

Line Margrethe Kentø

Støttesamtalenes betydning for hverdagsmestring The meaning of support conversations in everyday coping

Opplevelser fra voksne med milde til moderate
psykiske vansker
Experiences from adults with mild to moderate
psychological difficulties

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid
Veileder: Sissel Alsaker og Nina Petersen Reed
Mai 2019

Line Margrethe Kentø

**Støttesamtalenes betydning for
hverdagsmestring**
**The meaning of support conversations in
everyday coping**

Opplevelser fra voksne med milde til moderate
psykiske vansker

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid
Veileder: Sissel Alsaker og Nina Petersen Reed
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunnen for denne studien er spørsmålet om hvilken betydning det har for brukere med lett til moderate psykiske helseproblemer å delta i støttesamtaler. Jeg ønsket å finne ut hvordan disse samtalerne kunne være med på å hjelpe brukerne til å få en bedre hverdag.

Hensikt: Målet med denne studien er å øke kunnskapen og forståelsen om hvilken betydning støttesamtaler, som helsearbeidere i kommunen gir, har for hverdagsmestringen til brukere med psykiske helseproblemer.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Studien er basert på individuelle intervju med fire brukere som har gått i støttesamtaler i kommunen. Det ble brukt semistrukturerte intervju. Intervjuene ble analysert ved hjelp av temaanalyse. Resultatene ble drøftet opp mot teori og tidligere forskning.

Resultat: Denne studien viste at brukerne hadde et stort utbytte av å delta i disse støttesamtalerne, og at de hadde fått en bedre hverdag etter å ha deltatt i disse. Videre viste studien likheter med tidligere studier som har blitt gjort i forhold til brukere med psykiske helseproblemer generelt. Den viste, slik som de andre studiene også viste, at støttesamtaler har en helsefremmende virkning.

Konklusjon: I denne studien har jeg forsøkt å få frem de subjektive erfaringene til brukerne om deres opplevelser av å delta i støttesamtaler og hvordan disse samtalerne, ifølge dem selv, har hjulpet dem i hverdagen. Dette samsvarer også med tidligere forskning gjort i forhold til støttesamtaler og brukermedvirkning. Brukerne i studien min opplevde selv at det var dårlig markedsføring om denne tjenesten. Det har blitt gjort lite forskning i forhold til fenomenet, og det er behov for mer forskning for å få satt disse støttesamtalerne og betydningen av disse i fokus.

Nøkkelord: Brukere med lett til moderate psykiske helseproblemer, støttesamtaler, opplevelser, hverdagsmestring, salutogenese.

Abstract

Background: The background for this study is the question of what significance it has for users, with easy to moderate mental health problems, to participate in support conversations. I wanted to find out how these conversations could help users get it better in everyday life.

Purpose: The aim of this study is to increase the knowledge and understanding of the importance of support conversations, which health workers in the municipality provide, for everyday life for users with mental health problems.

Method: This is a qualitative study with a phenomenological-hermeneutic approach. The study is based on individual interviews with four users who have gone into support discussions in the municipality. Semi-structured interviews were used. The interviews were analyzed using cross-sectional analysis". The results were discussed against theory and previous research.

Results: This study showed that users had a great benefit from participating in these support conversations, and their everyday life had become better after they had taking part in these conversations. Furthermore, the study showed similarities with previous studies that have been done in relation to users with mental health problems in general. It showed, as the other studies also showed, that support calls have a health-promoting effect.

Conclusion: In this study I have tried to bring out the subjective experiences of the users about their experiences of participating in support conversations and how these conversations, according to themselves, have helped them in everyday life. This also correlated with previous research done in relation to support conversations and user participation. The users in my study even experienced poor marketing about this service. Little research has been done on the phenomenon, and there is a need for more research to focus these support conversations and the importance of these.

Keywords: Users with easy to moderate mental health problems, support conversations, experiences, everyday exercise, salutogenesis.

Dikt

Kildesortering

*I disse samhandlingstider
synes jeg det er rart
at ingen har koblet psykisk helse
og Renovasjonsetaten
Helsegevinsten av kildesortering
er helt klart undervurdert
Hverdagsfølelser som kjedsomhet og stress
kan kastes i vanlig søppel
som obs, obs
må tømmes daglig
Depressive tanker
er vanskeligere å bryte ned
og regnes som plast
Hat
inklusive selvhat
går som spesialavfall
og må håndteres
med forsiktighet
Faren er at det blir liggende
i boden eller i en skuff
fordi det er vanskelig
å bli kvitt
Men det viktigste av alt
skyll, brett, stapp
Husk at gleden
kan resirkuleres*

(Guro Skottene 2019)

Forord

Det har vært veldig spennende og lærerikt å skrive om brukerne sine opplevelser av å gå i støttesamtaler. Videre har det gjort inntrykk på meg hvor stor betydning et slikt tilbud kan ha for mennesker og deres hverdagsmestring. Jeg har fått en økt forståelse av hvilken betydning dette tilbudet kan ha. I tillegg håper jeg andre også har mulighet til å få dette gjennom å sette seg inn i denne studien. Kanskje vil flere bli nysgjerrige og derfor ønske å forske mer i forhold til fenomenet.

Til å begynne med vil jeg takke praksisplassen som lot meg få lov til å følge opp tre brukere med støttesamtaler. Det var dette som gav meg inspirasjon til studien. Deretter ønsker jeg å takke de fire brukerne som stilte oppi studien og som dermed lot meg få innblikk i deres livshistorier og opplevelser av å gå i støttesamtaler. Takket være dem hadde jeg muligheten til å gjennomføre denne historien. En stor takk til de to helsearbeiderne i de to ulike kommunene, som hjalp meg med å rekruttere brukere til intervju. Jeg vil også takke mine to veiledere, Sissel Alsaker og Nina Petersen Reed, for god veiledning. I tillegg vil jeg takke bibliotekaren, Oddvin Heggstad, for god hjelp i å søke i databaser. Jeg vil også takke min kollega, Maya Sundberg, og min samboer, Finn Roger, for god datakyndig hjelp. Til slutt vil jeg takke min familie som har vært støttende og tålmodige med meg under hele studiet.

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
Dikt	3
Forord.....	4
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.1.1 Samtalene som vekket min interesse for å undersøke nærmere	8
1.2 Oppbygging av oppgaven.....	8
1.3 Målsettingen for studien.....	8
1.4 Definisjon av psykisk helse.....	9
1.5 Definisjon av støttesamtaler	9
1.6 Diktet: "Kildesortering"(Guro Skottene 2019)	9
1.7 KOR (Klient- og resultatstyrt praksis)	10
2 Teoretisk forankring	11
2.1 Kommunikasjon	11
2.1.1 Gregory Batesons kommunikasjonsteori.....	12
2.2 Omsorg.....	14
2.2.1 Å kunne være til stede der brukeren er.....	15
2.3 Salutogenese.....	16
2.3.1 De tre kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.....	16
2.3.2 Fokus på personens historie	17
2.4 Maslows behovspyramide.....	18
2.5 Hverdag og-hverdagsmestring	19
2.5.1 Hverdagsliv-struktur og mening.....	19
2.5.2 Å ha et sosialt lager.....	20
2.5.3 Helsefremmende å være i arbeid.....	20
2.5.4 Roller å fylle i hverdagen.....	20
2.6 Presentasjon av relevant forskning.....	21
2.6.1 Betydningen av å fortelle sin livshistorie	21
2.6.2 Brukernes egne ressurser – et viktig utgangspunkt for å få en bedre hverdag	22
2.6.3 Helsearbeiderens kompetanse kan være avgjørende for å kunne hjelpe brukeren.....	23
2.6.4 Informasjon til bruker, pårørende og andre instanser	24

3	Metode	25
3.1	Forskningsdesign	25
3.1.1	Fenomenologisk tilnærming.....	25
3.1.2	Hermeneutisk tilnærming	25
3.2	Problemstilling	26
3.2.1	Valg av problemstilling.....	26
3.2.2	Forskningsspørsmål	26
3.2.3	Avgrensing og spesifisering av problemstilling.....	26
3.2.4	Hvordan vil jeg belyse problemstillingen?.....	26
3.3	Intervju	27
3.3.1	Semistrukturerte dybdeintervju	27
3.3.2	Intervjuguiden.....	27
3.3.3	Kriterier for utvalg.....	27
3.3.4	Utvalgsprosedyre.....	28
3.3.5	Innhenting av skriftlig informert samtykke til intervju.....	28
3.3.6	Litteratursøk- og søking etter forskning	28
3.3.7	Forskerens forforståelse	29
3.3.8	Gjennomføring av intervju.....	29
3.4	Etiske hensyn	30
3.5	Oppbevaring og behandling av data.....	30
3.5.1	Oppbevaring av data	30
3.5.2	Behandling av datamaterialet	30
3.6	Analysen	31
3.6.1	Temaanalysen	31
3.6.2	Koding, kategorisering i temaer	32
3.6.3	Reliabilitet og validitet	33
3.6.4	Etiske dilemmaer knyttet til temaanalyser	33
3.6.5	Publisering av studien.....	34
4	Resultat.....	35
4.1	Innledning.....	35
4.2	Opplevelsen av hverdagen før jeg begynte å gå i støttesamtaler	37
4.2.1	En kaotisk og tøff hverdag.....	37
4.2.2	Tomhet- en puslebrikke som manglet	38
4.3	Opplevelsen av å starte opp med å gå i støttesamtaler	40
4.3.1	Å våge å be om hjelp.....	40
4.3.2	Det første møtet	42
4.3.3	Det var tøft å fortelle sin livshistorie	43

4.3.4	Viktig med en god atmosfæren for å kunne skape en god relasjon	44
4.4	Vår opplevelse av å motta hjelp gjennom støttesamtaler.....	45
4.4.1	Å bli kjent med egne utfordringer og ressurser gjennom å fortelle sin livshistorie	45
4.4.2	Godt å få hjelp til å sortere.....	47
4.4.3	Få hjelp til å kunne prioritere annerledes	48
4.4.4	Den gode følelsen av mestring.....	49
4.4.5	Det er viktig å kunne ha troen på seg selv og å kunne gi seg selv ros	53
4.5	En lettere hverdag.....	55
4.5.1	Det er godt å kunne ha en bra hverdag selv om man har psykiske utfordringer.....	55
4.5.2	Godt å ha en kriseplan i beredskap dersom hverdagen blir vanskelig å takle 57	
4.5.3	Betydningen av å ha en strukturert hverdag	58
4.5.4	Informasjon er viktig å gi til pårørende- de kan være en god sosial støtte .	59
4.5.5	Håp og tanker om fremtiden.....	61
4.5.6	Markedsføring av tilbudet	64
5	Diskusjon.....	65
5.1	Funn.....	65
5.1.1	Med utgangspunkt i brukernes livshistorie	65
5.1.2	All erfaring er subjektiv.....	67
5.1.3	Hverdagen	68
5.1.4	Språket er med på å bevare hverdagsvirkeligheten	69
5.1.5	Relasjonens betydning	69
5.2	Pårørende kan være en god sosial støtte- viktig med informasjon	70
6	Konklusjon	72
7	Referanseliste.....	73
8	Vedlegg	75
8.1	Intervjuguide	75
8.2	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	77
8.3	Godkjenning fra REK.....	79
8.4	Vedtak NSD.....	81
8.5	Godkjent forlengelse av prosjektperiode NSD	84

1 Innledning

Denne studien ser på hvilken betydning støttesamtaler i kommunen har for brukere med psykiske helseproblemer, og hvordan disse samtaler kan være med på å gi brukere en bedre hverdag. Studien er en masteroppgave i Psykisk helsearbeid. Oppgaven er skrevet som en monografi.

Problemstillingen min er:

På hvilken måte opplever brukere med lette til moderate psykiske vansker, at de gjennom å gå i støttesamtaler hos helsearbeidere har muligheten til å få en bedre hverdag?

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Samtalene som vekket min interesse for å undersøke nærmere

Våren 2014 var jeg i praksis i en liten kommune, i avdelingen for Psykisk helse og rus. En av mine oppgaver som student der, var å følge opp tre brukere ved at de gikk i støttesamtaler hos meg over en periode på åtte uker. Disse samtalene fikk meg til å tenke mye over hvilken betydning slike samtaler kan ha for hverdagsmestringen til brukerne. En av brukerne sa dette om å delta i støttesamtaler: " Det er så godt å få tømt seg ".

1.2 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 1 er det en innledning hvor jeg presenterer bakgrunnen for at jeg har valgt å gjøre denne studien og for valg av tema. Jeg vil også presentere problemstillingen her. I tillegg forteller jeg litt om hvilken metode og tilnærming jeg har benyttet meg av. I kapittel 2 presenteres teori og relevant forskning. I kapittel 3 presenteres metoden, med bakgrunn og gjennomføring. I kapittel 4 presenteres studiens resultater. I kapittel 5 drøftes resultatene opp mot teori og tidligere forskning. I kapittel 6 presenteres det en konklusjon. Tilslutt i oppgaven kommer en referanseliste påfulgt av vedlegg.

1.3 Målsettingen for studien

Målsettingen med studien er å rette fokuset på hvilken betydning slike støttesamtaler kan ha for brukere når det gjelder å få hjelp til hverdagsmestring. Støttesamtaler i kommunen er et lavterskeltilbud, noe som gjør det lettere for brukere selv å ta kontakt eller å bli henvist hit. De fleste brukerne blir henvist av fastlegen sin, men noen blir også henvist av NAV og noen tar direkte kontakt selv. Norvoll (2013) skriver at det er blitt en ny trend at befolkningen i mer økende grad oppsøker de psykiske helsetjenestene i kommunene og NAV på grunn av at de ønsker hjelp med sin psykiske helse. Han skriver også at forskning viser hvor viktig ulike lavterskeltilbud er for personer med psykiske vansker. Forskning viser at brukerne er veldig tilfredse med kontinuiteten og tilgjengeligheten som lavterskeltilbud gir. Videre viser også Brukerbevegelsens historiske

utvikling at det ligger en enorm styrke i mobilisering av brukere og at dette igjen har stor betydning for tilfriskning (Norvoll, 2013).

