileder Berit Johannessen på tlf: 91380696 eller mail: [berit.johannessen@uia.no](mailto:berit.johannessen@uia.no)

Vennlig hilsen

Anne Lene Årseth

Tlf: 48000506

eller mail: [annela09@uia.no](mailto:annela09@uia.no)

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

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

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

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

Dersom det blir aktuelt, sier jeg meg også villig til å la meg intervju med tilleggsspørsmål.

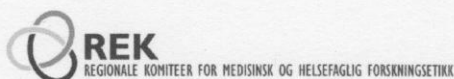
Jeg kan da kontaktes på telefonnummer:

Telefonnummer:

-----  
Underskrift av prosjektdeltaker:

---





<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Gjøril Bergva Aas	<b>Telefon:</b> 22845529	<b>Vår dato:</b> 16.12.2011	<b>Vår referanse:</b> 2011/2173
			<b>Deres dato:</b> 01.11.2011	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Berit Johannessen  
Universitetet i Agder  
Serviceboks 422  
4604 Kr.sand

**2011/2173 C Hvilke opplevelser og erfaringer er forbundet med å få en psykisk diagnose?**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 01.12.2011.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Agder  
**Prosjektleder:** Berit Johannessen

**Prosjektomtale (revidert av REK):**

*Psykisk helsearbeid er i endring, nye politiske føringer viser at det blir mer lagt vekt på brukermedvirkning ved å involvere brukerne og gi dem mer innflytelse i behandlingen. Dette åpner opp for at brukernes erfaringer og ressurser blir lagt til grunn i behandlingen. Mennesker som har opplevd hvordan det er å få en psykisk lidelse vil ha en verdifull erfaring i møte med hva som hjelper når du blir psykisk syk. Et aktuelt spørsmål er hvordan dagens diagnosesystem passer inn i dette bildet. Målet med denne masteroppgaven er å sette fokus på menneskers opplevelser og erfaring med å få en psykiatrisk diagnose. Det skal gjennomføres kvalitative intervjuer med 3-5 voksne som har hatt eller har en psykiatrisk diagnose som har vedvart over 5 år.*

**Vurdering**

I dette prosjektet skal personer intervjues om sine erfaringer og opplevelser med å ha en psykiatrisk diagnose. Deltagere rekrutteres gjennom Mental helse som videresender informasjonsskriv til personer som kan være aktuelle. Med tanke på deres sykehistorie forutsetter komiteen at de som inkluderes i prosjektet er samtykkekompetente. De som inkluderes kan være i en sårbar situasjon, og intervju er en intervensjon som potensielt kan åpne for uro og reaksjoner. Det oppgis i søknaden at kontaktperson i Mental helse kan formidle helsehjelp ved behov. Komiteen forutsetter at denne beredskapen, via Mental helse eller vanlig behandling i helsevesenet de har kontakt med, er på plass. Komiteen ber om at informasjon om at deltagerne kan få helsehjelp ved behov tas inn informasjonsskrivet.

**Vedtak**

Prosjektet godkjennes.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2012. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, jf. helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter

<b>Besøksadresse:</b> Gullhaug torg 4 A, Nydalen, 0484 Oslo	<b>Telefon:</b> 22845511 <b>E-post:</b> post@helseforskning.etikkom.no	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
	<b>Web:</b>		

## Vedlegg 5

prosjektslutt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Arvid Heiberg (sign.)  
prof. dr.med  
leder

Gjøril Bergva Aas  
Rådgiver

**Kopi til:**

Universitetet i Agder v/kontaktperson Veslemoy Rabe: [veslemoy.rabe@uia.no](mailto:veslemoy.rabe@uia.no)