1.4 Definisjon av psykisk helse

WHO (Verdens helseorganisasjon) definerer psykisk helse som: «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (Hvite Ørn 2018)

1.5 Definisjon av støttesamtaler

Støttesamtale er en samtale som skal være givende og skal gi støtte. Målet med samtaler kan være å finne mestringsstrategier, styrke selvfølelsen, øke aktivitetsnivået og å utvide kontaktnettet. En målsetting kan også være å vedlikeholde funksjonsnivået. Samtalene dreier seg ofte om situasjonen slik den er for brukeren her og nå (Kjelsen 2011). Varigheten av samtalen er cirka en times tid og den kan foregå hvor som helst (Kjelsen 2011). Kjelsen (2011) beskriver fasene i samtalen som en fisk. Der snuten på fisken er innledningen. I denne fasen er det viktig å skape en god, trygg atmosfære som legger til rette for kontakt. Et av spørsmålene her kan være: «Hva er du mest opptatt av for tiden?». Fiskens kropp er samtalen tema. Det kan variere fra bruker til bruker, og fra samtale til samtale. Hvordan en som helsearbeider skal gå frem i samtalen avhenger av temaets karakter, samt kunnskap og erfaringer som en har med seg. Kanskje trengs det å settes opp en plan med mål for brukeren. Her blir det viktig å lytte til brukerens historie og komme med innspill. Fiskens hale er avslutningsfasen. Avslutningen bør skje på en god måte og det kan avtales tema for neste samtale. Tiden mellom samtaler er viktig. Det er i denne tiden brukerne får prøvd ut på eventuelle mål (Kjelsen 2011).

1.6 Diktet: "Kildesortering" (Guro Skottene 2019)

Jeg ønsket å starte denne oppgaven med et diktet «Kildesortering», som er skrevet av Guro Skottene (2019). Jeg mener diktet gir en bra beskrivelse av hvordan det kan være å ha psykiske vansker og sitte inne med mange vonde tanker og følelser. Guro Skottene har igjennom å skrive diktet fått frem et viktig budskap. Diktet beskriver hvordan disse tankene og følelsene trenger hjelp til å bli sorterte, og at det er viktig at de ikke blir lagt bort i skuffer og skap. Det er viktige elementer som blir tatt opp i diktet, hvor depressive tanker blir sammenlignet med plast som er vanskelig å bryte ned. Og følelser av hat som må behandles med forsiktighet. Samt hverdagsfølelser som stress og kjedsomhet som må tømmes daglig. Samtidig er det håp. Slik som det står i diktet, de må skylles, brettes og stappes, det er håp om å få hjelp med disse vanskene. Og som diktet avslutter med at gleden kan resirkuleres. Det er muligheter for å bli bedre igjen og å kunne få en bedre hverdag. Jeg mener det kan sammenlignes med en bruker som skal gå i støttesamtaler, som trenger hjelp til å sortere sine tanker.

1.7 KOR (Klient- og resultatstyrt praksis)

Tidligere har det blitt tatt lite hensyn litt brukernes meninger og opplevelser når det gjelder utforming av tjenestetilbudet i psykisk helsevern. I tillegg har behandlingstilbudet handlet mye om å sette en diagnose, og i forhold til dette har det blitt gitt en bestemt type evidensbasert terapi. Dette har igjen innebåret at brukeren, selve nøkkelpersonen, i behandlingen har blitt litt glemt. Brukeren er mottakeren av den hjelpen vi helsearbeidere gir og jeg mener det derfor er viktig å få frem deres subjektive opplevelser. Min studie blir på en måte en kvalitetssikring av tjenesten og kan dermed være med å hjelpe helsearbeider i den jobben de gjør. Tidligere har ikke brukerens stemme blitt hørt. Noe som igjen har medført at vi har blitt blinde for resultatet av den tjenesten vi yter for brukerne. Dette er en helt avgjørende faktor for at vi skal kunne se hvilken behandling som hjelper for den enkelte bruker (Ulvestad, 2007). I de siste årene, ved at blant annet Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) kom, har denne tilnæringsmåten til tjenesten vært i endring. Her står blant annet brukermidvirkning i fokus (Regjeringen.no).

2 Teoretisk forankring

Forankring i sentrale faglige teorier gir oss et utgangspunkt for å utvikle en forståelse av dataene. Den faglige bakgrunnen gir grunnlag for å gjenkjenne mønstre i dataen. Men når vår målsetting er å utvikle teori på grunnlag av data, er det viktig at vi er åpne ovenfor tolkninger av teksten, og at vi ikke er bundet av den teoretiske bakgrunnen for undersøkelsen. Når målsettingen er å arbeide induktivt, vil uttrykk og begreper deltakerne anvender, gi et grunnlag for å utvikle teoretiske perspektiver på grunnlag av data (Thagaard, 2018, s. 177) .

Siden prosjektet mitt omhandler støttesamtaler, så er kommunikasjon et sentralt felt her. Prosjektet vil være forankret i Batesons kommunikasjonsteori, da jeg mener denne teorien har viktige poeng og er veldig godt beskrivende når det gjelder å kommunisere. Spesielt med tanke på støttesamtaler. Prosjektet vil videre være forankret i teorien om salutogenese. Dette på grunnlag av at jeg finner det viktig med de salutogene prinsippene for helsearbeideren i møte med brukerne. Dette er verdier jeg finner sentrale for å kunne oppnå en bedringsprosess hos brukere gjennom støttesamtaler. Den er viktig for å kunne fremme helse og dermed bedre livskvalitetene til brukerne (Antonovsky, 2005). Jeg vil også kort ta med et lite utdrag av Kari Martinsens og Løgstrups omsorgsfilosofi, da jeg mener dette også er sentrale verdier å ha med seg i møte med mennesker. Maslows behovspyramide vil også få en plass her. Denne er viktig for å finne ut hvor brukerne befinner seg, for å kunne hjelpe dem. Dersom brukeren for eksempel ikke har noen plass å bo, er det viktigste å sette inn tiltak i forhold til dette, før støttesamtalene kan få den virkningen som man ønsker. Derfor er denne behovspyramiden sentral. Deretter vil jeg ta med teori om hverdagslivet. Denne er viktig for å kunne beskrive hverdagsliv og sentrale ting som betyr mye i hverdagen, og som er betydningsfull å ha med seg ettersom det jeg vil finne ut er hvordan støttesamtaler kan være med på å gjøre hverdagen til brukerne bedre. Helt til slutt i dette kapitlet vil jeg presentere relevant forskning som har blitt gjort.

2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet «kommunikasjon» kommer av det latinske ordet *communicare*. *Communicare* betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller delaktiggjøre en annen i. I hverdagen brukes begrepet om en rekke fenomener. Alt fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett, samt massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk (Eide & Eide, 2007). I tillegg til at vi kommuniserer verbalt, så kommuniserer vi også ved hjelp av kroppsspråk og bevegelser, med hulk, grynt, latter, pust og med stillhet. Vi kommuniserer også ved hjelp av tempo, styrke, trykk og rytme (Jensen & Ulleberg, 2011).

2.1.1 Gregory Batesons kommunikasjonsteori

Denne oppgaven vil være forankret i Gregory Batesons kommunikasjonsteori. Gregory Bateson (1904-1980) var en britisk vitenskapsmann, utdannet som sosialantropolog og biolog. Han var med på å utvikle kommunikasjonsteori. I hans kommunikasjonsteori er oppmerksomheten rettet mot den kommunikasjonen som forekommer mellom mennesker. Batesons hovedinteresse i kommunikasjonen var knyttet til det som ligger mellom ordene, eller over dem og under dem, og spesielt til det som kommuniseres utenfor språket. Hans måte å beskrive kommunikasjon på mener jeg er beskrivende i forhold til den kommunikasjonen som foregår mellom helsearbeider og bruker i støttesamtaler. Feedback blir her brukt som en beskrivelse av samspill, dette gjør det mulig å beskrive samspill sirkulært. Ved å forstå feedback som en beskrivelse av samspill, ble det mulig å få en ny forståelse av hvordan forhold mellom mennesker henger sammen og hvordan vi gjensidig påvirker hverandre. Vi påvirker hverandre gjennom mønstre som dannes i forholdene mellom oss (Jensen & Ulleberg, 2011).

2.1.1.1 Virkeligheten ville kunne se forskjellig ut fra person til person

Bateson hadde et kommunikasjonsperspektiv på verden. Han var opptatt av at det vi forholder oss til rundt oss ikke er gjenstander, men ideer om gjenstander. De eneste relevante størrelsene i en verden av kommunikasjon, er ifølge Bateson, budskap. Deler av budskap, forhold mellom budskap, manglende budskap osv. Disse budskapene er heller ikke objektive størrelser, de blir til gjennom kraft av meg som opplever, oppfatter og erfarer. Bateson legger stor vekt på at verden blir skapt av den som observerer, og at vi ikke kan oppfatte objektivt. Han uttrykker dette slik: « denne stolen som jeg kan se og som jeg sitter på. Min persepsjon av stolen er kommunikasjonsmessig virkelig, og det jeg sitter på er for meg bare en ide som jeg stoler på» (Ulleberg 2014, s.19). Det er ikke objektive størrelser vi forholder oss til, men det er våre egne tolkninger av disse. Derfor vil virkeligheten kunne se ulik ut fra person til person. Avgjørende for hvordan hver enkelt ser virkeligheten er at vi tolker, tillegger mening, legger merke til og reagerer ut fra hvem vi er og hva vi har lært (Ulleberg, 2014). F.eks. «En person kan elske fargen brun, mens andre ikke liker den fordi den minner om noe trist og innestengt» (Ulleberg, 2014, s. 19). Begrepene mulighet og virkelighet stammer fra den greske filosofen, Aristoteles. Aristoteles oppfatter forandring som et spill mellom mulighet og virkeliggjørelse av mulighet. Bevegelse er sier han, virkeliggjørelse av det mulige. Disse begrepene kan igjen overføres til et helt annet område og se hvordan mennesket kan utnytte sine muligheter og gjøre disse til virkelighet, det vil si bli godt og lykkelig (Christensen & Horjen, 1967).

2.1.1.2 Batesons grunnregler for kommunikasjon

1. Det er umulig ikke å kommunisere

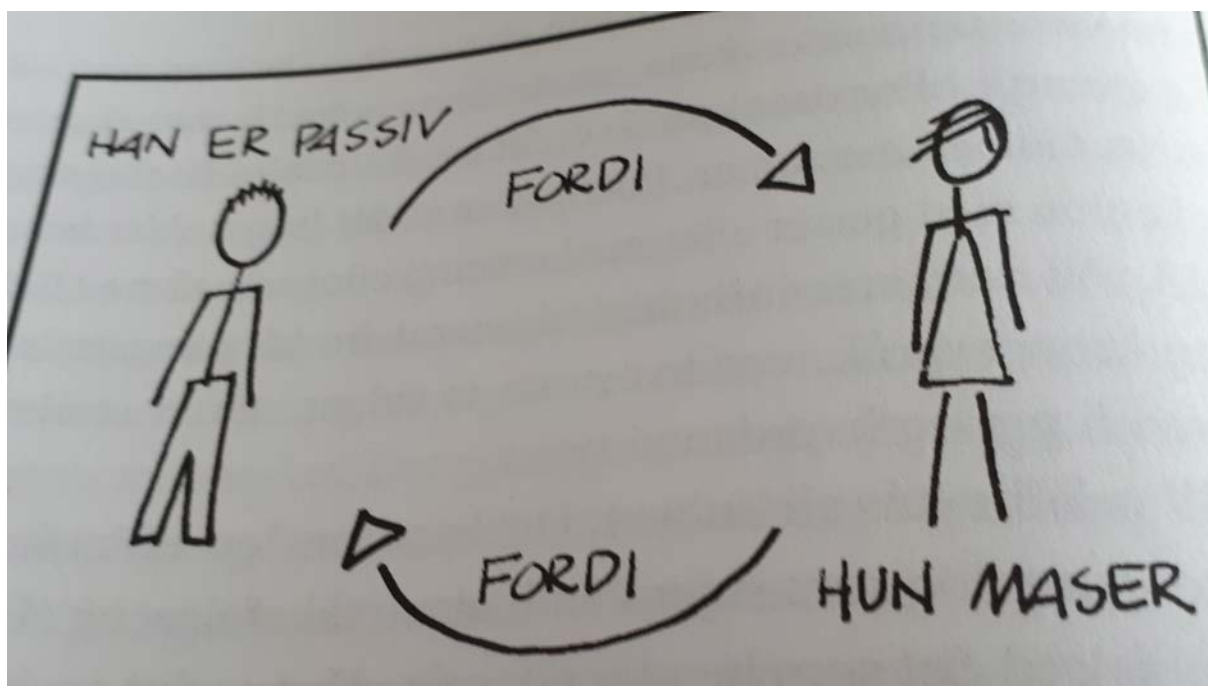
Selv om vi anstrenger oss, så er det umulig og ikke kommunisere med andre. Dette kjennetegner det å være menneske. Uansett hva vi gjør og ikke gjør, så vil vår opptreden bli tolket og forstått på bestemte måter av andre. Eksempler på dette, kan være at en dame sitter på bussen med øynene lukket. Hun kommuniserer likevel. Vi rundt henne kan tolke dette ved at hun ikke ønsker å bli snakket til, at hun er trett eller at hun er redd. Det er umulig og ikke kommunisere (Ulleberg, 2014).

2. Vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold

Når vi kommuniserer, så kommuniserer vi mennesker alltid på flere nivåer. Samtidig som vi kommuniserer om innholdet i samtalen eller brevveksling, så kommuniserer vi også indirekte i forhold til hvilken relasjon vi har til hverandre. Er vi venner, konkurrenter, hjelper vi hverandre eller utfordrer vi hverandre. Dette vil igjen prege den kommunikasjonen som vi har med hverandre. Samtidig som vi er opptatt av innholdet i samtalen, så er vi også opptatte av hvilket humør den andre er i, om han er interessert i meg som person og det jeg sier, eller han opplever kanskje at jeg og det jeg sier er kjedelig og uinteressant. Vi utstråler mye gjennom tonefall og kroppsspråk. Ordene vi sier har en slags rytme, og tonefallet har mye å si for det budskapet som kommer ut. Ord kan også være med gester. « Vi definerer forholdet til hverandre på mange måter, ved ordvalg og kroppsspråk, ved hvor ofte vi ringer, når vi sender SMS, hvilke gaver vi gir, og hvordan vi lytter»(Ulleberg, 2014 ,s. 14) .

3. Samspill må forstås sirkulært

Bateson mener at samspill må forstås sirkulært. Den mest brukbare forståelsesrammen er sirkulære årsaksforklaringer. To mennesker som har en kommunikasjon med hverandre og dermed et samspill, det utgjør en sammenheng. Men ikke på den måten at den ene er årsaken til den andre. Når vi derimot ser samspillet i en sirkulær sammenheng, vil det som vi tidligere så på som egenskaper ved individer, nå kunne framstå i et nytt lys. Gjennom å se samspill i et sirkulært lys, så vil dette medføre at vi selv blir en del av samspillet. Dermed vil vi kunne få en ide om at vi selv er en del av vår beskrivelse. På denne måten kan vi se at når en person er passiv i et samspill, så vil ikke dette være en egenskap ved denne personen, men en egenskap som han viser i en bestemt relasjon(Ulleberg, 2014).



Figur1 Sirkulær kommunikasjon(Jensen & Ulleberg, 2011)

4. All erfaring er subjektiv, all persepsjon er en tolkning

Det som er sentralt her er at vi har våre ideer, vår forståelse og vår persepsjon av virkeligheten. Noe som igjen innebærer at vi ikke har en direkte tilgang til virkeligheten. Bateson legger vekt på at all erfaring er subjektiv og at vår forestilling av verden også dermed er subjektiv. Dette innebærer at vi mennesker har ulike forestillinger om verden. Som Bateson sier det: «Dette fører til at hvert menneske faktisk på sett og vis har sin egen verden, sin egen subjektive virkelighet som han eller hun er alene om. Vi kan aldri helt forstå et annet menneske» (Ulleberg, 2014, s. 22).

5. Relasjonen er grunnleggende og basis i kommunikasjonsteorien

Relasjonen er viktig, da det er denne vi forholder oss mest til, mer enn vi forholder oss til gjenstander og fysiske realiteter. Ideene vi har om virkeligheten bygger på at vi oppfatter relasjoner mellom hvitt og svart, mellom varmt og kaldt, mellom lys og mørke. Det som er viktig er at det er forskjellene vi oppfatter og at vi alltid forstår noe i forhold til noe annet og ikke isolert. Bateson skriver dette om hva han mener relasjoner kan dreie seg om: «...spørsmål om relasjoner, med det mener jeg kjærlighet, hat, respekt, avhengighet, tilskuerverole, opptreden, dominans og så videre» (Ulleberg, 2014, s. 23). Vi har alle vår versjon av virkeligheten. Samtidig som vi erfarer hverandre, verden og oss selv i relasjoner. Relasjonen er grunnleggende både når det gjelder i møte med mennesker, med situasjoner eller med fenomener. I møte med andre mennesker viser vi oss selv, samtidig som vi erfarer og utvikler oss selv og vår forståelse av oss selv og verden i møte med andre (Ulleberg, 2014). Ifølge Norvoll (2013) så er den personlige relasjonen som blir etablert mellom terapeut og pasient i begynnelsen av en behandlingsprosess, en avgjørende faktor for suksess i samtaler med pasienter (Norvoll, 2013).

2.2 Omsorg

Jeg vil vise til Kari Martinsen og Løgstrups (Martinsen & Kjær, 2012) sitt syn på omsorg, når det gjelder omsorg ovenfor brukeren, i relasjonen bruker-helsearbeider. Martinsen (Martinsen & Kjær, 2012) legger vekt på at vi mennesker lever i en felles verden og er delaktige i hverandres liv. Samtidig sier hun at det er et grunnleggende trekk ved vår tilstedeværelse at vi er sårbare og på denne måten avhengige av hverandre. Vi er på en måte utlevert til andres ivaretagelse. Samtidig viser sårbarheten at livet er skrøpelig og kan ødelegges. Av ulike årsaker kan mennesket bære på sår i livet. I form av for eksempel sykdom, på smertelige livserfaringer som sorg, angst og frykt og skyld. Slike smertefulle livserfaringer er ikke til å komme utenom i livsforløpet. Men sårbarheten er også en forutsetning for medlevelse i andres lidelse og en oppfordring til ivaretagelse. Derfor kan sårbarheten forstås som en styrke. Martinsen er opptatt at vi er undrende i møte med andre mennesker, på denne måten kan vi klare å være tilstede på en måte der vi har ro, tid og åpenhet i oss og omkring oss. Denne forundringen åpner for tenkning og ettertanke. Samtidig som den kan være både uro, spenning og smerte som driver den frem (Martinsen & Kjær, 2012).

2.2.1 Å kunne være til stede der brukeren er

Når jeg har ondt

er jeg ikke her

hvor du er (...)

når jeg har ondt

kommer jeg dig ikke i møde

du må lede

til du finder du af

hvor jeg er

(Martinsen & Kjær, 2012 s. 128)

Diktet poengterer at når pasienten har det vondt, så er han ikke der sykepleieren er. Selv er han da lukket inne i smertens tid og rom. Noe som igjen gjør at han opplever seg som fanget i sin egen kropp. Samtidig som han også isolerer seg fra omverdenen og han føler seg veldig alene.

når jeg har ondt

er jeg alene

for smerten går sine egne veier

(Martinsen & Kjær, 2012 , s. 128)

Dette mener jeg kan sammenlignes med en helsearbeider som møter en bruker i støttesamtaler. Helsearbeideren må her kunne være nøkkelen som kan hjelpe med å åpne opp brukerens lukkede dører, fordi brukeren selv ikke klarer å komme henne i møte og åpne døren for henne. Dette er en handling preget av makt. Likevel når brukeren i tillit til helsearbeideren ber henne om å lete så hun kan fornemme noe av hans innestengte smerte, så blir på en måte helsearbeideren gitt makt til å handle på brukerens vegne, som et omsorgsansvar. Denne makten som hun blir gitt gjennom hans tillitsforhold til helsearbeideren, må brukes med varsomhet. Det forutsetter igjen at døren til pasientens rom brytes opp med respekt, varsomhet og aktelse. Denne makten kan lett vendes om til overgrep mot pasienten. Helsearbeideren må derfor la seg selv og kunnskapen bli veiledet gjennom sansing av den andre, på denne måten har helsearbeideren mulighet til å finne brukeren der han er og møte han slik han makter å være til stede i øyeblikket (Martinsen & Kjær, 2012).

2.3 Salutogenese

Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære. Teorien er en motstandsteori til patologien, som fremhever sykdom (Antonovsky & Sjøbu, 2012)

En salutogen tankegang åpner for å undersøke hva som skjer når organismen utsettes for belastninger som det ikke finnes noen umiddelbar tilgjengelig eller automatisk adaptiv respons på- en allment anerkjent definisjon av en stressfaktor- når det er solid teoretisk grunnlag for å predikere et positivt helsemessig utfall (Antonovsky & Sjøbu, 2012 ,s. 32).

Teorien om salutogenese og hvordan en salutogen tilnærming til brukeren kan være med på å fremme helse, vil også være med på å danne et teoretisk rammeverk for studien. Sentralt her vil da også bli OAS, som er forkortelse for opplevelsen av sammenheng. Oversatt til engelsk blir det SOC, forkortelse for sense of coherence. Antonovsky fant ut at det var en stor sammenheng mellom OAS og helse. Han kom frem til denne sammenhengen ved å finne frem til en klar definisjon av hva som utgjør en generell motstandsressurs. Han ville finne en forståelse av hvordan noen ting kunne fungere som dette. Svaret ble opplevelsen av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

2.3.1 De tre kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

1. Begripelighet handler om i hvilken grad en opplever at stimuli som en utsettes for både i det indre og ytre miljø er kognitivt forståelige. Med dette menes at stimuli som man utsettes for virker sammenhengende og strukturert, samt at den gir en klar informasjon. For å oppnå begripelighet er det viktig at denne typen stimuli ikke oppleves som støy, kaotisk, tilfeldig, uventet og uforståelig. Personer som skårer høyt på begripelighet forventer at stimuli som de møter på i fremtiden er forutsigbare. Dersom disse stimuli kommer uventet, forventes disse å kunne forklares og settes i en sammenheng. Samtidig har disse personene mulighet for å sette uventede hendelser og andre stressfaktorer i en forståelig sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

2. Håndterbarhet vil si i hvilken grad man har til å takle de kravene som man blir utsatt av gjennom ulike stimuli. Denne taklingen er igjen avhengig av de ressursene som man har tilgjengelige. Dette er ressurser som man selv har kontroll over eller ressurser som kontrolleres av en annen- en ektefelle, venn, kollega eller andre som man har tillit til. Dersom man har en sterk opplevelse av håndterbarhet takler man hverdagen og dens utfordringer bra. Dersom livet skulle gå i motbakke, så har man evne til å takle dette og gå videre i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

3. Meningsfullhet innebærer i hvilken grad en opplever at livet er forståelig rent følelsesmessig. Dette innebærer igjen at noen av tilværelsens problemer er verdt å bruke krefter på og at de er verd å engasjere seg i. Dette er utfordringer som man tar på strak arm og som man helst ikke ville ha vært foruten (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

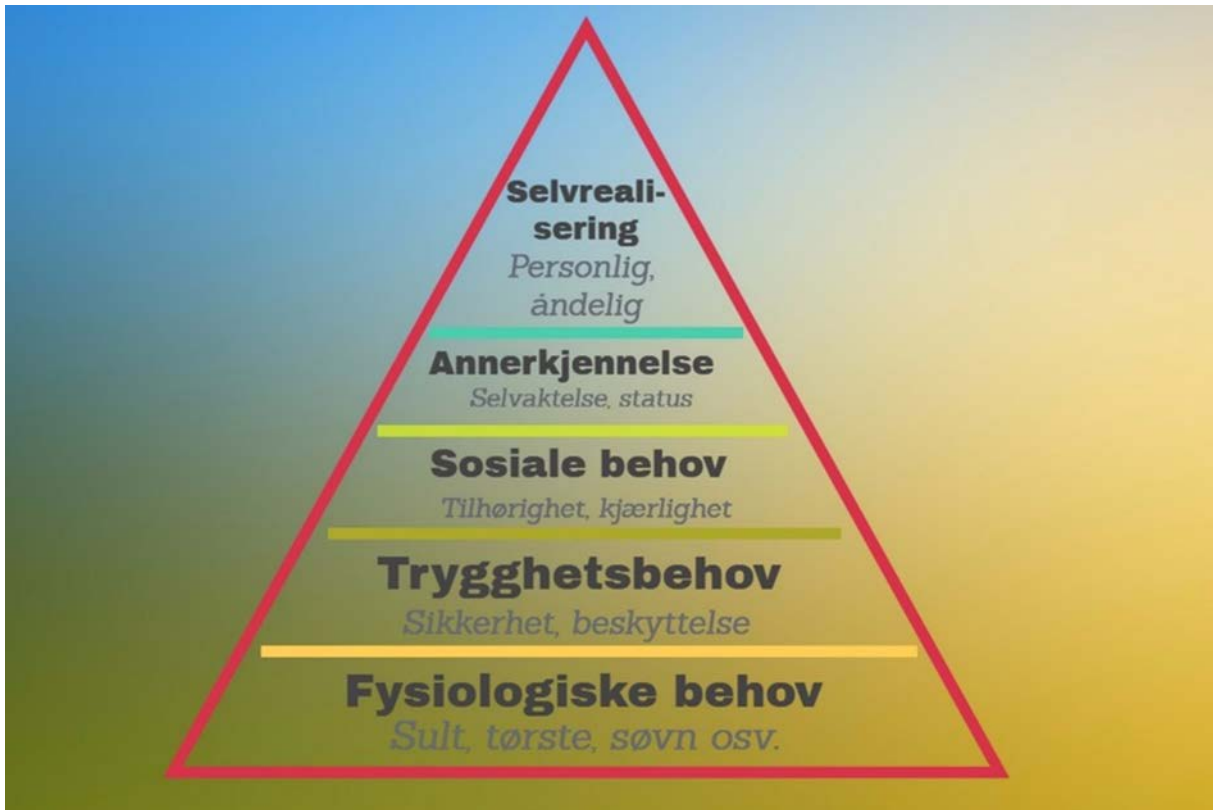
2.3.2 Fokus på personens historie

Ifølge Langeland (2009) fokuserer salutogenese heller på personens historie enn på diagnosen. Videre blir mestringsevnen i historien vektlagt. I det salutogene perspektivet går terapeutrollen ut på å være en samtalepartner med en kombinasjon av kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet. Igjen innebærer dette en balanse mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke og ressurser.

Behandlingsopplegget skal fokusere på å redusere hindringer og styrke eksterne og interne ressurser, og i tillegg fremme en positiv selvforståelse og SOC (Antonovsky & Sjøbu, 2012). For på denne måten å gi en høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon og velvære (Langeland, 2009). I møte med brukeren i støttesamtalen, mener jeg dette er sentrale verdier å ha med seg som helsearbeider. Her er personen definert som et åpent system i aktivt samspill med omgivelsene. Dette innebærer både indre og ytre forhold. Her understrekes bruken av potensielle og/ eller eksisterende motstandsressurser. Teorien fokuserer ikke bare på å minimalisere risikofaktorer. Spenning og belastning forstås i denne teorien som potensielt helsefremmende. Videre fremhever teorien om salutogenese identifikasjon av ulike individuelle og kollektive generelle motstandsressurser (GMR). Sosial støtte er en avgjørende motstandsressurs. Disse kan være med på å fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Det viser seg at SOC øker og dermed vil personen oppleve bedre helse, dersom en person og omgivelsene opplever å ha høy grad av motstandsressurser potensielt tilgjengelig og som de dermed kan anvende. Her er kvaliteten på sosial støtte som nære emosjonelle bånd definert som spesielt viktige.

(Langeland, 2009).

2.4 Maslows behovspyramide



Figur 2 Maslows behovspyramide (Pauline Irene 2013)

Ovenfor er det et bilde av Maslows behovspyramide. Abraham Maslow var en russisk-amerikansk psykolog, som i 1943 lagde en fremstilling av de menneskelige behov i en pyramide. Denne pyramiden viser de grunnleggende behovene nederst, disse må være dekket for at vi mennesker skal kunne fungere skikkelig. Dersom disse ikke er dekket, så fungerer mangel av disse som en drivkraft for å få disse dekket. De to øverste trinnene i pyramiden handler om vekstbehov. Vi trenger ikke disse for å leve. Samtidig kan disse kanskje være greie å ha for at vi skal være lykkelige og fornøyde med oss selv (Wikipedia 2019).

Fysiologiske behov

Det er viktig at vi har nok mat, vann og søvn. Under disse behovene hører også sansestimulering og beskyttelse mot ekstrem kulde eller varme.

Trygghetsbehov

Sentralt i dette trinnet ligger sikkerhet og forutsigbarhet knyttet til jobb og økonomi. Det som også er viktig er trygghet, regelmessighet og stabilitet. I tillegg er også faste rammer, orden og struktur er viktig for å minske hverdagsstresset. Det er viktig at vi har et trygt sted å bo og at vi er omgitt av trygge omgivelser. Samtidig er også beskyttelse mot krig, vold og overgrep en del av det å leve i sikkerhet.

Sosiale behov

For oss mennesker er dette også et viktig trinn for at vi skal ha det bra. Vi er sosiale vesener, noe som innebærer at vi har behov for å inngå i et fellesskap og å føle at vi har tilhørighet til et sted. I tillegg er det viktig for oss å føle samhørighet og å kunne gi og motta kjærlighet. Dersom vi ikke får dekket dette behovet, så kan det medføre at vi blir ensomme, får sosial angst og blir deprimerte.

Annerkjennelse

For å være lykkelige og for å føle at en har et fullverdig liv, søker vi annerkjennelse for våre prestasjoner og vi vil ha respekt. Under dette trinnet hører også status og prestisje med. Dersom vi ikke får dekket disse behovene, så kan dette medføre lav selvtillit og utvikling av et mindreverdigetskompleks.

Selvrealisering

I dette trinnet handler det om å få realisert drømmene sine og i tillegg å få brukt de evnene som vi har. Noe som igjen innebærer at vi mennesker har et stadig behov for å utvikle oss selv og for å nå vårt fulle potensial.

(Pauline Irene 2013)

Maslows pyramide er ikke absolutt. Noe som innebærer at selv om han mente at de nederste behovene måtte fylles opp først, så er de likevel vanlig at flere av behovene er tilfredsstillt samtidig. Eksempler på dette er at en kan være sulten og tørst, men samtidig oppleve kjærlighet og tilhørighet. Samtidig er en sulten og tørst og ikke får dekket dette behovet, så vil ikke selvrealisering være noe en er spesielt opptatt av (Pauline Irene 2013).

2.5 Hverdag og-hverdagsmestring

2.5.1 Hverdagsliv-struktur og mening

Begrepet hverdagsliv består blant annet av to dimensjoner som er veldig viktige. Det er den daglige organiseringen av oppgaver og virksomheter og hverdagslivet som erfaring og livsverden (Gullestad, 1989). «Hverdagslivet fremstår som en virkelighet som tolkes av mennesker, og som er subjektivt meningsfylt for dem som en helhetlig verden»(Berger, Wiik, & Luckmann, 2000 , s. 40). Hverdagslivet består av ulike typer aktiviteter som vi mennesker velger å fylle det med. Det er en samling av handlinger og oppgaver som er navngitte og organiserte. De har betydning og verdi for kulturen og for individet. Videre kan aktivitet forstås ut fra det engelske begrepet Occupation. Dette begrepet omfatter også den sosiokulturelle konteksten handlingen skjer innenfor, og omhandler mer enn selve aktiviteten. Disse aktivitetene er med på å gi oss struktur i hverdagen. I tillegg gir de oss en mening i hverdagen, ved at vi har en forståelse og formening om motivet bak aktivitetene som er med på å gi aktivitetene en mening. De bygger på våre tidligere erfaringer og opplevelser(Christiansen & Townsend, 2014).

Hverdagsvirkeligheten bevares selv når uforutsette ting skjer. Språket er blant annet med å sørge for det. Grunnen til dette er at det felles språket vi har for å objektivere vår erfaring, har sitt grunnlag i hverdagen. Språket peker stadig tilbake på den. Også når vi bruker det til å tolke erfaringer fra lukkede betydningsområder. Språket refererer hovedsakelig til hverdagen. Det tvinger oss inn i et slags mønster. Det gir oss mange erfaringer, som vi igjen kan dele med andre mennesker. Opplevelsene blir delt opp i typer som igjen kan deles og forstås av andre medmennesker. Noe som igjen blir viktig i sosiale relasjoner (Berger et al., 2000).

2.5.2 Å ha et sosialt lager

Det å ha et sosialt lager av kunnskap bidrar til at en har mulighet til å få innblikk i vår egen – og i andres situasjon. Videre gir det oss også muligheten til å plassere andre individer i samfunnet og behandle dem på korrekt måte. Dersom en ikke har denne sosiale kunnskapen, kan det være vanskelig å forholde seg til andre mennesker. Noe som igjen vil være med å prege den enkeltes psykiske helse. Det sosiale lagret av kunnskap er også med på å gi oss informasjon om de områdene i hverdagen som vi må forholde oss til ofte, men også de som vi må forholde oss til sjeldnere. Det forsyner oss også med kunnskap med de typeskjemaene som kreves for de viktigste rutinene i hverdagen- hendelser og opplevelser, både sosiale og naturgitte. Det finnes mange uskrevne regler i våre hverdagsliv som vi tar for gitt, men som vi egentlig ikke legger merke til før disse brytes. For eksempel at en nabo spiller veldig høy musikk, noe som for de fleste er en uskrevet regel om å ta hensyn til andre (Scott 2009). Noe som også er en utfordring når det gjelder psykisk helse, ettersom at det ikke er alle som deler de samme erfaringer som oss andre. Dermed tenker de kanskje ikke over at det finnes slike uskrevne regler å forholde seg til (Simensen). Vår verden blir strukturert på bakgrunn av rutiner som passer inn i de ulike delene av vår hverdag. En slik kunnskap tas for gitt at vi har av våre medmennesker (Berger et al., 2000).

2.5.3 Helsefremmende å være i arbeid

Deltakelse i arbeidslivet virker helsefremmende, det bidrar til økt mestring og selvtillit. Det gir struktur i hverdagen og innhold i livet (Napha 2019). En som er arbeidsledig kan føle seg lite anerkjent som en medborger, samt føle seg lite verdt i samfunnet. Det vil oppstå følelser av og ikke å høre til. Dersom en i tillegg har en psykisk lidelse i utgangspunktet, kan de være enda vanskeligere å komme ut i arbeidslivet. Her er det enda mer sårbart å gå arbeidsledig, og vil kunne føre til at personen blir sykere. Å være arbeidsledig kan medføre økt isolasjon fra samfunnet (Blank, Harries og Reynolds 2014).

2.5.4 Roller å fylle i hverdagen

I dagens samfunn er det mange roller en skal ha i hverdagslivet, mange aktiviteter en skal delta i og det hele kan være preget av en hektisk hverdag. Det er opp til den enkelte å skape sin egen livsverden, ved å prøve å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter. Da vil disse aktivitetene utgjøre en stor ressurs i hverdagen og bidra til mestring. På denne måten skaper en seg også en identitet. Tre viktige begreper i denne sammenhengen er: Identitet, levestil og livsstil. Levestil omfatter både økonomiske, organisatoriske og kulturelle aspekter ved en måte å leve på og er viktig for å skape en

identitet. Videre er identitet deler av en persons selvbylde som ønskes bekreftet av andre. Her er en stor utfordring i forhold til psykisk helse. Dersom en sliter med sin psykiske helse kan det medføre at personen det gjelder, har vanskeligheter med å produsere identitet som han kan få anerkjennelse for. Livsstilen er symbolverdien på levesteppet. Det å skape en livsverden er det samme som å skape identitet. Livsstil skaper identitet på den ene siden og tilhørighet til sosiale sammenhenger og henger nært sammen med miljøene den er utviklet i (Gullestad, 1989).

Aktivitetene vi gjør i hverdagen består av en tidsmessig karakter, det vil si at de gjennomføres av betydning av fortiden, nåtiden og fremtiden. Når vi gjør ting, så gjør vi det på bakgrunn av tidligere erfaringer, som vi igjen bruker når vi tolker nåtiden og finner fremtidige muligheter. Dette er noe som igjen krever en grunnleggende hukommelse. Noe som igjen kan være svekket når en sliter med dårlig psykisk helse. Vi blir alvorlig hemmet dersom vi ikke klarer å gjenkalle oss, hva vi har gjort. Det blir da vanskelig å fortolke eller forstå aktuelle erfaringer. Det er ikke tilstrekkelig å delta i aktiviteter, vi må være i stand til å huske og å forstå dem innenfor av en livsforståelse som utfolder seg. Her kan det for eksempel være en utfordring når det gjelder mennesker som sliter med sin psykiske helse. For noen kan det være vanskelig å forstå motivet bak de ulike aktivitetene spesielt i oppstarten av en behandling. De evner ikke å utnytte aktivitetenes temporalitet, det vil si at de på bakgrunn av tidligere erfaringer ikke klarer å se hva de kan få ut av disse aktivitetene. Noe som vil gjøre at disse aktivitetene oppleves som meningsløse (Simensen 2013).

2.6 Presentasjon av relevant forskning

2.6.1 Betydningen av å fortelle sin livshistorie

Den danske legen, Jens Gerhard Jensen (2007), gjorde sammen med noen kollegaer en studie av pasientenes subjektive opplevelser av å motta støttesamtaler. Studien som Jens Gerhard Jensen gjorde, omhandlet depressive pasienter. Et av hovedfunnene som ble gjort gjennom denne studien, var den betydningen det hadde å la den depressive pasienten få fortelle sin livshistorie. Når samtalene begynte, startet de med å la pasientene fortelle sin livshistorie. Deretter fikk pasienten et tilbud om fast avtale, varierende fra 3-6 livshistorie samtaler på 30- 40 minutter med cirka en ukes mellomrom. Studien viste at pasientene opplevde det godt å få fortelle sin livshistorie uten å bli avbrutt underveis, og de opplevde å bli tatt på alvor. Samtidig gav de uttrykk for at det var godt å ha en aktiv lytter, legen, til stede når de fortalte. Disse livshistorie samtaler hadde den egenskapen at det var den depressive selv som brakte seg i kontakt med sine vansker og ressurser. På denne måten opplevde de også at de ved å få fortelle sin historie, så kunne de ved hjelp av legen som aktiv lytter finne frem til årsaken til at de nå var blitt depressive. Det tok ifølge Jensen (2007) litt tid for pasienten og behandler å bli kjent med hverandre, derfor tok det 3-4 samtaler for pasienten og behandleren sammen kunne planlegge det videre behandlingsløpet (Jensen, Gannik og Rosenbaum 2007). Annen forskning beskriver også betydningen det har for brukere å få fortelle sin historie. Både for å bli kjent med brukeren, for å få han selv i kontakt med sin egen historie, utfordringer og ressurser. For så å bruke denne historien som en ressurs videre i

behandlingsforløpet. Eva Langeland (2009) gjorde en studie av betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. I en slik tilnærming ligger også brukernes livshistorier utgangspunktet for behandlingen. Her er det brukerens livshistorie det blir fokusert på og ikke på brukerens diagnose. Behandlingsopplegget gikk her ut på å redusere hindringer og styrke eksterne og interne ressurser, og i tillegg fremme en positiv selvforståelse og SOC. Utvalget i denne studien bestod av 107 hjemmeboende personer med ulike psykiske helseproblemer. Dette var en randomisert studie, med en kontrollgruppe. Resultatet viste at de brukerne som ble møtt med salutogene terapiprinsipper fikk en styrket SOC, sammenlignet med kontrollgruppen (Langeland, 2009). Forskning gjort i forhold til fødselsdepresjoner og støttesamtaler, viser også at brukernes historie er av betydning for tilnærming og behandling (Nygård, Nåden, & Foss, 2011).

Samtidig som forskning viser at brukernes livshistorier er sentrale i møte med dem og som utgangspunkt for behandlingen, så kan det å skulle fortelle sin livshistorie også medføre en stor belastning for brukerne (Sverdrup, 2009). Sidsel Sverdrup (2009) skrev en artikkel ved navn: «Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid». Artikkelen skrev hun som et ledd i evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Artikkelen representerte til sammen fem prosjekter om brukerens erfaringer i forhold til emnet. Et av funnene som ble gjort i forbindelse med disse forskningsprosjektene var at det ofte sees tretthet hos brukeren som stadig må gjenta historien sin i forbindelse med bytte av kontaktperson eller behandler. 38 prosent av brukerne som deltok i prosjektene gav uttrykk dette. De opplevde det tøft og skulle fortelle historien sin helt på nytt, og de opplevde det som å starte helt på nytt med behandlingen. Noe som igjen gir dem følelsen av og ikke bli tatt på alvor og som bidrar til å skape irritasjon og motløshet, og som kan være med på å sinke bedringsprosessen (Sverdrup, 2009).

2.6.2 Brukernes egne ressurser – et viktig utgangspunkt for å få en bedre hverdag

Ifølge Jensen (2007) er støttesamtaler ressursorienterte samtaler, hvor brukeren selv må være aktiv å se sine egne ressurser oppi vanskelighetene. På denne måten blir de selv ansvarliggjort for sin egen bedringsprosess. Funn gjort av Jensen (2007) viste også at brukerne selv satte pris på å få hjelp til å se sine egne ressurser. En av brukerne som var med i denne studien (Jensen et al 2007) uttrykte det slik at han opplevde det godt å få sett sitt liv i sammenheng. Han sa dette om å gå i støttesamtaler: » Normalt er man kun en sykdom. Hun husker mig som et menneske» (Jensen et al, 2007, s. 963). Studien viste også at det var viktig å øke hjelpe menneskene med å utvide nettverket av relasjoner hvor disse menneskene delte felles interesser og forbindelser. I lokalsamfunnet kan det dermed være viktig å øke aktiviteter eller involvering for å fremme integrasjon og inkludering av personer med psykiske helseproblemer (Jensen et al 2007).

De brukerne som også blir møtt med salutogene prinsipper opplevde ifølge Langeland (2009) en styrket SOC. Studien som Langeland (2009) gjorde viste også at selv om disse brukerne i studien hadde høy grad av symptombelastning, så var de i stand til å finne mening i å mestre symptomer og dagliglivets utfordringer. De som opplevde høyere grad

av sosial støtte hadde en tendens til å skåre høyere på SOC og lavere på symptombelastning. På denne måten bidrar sosial støtte til utvikling av livskvalitet(Langeland, 2009).

Forskning viser at støttesamtaler er en god hjelp for barselkvinner med fødselsdepresjon (Nygård et al., 2011), denne studien het: » Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon ?» Studien som ble gjort i forhold til dette påpekte at 10-15 prosent av alle førstegangsmødre lider av fødselsdepresjon. I forbindelse med å avdekke fødselsdepresjon ble det Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) brukt som utgangspunkt og verktøy for samtale med kvinnene. Under samtalene er det ifølge Nygård et al (2011) viktig å være en aktiv lytter og å gi bekreftelse på kvinnenes ferdigheter. Samt gi dem rom og mulighet til å snakke om følelser og erfaringer. Dette vil bidra til å øke helsearbeiderens forståelse for hvordan han/hun kan hjelpe kvinnene med å lindre kvinnenes lidelse og hjelpe dem til å gjenvinne helse (Nygård et al., 2011).

2.6.3 Helsearbeiderens kompetanse kan være avgjørende for å kunne hjelpe brukeren

Jensen (2007) legger vekt på at det er viktig å starte støttesamtalene med å skape en god relasjon basert på trygghet og gjensidig tillit. Behandleren må også være bevisst egne handlinger og kunne gi rom for pauser etter pasientens egne ønsker under samtalene. Samtidig som behandleren også kunne være en aktiv lytter og på denne måten hjelpe pasienten til å se sine utfordringer og ressurser (Jensen et al 2007). Nygård et al (2011) skriver i sin studie at det er viktig at helsepersonell er bevisst på ens etos, det vil igjen gi mot og styrke til helsepersonell for å forholde seg til og bekrefte kvinnens lidelse som igjen gir dem tid og rom til å forsone seg med den nye rollen som mor(Nygård et al., 2011). Ifølge Sverdrup (2009) er brukernes mestring , styrking og myndiggjøring avhengig av at de yrkesutøverne som arbeider med psykisk helsearbeid har den kompetansen som trengs, for å kunne fatte beslutninger som de mener er til brukernes beste(Sverdrup, 2009).

Sverdrup (2009) skriver i sin artikkel om brukermedvirkning, at et fellestrekk som kom ut av forskningen var at ikke alle brukere med psykiske helseproblemer opplevde å ha fått det tjenestetilbudet som Opptappingsplanen (1998-2008) hadde lovet dem. Erfaringene i forhold til å bli ivarettatt og å få dekket sine behov varierte hos brukerne. Flere av brukerne ønsket hyppigere støttesamtaler med helsepersonell. Når det gjaldt basale behov, så ønsket de også et tilpasset aktivitetstilbud, og noen ønsket at NAV skulle hjelpe dem med å håndtere egen økonomi. I tillegg gav brukerne uttrykk for at det var viktig å ha et arbeid eller å delta i arbeidsliknende aktiviteter. Å ha et arbeid eller en fast aktivitet vil hjelpe brukerne å strukturere hverdagen, samt gi mening og opplevelsen av mestring. I tillegg til at det vil kunne bidra til tilhørighet og erfaring(Sverdrup, 2009)

2.6.4 Informasjon til bruker, pårørende og andre instanser

I Sverdrup (2009) sin forskning kom det frem at en del av brukerne oppgav at informasjonen de og pårørende mottok ikke var god nok. Både når det gjaldt sykdom og prognose, samt informasjonsutveksling mellom tjenestene og om opplysninger om ulike tilbud og muligheter brukerne har, så gav 20 % av brukerne uttrykk for at det ikke var godt nok. Brukerne gav uttrykk for at de ønsket mer informasjon om dette. Videre viste undersøkelsen at det på dette punktet ikke var endringer å spore over tid. Her var det et stort forbedringspotensial, både når det gjaldt informasjon til brukere og pårørende. Pårørende, da spesielt til voksne brukere, gav uttrykk for at informasjonen de fikk var mangelfull og generelt så opplevde de å bli ekskludert ifra behandling og oppfølging. Deres rolle var uavklart. Selv om de skulle være en viktig ressurs og at brukerens oppfølging var avhengig både av pårørendes innsats og tilstedeværelse, så var det en gruppe som falt utenfor. Budskapet til pårørende av voksne med psykiske problemer var derfor:

Selv små ting, som for eksempel råd om hvordan man skal forholde seg til et menneske som har psykiske problemer, hvor mye eller lite press et menneske tåler, eller muligheten til å få avlastning så man kan få fri en helg, ville ha avhjulpet situasjonen deres(Sverdrup, 2009, s. 345).

Ansvar for de pårørende må løftes mer fram og bli tatt på alvor. Forskingen viser at det er en del forbedringspotensial innen de ulike tjenestene. Samtidig viser forskningen at samarbeidet med fastlegene er blitt bedret i løpet av planperioden og at kommunenes samarbeidsrelasjon med spesialisthelstjenesten har bedret seg. Da spesielt med tanke på DPS -ene. Samtidig er det registret liten grad av samarbeid mellom kommunene og de frivillige organisasjonene, da spesielt i forhold til det formål å etablere fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser(Sverdrup, 2009).

3 Metode

Ettersom jeg gjennom studien ønsket å få frem brukernes subjektive opplevelser med å gå i støttesamtaler, så valgte jeg et fenomenologisk-hermeneutisk design på oppgaven. Forskere som er fenomenologisk orienterte vil søke å få frem opplevelser slik de oppleves fra subjektet selv, som i dette tilfellet er brukerne (Brinkmann, Tanggaard, & Hansen, 2012).

Jeg vil vise til Malterud (2011), som skriver at valg av forskningsmetode er avhengig av de spørsmålene som det ønskes svar på. Hensikten med denne studien var å øke forståelsen for hvordan brukerne opplever det å gå i støttesamtaler og hvordan de selv mener at disse samtaler har innvirkning i deres hverdag. « Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres»(Malterud, 2011 , s. 26). Derfor har jeg valgt å bruke kvalitativ metode, da denne metoden har økt forståelse som ytterste mål(Malterud, 2011). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi og hermeneutikk. Der målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, innenfor sin naturlige sammenheng slik det oppleves for de involverte selv (Malterud, 2011).

3.1 Forskningsdesign

I dette prosjektet ønsket jeg å få frem brukernes egne opplevelser av å delta i støttesamtaler. For å finne svar på dette ønsket jeg å gjøre et semistrukturert dybdeintervju av hver bruker. Tilnærmingen min i denne studien er både fenomenologisk og hermeneutisk.

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

«Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2018, s. 36). Tilnærmingen min er fenomenologisk, ved at jeg ønsket å få vite om brukernes subjektive erfaringer i forhold til støttesamtaler og hverdagsmestring. Samtidig som jeg også ønsket å få en økt forståelse for den betydningen disse samtaler kan ha for brukerne, gjennom å gjøre individuelle intervju(Thagaard, 2018). Jeg mener jeg gjennom intervjuene har fått konkrete livsverdensnære beskrivelser, som ifølge Brinkmann og Thangaard (2012) trengs for å lage en fenomenologiske analyse(Brinkmann et al., 2012).

3.1.2 Hermeneutisk tilnærming

Tilnærmingen i studien er også hermeneutisk, da jeg tolker intervjueteksten under analysen. En tolkning av intervjueteksten kan, ifølge Thagaard (2018) sees på som en

dialog mellom forsker og tekst, hvor oppmerksomheten til forskeren rettes mot den meningen som teksten formidler. I hermeneutikken er målet å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten, det legges vekt på å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2018).d

3.2 Problemstilling

3.2.1 Valg av problemstilling

Til slutt kom jeg frem til den problemstillingen som var mest beskrivende i forhold til det jeg ønsket å undersøke i mitt prosjekt. Jeg ønsket å finne ut hvordan brukerne opplever at støttesamtaler kan være med å hjelpe dem i hverdagen. Problemstillingen er:

På hvilken måte opplever brukere med lette til moderate psykiske vansker, at de gjennom å gå i støttesamtaler hos helsearbeidere har muligheten til å få en bedre hverdag?

3.2.2 Forskningsspørsmål

- 1.Hvordan opplever brukeren at helsearbeidere gjennom samtaler kan være med på å hjelpe til å støtte opp om ting i hverdagslivet for brukeren?
- 2.Hvordan kan helsearbeidere være med på å gi brukeren håp om en endring i hverdagslivet?

3.2.3 Avgrensning og spesifisering av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen til å gjelde brukere over 18 år, samt brukere som sliter med lette til moderate psykiske vansker. Med dette mener jeg de som for eksempel har lett til moderat form av angst, lett til moderat form av depresjon, tilpasningsvansker o.l. Grunnen til at jeg ikke har valgt brukere med en spesifikk diagnose, er at fokuset mitt ikke er rettet mot sykdommer. Mitt fokus er på hvordan brukerne på tross av sine psykiske vansker har mulighet til å få en bedre hverdag ved å gå i støttesamtaler. Med helsearbeidere, mener jeg her helsepersonell som arbeider i kommunen innenfor fagfeltet psykisk helse og som har treårig høyskoleutdanning. I tillegg til dette har de videreutdanning innen psykisk helsearbeid (vernepleiere, sosionomer, sykepleiere).

3.2.4 Hvordan vil jeg belyse problemstillingen?

Jeg vil belyse problemstillingen gjennom bruk av teori og tidligere forskning. Samt semistrukturerte intervju av brukere som har gått i støttesamtaler hos helsearbeidere i kommunen.

3.3 Intervju

3.3.1 Semistrukturerte dybdeintervju

Jeg valgte å bruke semistrukturerte dybdeintervju for å innhente data fra brukerne. Grunnen til dette var at det kan komme frem mange sårbare episoder frem gjennom intervjuet. Derfor fant jeg ut at det var best å gjøre individuelle intervju. Ved å bruke denne framgangsmåten så håpet jeg å få frem flere av opplevelsene til brukerne samt kanskje mer sensitiv og viktig informasjon, enn det jeg for eksempel ville ha gjort ved å gjøre bruk av fokusgruppeintervju. «Dybdeintervju som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren ønsker å forstå informantens opplevelser samt hvordan informanten reflekterer over dette «(Tjora, 2017 s.114).

3.3.2 Intervjuguiden

Jeg lagde flere utkast til intervjuguiden, før jeg ble fornøyd med denne. Deretter sendt jeg denne til veilederen, for å få tilbakemelding. Etter tilbakemelding derfra, så gjorde jeg noen rettelser før den ble klargjort til å bruke under intervjuene (vedlegg 1). Spørsmålene hadde jeg formulert ut ifra min problemstilling. I mange av spørsmålene spurte jeg om brukerne kunne gi eksempler. På denne måten ble det lettere å bygge opp under svarene i analysen. I intervjuguiden prøvde jeg å unngå å stille ledende spørsmål, belastende spørsmål og formodning av spørsmål. Jeg prøvde å stille spørsmål som var åpne, men samtidig fokusert i forhold til tema. Noe som gjorde at jeg hadde lettere for å få større datamengde gjennom dette spørsmålet, samtidig som det i tillegg gjorde at brukerne hadde lettere for å fortelle. De ble også mer fokuserte og det gjorde det lettere for dem å sette ord på ting Leech (2002).

3.3.3 Kriterier for utvalg

Innen kvalitativ metode søker man et strategisk utvalg, et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man ønsker å undersøke. For å samle data fra relevante kilder så er feltkunnskap og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger for å samle data fra relevante kilder (Malterud, 2011). Kriteriene jeg i utgangspunktet hadde for utvalget, var:

- Informanten måtte være over 18 år
- Informanten skulle være hjemmeboende
- Informanten skulle ha gått i støttesamtaler det siste året
- Informanten skulle ha lett-moderate psykiske helseplager

Det viste seg å være vanskelig å få rekruttert brukere til intervju. Jeg måtte derfor justere litt på kriteriene mine på de brukerne som skulle delta i studien. Dette gjaldt

kriteriet om å ha gått i støttesamtaler det siste året. To av brukerne hadde ikke deltatt i samtaler det siste året, men begge hadde gått i samtaler for ett år tilbake. De andre to hadde gått i samtaler noen år og gikk fortsatt i samtaler.

3.3.4 Utvalgsprosedyre

Våren 2014 var jeg i praksis i en kommune, ved avdelingen for Psykisk helse og rus. Der fulgte jeg opp tre brukere med støttesamtaler, over en periode på 8 uker. Dette gjorde at jeg fikk kunnskaper fra feltet, som jeg igjen kunne benytte meg av senere for å finne ut hvor og hvordan jeg skulle rekruttere brukere til mitt prosjekt. I tillegg leste jeg en del teori om temaet. Våren 2017 tok jeg kontakt med en helsearbeider som arbeidet i denne kommunen. Hun fulgte opp flere brukere gjennom støttesamtaler. Jeg hadde en samtale med henne og spurte henne om litt hjelp for hvordan jeg kunne gå frem for å rekruttere brukere til mitt prosjekt. I utgangspunktet hadde jeg lyst til å intervju 6-8 brukere som hadde deltatt i støttesamtaler i løpet av det siste året. I forbindelsen med rekrutteringen av brukere så var jeg i kontakt med fem kommuner. I disse kommunene var jeg i kontakt med avdelingslederne for avdelingen psykisk helse og rus. Selv om flere brukere ble forespurt om å delta, stod jeg til slutt igjen med bare fire brukere som ønsket å delta i studien. Etter at jeg hadde gjort analysen av datamengden etter intervjuene, så sendte jeg dette materialet inn til veilederne mine for tilbakemelding. Veilederne mine mente at jeg hadde nok materiale for å gjennomføre prosjektet mitt.

3.3.5 Innhenting av skriftlig informert samtykke til intervju

Alle brukerne hadde i forkant av intervjuene fått utdelt informasjonsskriv om prosjektet, dette inneholdt også en del om skriftlig samtykke (Vedlegg nr.2). I tillegg gikk vi igjennom dette før intervjuene startet. Det var viktig å legge vekt på at alle opplysningene som de gav meg, ville bli anonymiserte i studien og at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst i prosjektet.

3.3.6 Litteratursøk- og søking etter forskning

Litteratursøk ble gjort i Oria og på databaser som Cinahl, PubMed, SveMed, Medline og Idunn. Det ble også foretatt manuelle søk. Søkeord som ble brukt var Community+ mild, moderate mental disorders / mental disease+ support conversation/ counseling + stress / crises + health workers/ personell + everyday life/ occupation. Søket ble avgrenset til å gjelde all forskning som har blitt gjort etter år 2000. Det ble gjort noen treff på Cinahl, men det var lite forskning som var blitt gjort i forhold til støttesamtaler som lavterskeltilbud. Ellers var det ikke noen treff å få på de andre databasene som var knyttet opp mot mitt tema for studien. Forskningen som jeg har kunnet knytte opp mot studien, var treff som jeg fikk gjennom å utføre manuelle søk. Det har blitt gjort litt forskning i forhold støttesamtale til barselkvinner med fødselsdepresjon. Jeg ønsket også å ta med salutogenese og forskning i forhold til dette, da det var relevant for min studie. I tillegg hadde også en dansk lege ved navn Jens Gerhard Jensen gjort en studie i forhold til støttesamtaler of depressive pasienter.

3.3.7 Forskerens forforståelse

Intervjusituasjonen og tolkningen av resultatene kan bli påvirket av forskerens forforståelse. Forforståelsen består av både erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011). I hvilken grad det er mulig å sette egen forforståelse helt til side, kan diskuteres. I intervjusituasjonen var det viktig at jeg som forsker kunne møte brukeren med et åpent sinn, for å kunne få tak i det brukeren formidlet til meg som forsker. Samt at jeg var sensitiv for hvordan relasjonen mellom meg selv og brukeren var. I tillegg var det viktig at jeg var observant på min egen rolle i situasjonen og var klar over egne reaksjoner (Ulvestad, 2007). Min forforståelse bar preg av min oppfølging av brukere med støttesamtaler under min praksisperiode, samtaler med annet helsepersonell, samt erfaring fra tidligere samtaler med brukere og pasienter, teoretisk forankring/ kunnskap og tidligere forskning. I møte med brukerne prøvde jeg å stille meg åpen og utfordret min egen forforståelse. Noe som er i tråd med fenomenologisk tenkning, der de subjektive opplevelser er satt i fokus (Malterud, 2011).

3.3.8 Gjennomføring av intervju

Helsearbeiderne tok kontakt med de brukerne som ønsket å delta i studien. De fikk godkjenning av brukerne til at jeg kunne ta kontakt med dem per telefon, for å avtale tidspunkt for gjennomføring av intervju. I begynnelsen av februar 2018 tok jeg kontakt med den ene brukeren som jeg hadde fått rekruttert til intervju. Intervjuet ble utført i slutten av februar 2018, da på et kontor ved en DPS. De tre andre brukerne ble rekruttert flere måneder senere, i juni 2018. Disse ble også kontaktet og intervjuene ble utført i slutten av juni i 2018 på et samtalerom ved psykiatrisk avdeling på et lokalsykehus. Alle intervjuene ble utført på dagtid på et lite samtalerom. Samtalerommet bestod av et lite rundt bord med to stoler, samt et skrivebord med stol. Under intervjuene satt jeg på den ene siden av det runde bordet og brukeren på det andre stolen. På denne måten hadde vi anledning til å ha øyekontakt under hele intervjuet om ønskelig.

I begynnelsen av intervjuet la jeg vekt på at dette var et intervju som jeg ville gjøre, for å finne ut hvordan deres subjektive opplevelser av å gå i støttesamtaler. Helt kort la jeg frem mitt prosjekt og hensikten med denne studien. Jeg informerte også om at intervjuet kom til å vare cirka en times tid. Samtidig informerte jeg dem om at jeg ville gjøre bruk av lydopptaker og at lydopptaket ville bli slettet når prosjektet var over. I tillegg minnet jeg dem på, det som stod i samtykkeerklæringen, at alt de fortalte meg ville bli anonymisert og at jeg hadde taushetsplikt.

Det at jeg var nysgjerrig og interessert i det brukerne hadde å fortelle, mener jeg hadde mye å si for at brukeren skulle åpne seg for meg og fortelle sin historie gjennom å svare på mine spørsmål. Jeg viser her til Leech (2002) som i sin artikkel skriver at det er viktig å være en aktiv lytter under intervjusituasjonen (Leech, 2002). I tillegg prøvde jeg å være bevisst både mitt verbale -og nonverbale kroppsspråk. Samtidig var det viktig å skape en fin atmosfære under intervjuene. Å skape et godt klima under intervjuet er ifølge Malterud (2011) en forutsetning for å kunne skape en intervjusituasjon som bærer preg av trygghet og fortrolighet (Malterud, 2011).

3.4 Etiske hensyn

Å intervju brukere kan innebære spesielle etiske og juridiske utfordringer. Brukerne tilhører en sårbar gruppe, noe som igjen innebærer at det må tas noen spesielle hensyn. Etter å ha rådført meg med veileder, ble vi enige om at jeg skulle ta kontakt med REK (Regional etisk komite) Midt-Norge for å høre om prosjektet var framleggingspliktig. Saksbehandleren her var usikker på dette og ba meg sende inne en framleggingsvurdering, som inneholdt en prosjektbeskrivelse av min studie. Dette gjorde jeg 12.09.2017. Jeg fikk tilbakemelding fra REK 05.10.2017 (Vedlegg nr.2) om at studien ikke var framleggingspliktig. Begrunnelsen herfra var at komiteen hadde vurdert det dit hen at prosjektet ikke ville belyse spørsmål om helse og symptomer direkte, men at studien var designet for å undersøke brukerperspektivet. Derfor konkluderte komiteen med at prosjektet framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Derfor ble prosjektet ikke omfattet av helseforskningens saklige område, og jeg kunne gjennomføre dette uten nærmere etisk vurdering av REK (Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning, region midt (05.10.2017)).

Prosjektet måtte derimot meldes inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 16.01.2018. Dette på grunn av at det var personopplysninger som skulle registreres. Søknad inneholdende prosjektbeskrivelse ble sendt til NSD med søknad om gjennomføring av studien, med utgangspunkt i innsendt prosjektplan. Søknaden ble godkjent av NSD 01.02.2018 (Vedlegg nr.3) og jeg kunne gå i gang med studien min. I søknaden som bli sendt inn til NSD stod det at prosjektslutt var 01.12.2018. Da jeg av ulike årsaker måtte utsette mitt prosjekt, så måtte jeg sende inn en ny søknad til NSD om det var mulig å levere inn prosjektet 02.05.2019 istedenfor. Tilbakemeldingen derfra var at dette gikk helt greit (Vedlegg nr.4).

3.5 Oppbevaring og behandling av data

3.5.1 Oppbevaring av data

Mitt forskningsmateriale ble oppbevart på en minnepenn og en lydopptaker som var låst inne i en skuff i mitt eget hjem, når materialet ikke var i bruk. Informantene ble anonymisert ved at jeg til å begynne med nummererte dem. Etter hvert fant jeg ut at jeg ønsket å gi hver enkelt bruker et navn da jeg opplevde dette bedre under analyseprosessen og ved fremstilling av resultatene. Dette er ikke de virkelige navnene til brukerne. Etter hvert ble det meste av materialet også oppbevart på min egen private pc med passordbeskyttelse. Denne ble gjemt bort når den ikke var i bruk. De eneste som fikk tilgang til mitt materiale gjennom prosessen var mine veiledere.

3.5.2 Behandling av datamaterialet

Etter hvert intervju transkriberte jeg lydopptakene til tekstmateriale. Dette prøvde jeg å gjøre så fort som mulig, for å unngå å miste noe av materialet. Ved samtidig å reflektere

over intervjusituasjonen, over rollen til meg som intervjuer og rollen til brukeren som informant. Med tanke på atmosfære under intervjusituasjonen, non-vernale kroppsspråk o.l. I følge Malterud (2011) skjer det alltid en fordreining av hendelsen, når en samtale omsettes til skriftlig tekst, selv ved detaljert gjengivelse ord for ord. Det gikk med nesten en hel arbeidsdag til transkribering av et intervju. Vanligvis er det naturlige talespråket mer uformelt og oppstukket enn skriftspråket (Malterud, 2011). Når jeg transkriberte så gjorde jeg det ordrett. Men jeg noterte ned pauser, kremting, latter, følelsesuttrykk (dersom det oppstod) og distraksjoner. Dette for å prøve å gjøre tap av mening mindre. I tillegg tenkte jeg tilbake på rammene rundt intervjusituasjonen. Etter å ha transkribert materialet, så leste jeg igjennom dette og noterte ned stikkord for meg selv for å huske materialet bedre og for å lette analysen. Analyse av kvalitative data består ifølge Malterud (2011) i å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data i lys av dette. Samt gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud, 2011). Jeg begynte analysen med å notere ned hva som hadde overrasket meg mest i intervjuene. Videre ønsket jeg å gjøre bruk av temaanalyse for å komme frem til resultatene.

3.6 Analysen

3.6.1 Temaanalysen

Jeg har valgt å bruke en temaanalyse. Den engelske betegnelsen for temaanalyse er: "Cross-sectional analysis". Brinkmann og Thangaard beskriver analysen som en prosess der vi først bryter ned teksten til mindre enheter, for deretter å sette den sammen igjen og å bygge den opp på nytt. Målet er da å kunne få et bedre overblikk over materialet og å kunne se nye sammenhenger, som ikke var åpenbar fra begynnelsen. Videre skriver de at forskere som anvender fenomenologi, grounded theory og hermeneutikk oftere vil søke å sette materialet i større helheter ved å integrere enkeltdeler av materialet i en større helhet (Brinkmann et al., 2012). Det første jeg gjorde etter å ha transkribert mitt materiale, var at jeg leste igjennom dette materialet for å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg oppsummerte disse inntrykkene og spurte meg selv hvilke foreløpige temaer som kunne fortelle meg hvordan støttesamtaler kan være med på å fremme hverdagsmestring til brukerne. Deretter skrev jeg ned disse. Disse ble igjen gjort om til mange små temaer, som jeg merket som viktige poenger og som deretter ble gjort om til koder. Dette ble mange koder, flere av kodene ble derfor satt sammen til undertemaer. Disse undertemaene kategoriserte jeg igjen i fire større kategorier, disse ble igjen til analysens fire hovedtemaer (L. Johannessen, T. Rafoss og Rasmussen 2018).

For å kunne gjøre en temaanalyse er det ifølge Thagaard (2018) viktig at jeg har data om de samme temaene fra alle deltakerne, noe jeg har sikret meg ved å stille de samme spørsmålene til alle brukerne i intervjuet. Selvsagt vil svarene innenfor hvert tema variere, noe som gjør at jeg vil få frem både de like og ulike opplevelsene og inntrykkene som brukerne sitter igjen med (Thagaard, 2018). Til slutt i analysen er resultatdelen, der legger jeg fram hvilke funn jeg fant. Disse vil jeg prøve å presentere gjennom en ryddig struktur, der temaer og undertemaer blir presentert i en ordentlig og forståelig rekkefølge. Dermed skal det være mulig å kunne få en dypere forståelse av fenomenet,

brukernes opplevelse av hvordan støttesamtaler har hjulpet dem i forhold til å få en bedre hverdag. Under hvert tema vil jeg komme med meningsenheter fra brukerne for å eksemplifisere poengene (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018).

3.6.1.1 Induktiv tilnærming

I analysen har jeg forsøkt å anvende en induktiv tilnærming for å utdype meningsinnholdet i de fenomenene jeg har studert igjennom dette prosjektet. Ved anvendelse av en induktiv tilnærming, tar jeg utgangspunktet i dataene fra intervjuene for å utvikle begreper og analytiske perspektiver. I denne tilnærmingen kan jeg anvende begreper som deltakeren selv har benyttet seg av, eller jeg kan utvikle begreper fra min tolkning av mønstre i dataene. Jeg har benyttet meg av begge delene (Thagaard, 2018) 2018).

3.6.2 Koding, kategorisering i temaer

Meningsenheter blir gjort om til koder (undertema) og hovedtemaer. Tabell

Tabell 1 Koding-kategorisering i undertema og hovedtema

<u>Meningsenhet</u>	<u>Kode</u>	<u>Undertema</u>	<u>Hovedtema</u>
Etter at jeg hadde gått noen år i samtaler hos psykologen, anbefalte han at jeg kunne prøve å gå i samtaler hos helsearbeider i kommunen. Jeg hadde kanskje for høye tanker, for da kom jeg fra samtaler hos psykolog. Det var ingen suksess til å begynne med å gå til helsearbeideren. Grunnen til dette var blant annet at det var veldig dårlig kjemi mellom meg og helsearbeideren. Jeg fikk ingenting ut av disse samtalene. Etter to til tre ganger så	Kjemien Relasjonen Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen	Det første møtet.	Opplevelsen av å starte opp med å gå i støttesamtaler

sluttet jeg å gå dit. Da gikk jeg tilbake til psykolog i poliklinikken en stund.			
--	--	--	--

3.6.3 Reliabilitet og validitet

Begrepet reliabilitet referer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene, vil komme frem til de samme resultatene. Reliabilitet er mest innarbeidet i kvantitativ forskning og en slik metode er lettere etterprøvable. Ifølge Thagaard (2018) kan vi i kvalitativ forskning styrke reliabiliteten ved å gjøre forskningsprosessen gjennomsigtig. Jeg har forsøkt å gjøre dette ved å redegjøre for utviklingen av data i løpet av forskningsprosessen. Her har jeg også prøvd å være så konkret og spesifikk som mulig i framgangsmåten, dette for å gjøre kvaliteten og verdien av studien best mulig. Validitet er knyttet til resultatene av forskningen og hvordan vi tolker data. For å styrke validiteten av studien, så har jeg prøvd å være mest mulig kritisk når jeg har gått igjennom analyseprosessen. I tillegg har jeg beskrevet det teoretiske ståstedet som representerer grunnlaget for mine tolkninger av analysen, og deretter har jeg forsøkt å vise hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonen og de tolkningene som jeg har kommet frem til (Thagaard, 2018).

3.6.4 Ethiske dilemmaer knyttet til temaanalyser

I temaanalysen kombinerer jeg dataene fra alle brukerne og setter dem innenfor den kategorien / det temaet de tilhører. Dataene blir på denne måten løsrevet fra de opprinnelige dataene fra den sammenhengen som de var i. Oppmerksomheten blir rettet mot den forståelsen teksten gir av de enkelte temaene. Når jeg på denne måten løsriver teksten fra den helheten den opprinnelig ble presentert i, kan en av konsekvensene være at deltakernes forståelse av sin situasjon får en mindre fremtredende plass. Analysen er rettet mot de temaene som er definert av meg som forsker i forhold til de situasjonene jeg har studert gjennom studien. Jeg er som forsker forankret i en faglig tradisjon, og den vil være med på å prege min forståelse av dataene. For brukerne som jeg har intervjuet kan de resultatene som jeg presenterer virke litt fremmedgjørende. På denne måten har temaanalysen også en fordel når det gjelder å beskytte deltakernes anonymitet. Den er vanskelig for den enkelte bruker å bli gjenkjent av andre, når beskrivelsene av deltakernes situasjon ikke presenteres i sin helhet. Noe som igjen innebærer at den enkelte deltaker kanskje ikke vil kjenne seg selv igjen i teksten. Samtidig må jeg som forsker illustrere teksten med utdrag / meningsenheter og beskrivelser fra spesifikke situasjoner på en best mulig måte slik at faren for gjenkjennelse blir minimert. Mitt etiske ansvar tilsier at jeg må vurdere hvordan sitater som er preget av spesielle ord og uttrykk, kan føre til identifikasjon. Der hvor flere av brukerne uttrykker seg på samme måte om et tema så vil dette bidra til å anonymisere de sitatene som jeg presenterer i teksten (Thagaard, 2018).

3.6.5 Publisering av studien

Oppgaven er skrevet som en monografi. Resultatet vil bli lagt fram for NTNU i forbindelse med mastergraden.

4 Resultat

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg fortelle om de resultatene som jeg har kommet frem til gjennom å analysere intervjuene. Utvalget bestod av en mann i slutten av 20-årene, en kvinne i begynnelsen av 30 årene og to kvinner i begynnelsen av 50-årene. Jeg skal som tidligere skrevet ovenfor ikke å vektlegge brukernes diagnoser, men jeg har valgt helt kort å fortelle hvilke diagnoser deltakerne hadde. En hadde diagnosen bipolar type to og de tre andre hadde diagnosene angst og depresjon. Ingen av brukerne hadde vært innlagt i psykiatrien. Samtlige av de fire brukerne som jeg intervjuet, hadde gått i støttesamtaler i flere år. Tre av disse hadde også startet med samtaler i spesialisthelsetjenesten hos psykolog, for deretter å bli flyttet for samtaler med helsearbeidere i kommunen. Den siste hadde gått i samtaler til BUP i ungdomsårene og ble voksen alder henvist av fastlegen sin til støttesamtaler i kommunen. Når intervjuene ble gjennomført, så gikk to av brukerne fortsatt i samtaler og de andre to hadde sluttet å gå i samtaler for ett år siden.

Jeg har valgt å kalle brukerne som jeg intervjuet for Elsa, Alf, Heidi og Unni. Dette er ikke brukernes opprinnelige navn. Tabellen nedenfor viser fire hovedtemaer med hver sine undertemaer. Etter tabellen kommer resultatene fra analysen fortløpende. Resultatene fra det første hovedtemaet begynner allerede i kapittel 4.2.

Tabell 2 Oversikt over hovedtema og undertema i analysen

Tema	Opplevelsen av hverdagen før jeg begynte å gå i støttesamtaler	Opplevelsen av å starte opp med å gå i støttesamtaler	Vår opplevelse av å motta hjelp gjennom støttesamtaler	En lettere hverdag
Undertema	En kaotisk og tøff hverdag	Å våge å be om hjelp	Å bli kjent med egne utfordringer og ressurser gjennom å fortelle sin livshistorie	Det er godt å kunne ha en bra hverdag selv om man har psykiske utfordringer
	Tomhet-en puslebrikke som manglet	Det første møtet	Godt å få hjelp til å sortere	Godt å ha en kriseplan i beredskap når hverdagen blir vanskelig å takle
		Det var tøft å skulle fortelle sin livshistorie	Få hjelp til å kunne prioritere annerledes	Betydningen av å ha en strukturert hverdag
		Viktig med en god atmosfære for å kunne skape en god relasjon	Den gode følelsen av mestring	Informasjon er viktig å gi til de pårørende-de kan være en god sosial støtte
			Det er viktig å kunne ha troen på seg selv og å kunne gi seg selv ros	Håp og tanker om fremtiden Markedsføring av tilbudet

4.2 Opplevelsen av hverdagen før jeg begynte å gå i støttesamtaler

4.2.1 En kaotisk og tøff hverdag

Alle brukerne gav inntrykk at de hadde en tøff hverdag før de begynte å delta i støttesamtaler. Vanlige hverdagslige småting var vanskelig å utføre. De fortalte at de slet med sosial angst og depresjon, som igjen gjorde hverdagen vanskelig. I ulik grad fortalte de hvordan sine vansker var med på å gjøre hverdagen vanskelig. Alf uttalte seg slik om hvordan han opplevde dette:

Det er litt klisjeaktig...men bare det å komme seg ut av senga var vanskelig. Og det å dra på jobb var vanskelig. Jeg hadde lengre tids sykemeldinger. Det å ta seg en dusj...slike ting ble vanskelige. Jeg forstod til tider ikke poenget med det...hvorfor skulle jeg i det hele tatt gidde det rett og slett.

Samtlige brukere fortalte at de var langtidssykemeldte. Alf gikk på videregående skole når han begynte å i samtaler hos psykolog. Han var i arbeid når han begynte i samtaler hos helsearbeideren. Heidi studerte. Begge droppet ut av skole og studier. De isolerte seg mest mulig fra omverdenen. To av brukerne isolerte seg helt i perioder. Alf fortalte at det ved et tilfelle gikk nesten ett år der han ikke snakket med noen. Ved dette tidspunktet bodde han hjemme hos sin far og tilbragte det meste av tiden på gutterommet. Foreldrene var nyskilt og han opplevde en veldig tøff periode etter foreldrene sin skilsmisse. Han gikk da tredje året på videregående skole, men droppet ut etter fire måneder på skolen. Hverdagen opplevdes veldig kaotisk for Alf, han beskrev det slik:

Det var så mye som skjedde i livet mitt på en gang. Jeg kan beskrive det som om en bryter oppe i hodet mitt som plutselig bare klikket.

Elsa som også isolerte seg helt i perioder, fortalte at hun bare satt hjemme. Hun slet veldig med sosial angst, noe som også gjorde at hun hadde store vansker med å fungere i hverdagen. Ektemannen gjorde all handling, slik at hun slapp og gå ut. Hun fortalte at bare det å gå til postkassen medførte en stor belastning for henne. Unni fortalte at hverdagen hennes bestod av mange opp- og nedturer, men mest av nedturer. Hun hadde store vanskeligheter med å utføre hverdagslige aktiviteter. Hun beskrev hverdagen sin slik:

Jeg lå mye i senga, jeg isolerte meg helt og var sykemeldt i lange perioder. Jeg hadde også helger der jeg gikk oppe hele døgnet og var rastløs, uten å ha sovet i

det hele tatt. Når en psykolog fastslo min diagnose, Bipolar type 2...ja da falt mange brikker på plass

Hun fortalte at når hun fikk diagnosen, bipolar type 2, da falt brikker på plass og hun fikk en bedre forståelse av hvorfor hun hadde det slik som hun hadde det. Hun fortalte at hennes væremåte innebar store vanskeligheter for henne selv og hennes familie. De opplevde det veldig vanskelig å forholde seg til henne. Hun uttrykte det slik:

Det var ikke enkelt å være i familien min, når jeg plutselig bare lå i senga. Det var ikke forståelig for de rundt meg. Jeg kunne være utidig, sint og jeg kunne ta til tårene.

Heidi fortalte om en veldig kaotisk hverdag. Der hun fungerte som en omsorgsperson for sin alkoholiserende far. Hun hadde store problemer og utfordringer i forhold til dette. Videre fortalte hun at hun var deprimert, men visste ikke helt hvorfor hun var det. Hun var veldig sliten og lei sin rolle som pårørende. I tillegg slet hun med sosial angst. Hun beskrev det slik:

Det å gå i butikken var ganske tøft...det prøvde jeg å unngå. Jeg isolerte meg ikke helt, men det satte sperrer for hverdagen. Jeg ønsket ikke å delta i sosiale sammenhenger og å reise langt unna pappa var uaktuelt i tilfelle det skulle skje noen ting.

4.2.2 Tomhet- en puslebrikke som manglet

Alf beskrev den tomheten som han opplevde i livet sitt, som en puslebrikke som manglet. Han beskrev dette slik:

Jeg opplevde en tomhet i livet mitt. Den beste måten min å forklare det på, er at det er et puslespill der det mangler en brikke, men du klarer ikke å finne denne brikken. Det er noe som mangler, men du klarer ikke å sette fingeren på det. Jeg følte en enorm tomhet. Denne var med meg hele tiden uansett hva jeg foretok meg.

Alle brukerne fortalte om at de opplevde en form for tomhet i livene sine. Denne tomheten var igjen med på å prege hverdagen, da denne var med på å gjøre hverdagen vanskelig. I noen av tilfellene var det mangel på en støttespiller som denne tomheten bestod av. Heidi fortalte at foreldrene hennes skilte lag når hun var 11 år gammel. Hennes fars alkoholisme var ikke kjent ved dette tidspunktet. Hun ble boende hos sin far etter skilsmissen. Dette sa hun om sin opplevelse av tomhet i forhold til sin livssituasjon:

Jeg ble som en mor for min far, istedenfor å være en datter. Jeg opplevde nok et savn av og ikke få lov til å være datter og å slippe det ansvaret som ble lagt på mine skuldre

Hun fortalte at hun følte et enormt ansvar ovenfor sin far, noe som også gjorde det vanskelig for henne å flytte ut hjemmefra. Når hun begynte å studere, så flyttet hun. Da flyttet hun 20 mil hjemmefra. Videre fortalte hun at dette ble en for lang avstand ifra sin far og at hun derfor valgte å avslutte studiet for å flytte hjem til sin far igjen. Igjen gikk hun inn i en slags morsrolle ovenfor sin far, noe som igjen var med på å prege hverdagen hennes slik det hadde gjort siden foreldrene skite lag. Unni fortalte om hvordan hennes mor var hennes støttespiller i livet. Hvordan hennes mor veiledet henne igjennom livet og at hun alltid var der for henne når hun trengte støtte. Videre sa hun at hun kunne prate med sin mor om alt og at hun alltid var der for henne, noe som igjen gjorde at hun selv opplevde en trygghet. Når hun selv var i begynnelsen av trettiårene, så døde hennes mor av sykdom. Dette gjorde at hun selv opplevde en veldig vanskelig tid i etterkant og at hverdagen ble vanskelig å mestre:

Det var da alt eksploderte. Baugen i livet mitt forsvant. Hver gang jeg hadde det vanskelig, så hentet min mor meg inn og hjalp meg. Nå var det ingen som kunne holde meg igjen lengre. Min far har liksom bare vært opptatt av søsteren min hele livet. Når baugen i livet mitt forsvant, eksploderte det i utroskap, skilsmisse og alkohol. Jeg skiftet sexpartnere ofte...det var liksom ingenting som holdte meg tilbake.

Hun fortalte hvordan livsgnisten forsvant når moren døde og hvor vanskelig hverdagen ble. Det oppstod et enormt savn etter moren og hennes viktigste støttespiller var borte. Hennes liv ble preget av utroskap, skilsmisse og alkohol. Noe som igjen innebar en veldig vanskelig situasjon for hennes familie, og da spesielt for sine tenårings barn. Familiesituasjonen var vanskelig og ungene skapte etter hvert en avstand til henne, noe som igjen skapte mer tomhet i livet hennes. Videre fortalte hun at når hun etter hvert fikk diagnosen bipolar type 2, så falt en del brikker på plass både for henne og resten av familien. Samtidig hadde hennes oppførsel preget mye av barnas liv og den avstanden som allerede var blitt dannet, var vanskelig å rette opp. Hun fortalte om et enormt savn i forhold til barna og også hennes barnebarn. Hun hadde et barnebarn som hun hadde sett bare et par ganger, og barnet var nå blitt to år. Dette var noe som hun synstest var vanskelig å forholde seg til og hun opplevde det enormt sårt når hun ble nektet å se barnebarnet:

Jeg får ikke lov til å treffe mitt barnebarn av foreldrene. Jeg har møtt på døren når jeg vet at de er hjemme, men de åpner ikke døra. Jeg kjører derfra og føler at livet ikke er verdt å leve.

Unni fortalte at det var vanskelig å se meningen med livet når hun opplevde en slik tomhet i livet sitt. Elsa fortalte også om en tomhet i livet sitt på grunn av familiesituasjonen. Både ektemannen og den ene sønnen hadde psykiske vansker, i tillegg til hennes egne psykiske vansker. Hun fortalte at hun opplevde hverdagen veldig vanskelig på grunn av dette og at hennes egne problemer også ble verre når familiesituasjonen var slik den var. Det var vanskelig å få støtte fra de rundt seg og hun hadde problemer med å se meningen med livet. Noe som igjen medførte at hun hadde hatt suicidale tanker.

4.3 Opplevelsen av å starte opp med å gå i støttesamtaler

4.3.1 Å våge å be om hjelp

Elsa, Alf og Unni fortalte at de hadde gått til psykolog i spesialisthelsetjenesten, før de ble overflyttet til støttesamtaler med helsearbeider i kommunen. Alf og Unni hadde gått til samtaler hos psykolog i over tre år og den Elsa hadde gått i ett år. Heidi hadde gått i samtaler hos psykolog hos BUP når hun var ungdom. I voksen alder ble hun av fastlegen henvist til samtaler hos helsearbeider i kommunen. Noen opplevde det vanskelig at de skulle overflyttes til kommunen for samtaler, da de var redde for å miste det tilbudet og den hjelpen de allerede hadde i spesialisthelsetjenesten. Samtidig fortalte to av dem at det var litt skremmende å skulle bytte til en helt ny samtalepartner i kommunen og at de var usikre på om de ville få den hjelpen de trengte der. De sa at de opplevde det litt tryggere å gå til psykolog og at de var veldig usikre på det tilbudet kommunen gav. Unni beskrev dette slik:

Psykologen på DPS anbefalte meg at jeg skulle flyttes over til kommunen for samtaler. Selv var jeg litt negativ til dette. Jeg tenkte: " Har jeg behov for dette?"

Unni sa at hun var veldig skeptisk til å overflytte til kommunen, da hun var tilfreds med det den hjelpen som hun fikk hos psykologen. Samtidig dreide dette seg om en gradvis overgang, der det til å begynne med var samtale annen hver uke hos psykolog og annen hver uke hos helsearbeider i kommunen. Hun fortalte at overgangen til kommunen opplevdes tøff for henne og at det var vanskelig å skulle utgi sin historie og sine innerste tanker til en ny person. Samtidig sa hun at hun etter hvert så at helsearbeideren hadde mer å tilby henne når det gjaldt å få hjelp til å mestre hverdagen. Hun ga uttrykk for at hennes problemer ble tatt tak i på en litt annen måte i kommunen, en måte som hun selv mente at hun hadde mer utbytte av enn samtalene hun gikk i hos psykologen. Første gang Unni byttet over til kommunen, så hadde hun en veldig dårlig opplevelse. Kjemien mellom henne og helsearbeideren stemte ikke, hun klarte ikke å åpne seg for henne.

Jeg gikk til samtaler hos en kvinnelig helsearbeider i kommunen. Jeg var veldig skeptisk siden jeg helst ville fortsette å gå til samtaler i på DPS. Men jeg var villig til å prøve det etter anbefaling fra psykologen. Etter tre samtaler hos helsearbeideren, gav jeg opp. Kjemien mellom meg og henne stemte overhodet

ikke og jeg klarte ikke å åpne meg for henne. Jeg sluttet å gå til henne etter disse tre samtaler og begynte å gå til psykologen igjen.

Unni hadde en dårlig opplevelse i det første møtet med kommunen. Hun begynte å gå i samtaler i spesialisthelsetjenesten igjen. Etter ett år ønsket psykologen at hun på nytt skulle prøve å bytte over til kommunen igjen, og da prøve å gå til en annen helsearbeider. Hun fortalte at hun gruet seg veldig, da hun husket hvordan det hadde vært sist. Tilslutt gikk hun med på å prøve igjen. Denne gangen stemte kjemien og hun og helsearbeideren utviklet en bra relasjon. Hun beskrev det slik:

Fra første stund da jeg møtte på denne helsearbeideren i kommunen, forstod jeg at dette kom til å bli bra. Hun er en helt fantastisk dame og jeg ble tatt så godt imot. Jeg ser frem til samtaler hos henne.

Heidi, som hadde gått til samtaler hos BUP i ungdomsårene, fortalte at hun hadde en veldig tøff periode nå i voksen alder. På denne tiden manglet hun utdanning, hun strevde med å bli gravid og hun var veldig bekymret ovenfor sin alkoholiserede far. Hun hadde en veldig vanskelig hverdag og ønsket en periode å flykte unna alt:

På et tidspunkt kjente jeg et behov for å flykte unna alt, samtidig våget jeg ikke det heller. Fastlegen min henviste meg til støttesamtaler i kommunen. Han foreslo at jeg kunne gå i samtaler hos en helsearbeider som het Elsa. Vi hadde jo snakket om at jeg skulle begynne å gå i samtaler hos psykolog på DPS, men han fant ut at det kunne være bra å prøve tilbudet i kommunen først. Jeg hadde ikke så store forventninger i forhold til disse samtaler.

Hun fortalte litt at en av grunnene til at hun ikke hadde så store forventninger til samtaler, var at når hun i ungdomsårene hadde gått i samtaler hos BUP så hadde hun brukt all energien sin på å prøve og skjule sin fars alkoholmisbruk. Hun uttrykte sin situasjon slik:

Det var jo bare jeg som visste det. Jeg ble jo henvist til BUP for angst og depresjon, for så å begynne på medisiner for dette. Men det hele dreide seg egentlig om å prøve å skjule hele historien. Det å skulle gå til noen å prate om dette, det opplevdes veldig rart. Så var det skummelt å åpne seg om dette.

Heidi opplevde det veldig skummelt å skulle åpne seg, da hun hele tiden hadde brukt energi på å holde sannheten skjult. Hun sa hun ønsket å skåne sin far. I voksen alder ble hun henvist av legen til støttesamtaler. Selv om det opplevdes veldig skummelt og

vanskelig, så sa hun at innså hun at hun var nødt til å snakke med noen for å kunne få hjelp til å få en bedre hverdag. Alf fortalte at det var mange tanker som svirret i hodet hans den første gangen han skulle søke om hjelp. En av dem var:

Jeg trenger jo ikke dette. Det er ikke noe galt med meg. Det må være en grunn til at jeg tenker annerledes. Og hva er grunnen til at jeg er skrudd sammen litt annerledes?

Videre fortalte han at det tok litt tid før han søkte hjelp første gang. Han sa at han opplevde det som en svakhet og skulle ha hjelp til sine egne tanker og hjelpeløshet. Til slutt måtte han bare bite det i seg for det ble ikke bedre, men han ble verre jo lengre han ventet. Han opplevde det veldig vanskelig å skulle sette ord på hva som var problemet og han håpet i det lengste at problemene skulle gå over av seg selv. Videre uttrykte han at det er lettere å gå til en vanlig lege for å få hjelp til den fysiske delen av kroppen. Han opplevde at mental helse fortsatt var litt tabubelagt og han syntes derfor det var vanskelig å be om hjelp:

Det å sitte med en fremmed å skulle åpne seg...når det er bare jeg selv som vet om mine problemer...det er ikke det letteste du gjør. Det er lettere å dra til legen. Han finner fort hva som er problemet og er der for å hjelpe. Men det er noe med at en faktisk trenger å snakke om sine følelser og tanker også, selv om det er utrolig vanskelig.

4.3.2 Det første møtet

Tre av brukerne fortalte at overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen var ganske tøff. Å skulle forholde seg til en helt ny samtalepartner opplevde de som vanskelig. Det første møtet med helsearbeideren bar dermed litt preg av dette. Samtidig fortalte de at det ble en myk overgang til kommunen. I starten på overgangen gikk de en gang i uken til psykolog og en gang i uken hos helsearbeideren i kommunen. En av brukerne fortalte at hun i denne perioden hadde åpen telefonlinje til DPS og fastlegen sin, dersom behovet skulle endre seg. For henne var det fastlegen i samarbeid med DPS som tok kontakt med kommunen. De to andre ble anbefalt av psykologen og prøve å gå i støttesamtaler i kommunen og ble henvist ditt av han. Heidi som begynte direkte med støttesamtaler i kommunen, ble henvist direkte fra fastlegen sin. Hun fortalte også at hun opplevde det første møtet som ganske tøft.

Alle brukerne fortalte at den første samtalen med helsearbeideren gikk med til at hun skulle bli kjent med brukerne og at de skulle bli kjent med henne. Helsearbeideren fortalte hvordan samtalerne kom til å foregå og litt mer om rammene rundt disse samtalerne. Hun fortalte at samtalerne kom til å vare omtrent en times tid, og at de mot slutten av hver samtale kom til å ha en avrundning av timen og en plan for tiden frem til neste samtale. Samtidig satt de sammen opp noen regler for samtalerne og gikk i tillegg igjennom hvilke forventninger de hadde i forhold til hverandre før, under, etter og imellom samtalerne. I begynnelsen avklarte de også hvilke roller de skulle ha i forhold til

hverandre. Videre fortalte de at dette var med på å trygge dem i samtalsituasjonen og at det var med på å gi dem forutsigbarhet i forhold til samtaler og deltakelsen i disse. Brukerne gav også uttrykk for at dette hadde vært med på å trygge dem i samtalsituasjonen og at dette var viktig for dem for at de skulle kunne etablere en god relasjon til helsearbeideren. I løpet av de første samtaler gjorde helsearbeideren en kartlegging av deres livssituasjon. Brukerne fortalte at dette opplevdes viktig for dem og at de også fikk hjelp til andre ting som de hadde behov for. Både i forhold til arbeidssituasjon, familiesituasjon o.l.

4.3.3 Det var tøft å fortelle sin livshistorie

Brukerne fortalte at noe av det de opplevde som mest vanskelig med å bytte fra å gå til psykolog til å gå til helsearbeider i kommunen for samtaler, var å skulle fortelle sin historie helt på nytt til en ny fremmed. Elsa beskrev dette slik:

I det første møtet med helsearbeideren, så var jeg ikke så positivt innstilt. Jeg tenkte på hvorfor jeg skulle sitte å utgi meg til enda flere. Så den første samtalen med henne var tøff, med mange tårer. Det var ganske tøft å få enda flere å forholde seg til. Jeg måtte utgi meg helt på nytt, mitt innerste.

Videre fortalte hun at hun ikke så nytte av den første samtalen. Det kom etter flere samtaler. Hun sa videre at hun trengte en del møter for å bli trygg på den som satt på andre siden av bordet og for å lære å kjenne helsearbeideren. Hun opplevde det vanskelig å åpne seg, for hun fortalte videre at det var vanskelig for henne å vite hvordan helsearbeideren så henne. Hun hadde gått i samtaler på DPS i over ett år og hun kjente psykologen der forholdsvis godt og det opplevdes trygt. Derfor opplevdes det for henne vanskelig å skulle starte helt på nytt igjen. Denne brukeren gav uttrykk for at hun ønsket at DPS og kommunen skulle ha utvekslet mer informasjon seg imellom, slik at hun slapp å fortelle sin historie helt på nytt. Det gikk nesten to måneder før hun følte seg trygg på helsearbeideren, slik at hun igjen opplevde det greit å gå i samtaler hos henne. Unni sa dette om å fortelle sin historie på nytt til helsearbeideren:

Jeg ble veldig sliten i hele kroppen etter å ha fortalt min historie. Jeg var helt gåen etter det første møtet.

Alf sammenlignet den første tiden etter å ha fortalt sin historie med det å ha et åpent sår:

I begynnelsen følte det som et åpent sår, det ble en tøff periode etterpå. For jeg hadde snakket om ting som jeg ikke har snakket med noen andre om før, og

gravd skikkelig ned i jorda der ting har vært gjemt unna. Jeg var helt utslitt etter de første samtalene

Alf fortalte at det tok litt tid før han åpnet seg for helsearbeideren. Videre sa han at han var skeptisk på folk og at det etter en stund gikk bedre. Samt at han etter hvert så fram til samtalene hos henne. Heidi fortalte at hun ikke helt husket det første møtet og den første samtalen med helsearbeideren. Det tok tid for henne å kunne stole på noen, slik at hun klarte å våge å fortelle sin historie. Videre sa hun at de tre første samtalene hos helsearbeideren gikk til å bli kjent. Slik at hun etter hvert våget å fortelle sin historie. Hun fortalte også at hun var veldig sliten etter det første møtet:

Den første samtalen var veldig tøff. Det var veldig slitsom. Resten av dagen var jeg veldig sliten etter å ha deltatt i en slik samtale. Jeg fikk kroppslige reaksjoner i etterkant. Det var veldig uvant å skulle sitte og snakke med noen om dette i det hele tatt. Samtidig kjente jeg at det var veldig godt. Men det å innrømme det og å kjenne på det, det tok litt tid. Jeg tror egentlig kroppen min hadde godt av å reagere, å få ut litt. En naturlig reaksjon på at dører som har vært lukket lenge, åpnes opp.

Fra Heidi var 11 år gammel hadde hun brukt energi på å skjule sannheten, for å blant annet skåne sin alkoholiserende far. Derfor opplevdes det for henne som å åpne opp dører som hadde vært lukket. Som hun sa det selv, det var godt å få lov til å snakke med noen om sin tilværelse og om sin far, selv om det opplevdes veldig vanskelig. Samtidig fikk hun også en fysisk reaksjon etter at hun hadde åpnet seg.

4.3.4 Viktig med en god atmosfæren for å kunne skape en god relasjon

Brukerne la vekt på at kjemien mellom dem og helsearbeideren måtte stemme for å kunne etablere en god relasjon, slik at de kunne åpne seg og ha utbytte av samtalene. Samtidig sa Alf at atmosfæren var mer avhengig av de personene som var med på samtalene og ikke rommet som samtalene foregår i. Elsa fortalte om en veldig avslappet atmosfære:

Det var en veldig god og avslappende atmosfære under samtalene. Jeg følte at hun hadde tid til meg. Det var veldig godt.

Brukerne mente alle at kjemien og relasjonen til helsearbeideren hadde alt å si for at de skulle kunne åpne seg for henne. Heidi uttrykte dette slik:

Jeg tror min relasjon til helsearbeideren hadde alt å si for at jeg skulle kunne åpne meg for henne. For det er så mange tøffe ting å snakke om i utgangspunktet.

Dersom jeg hadde opplevd og ikke bli hørt eller at kjemien ikke stemte, så tror jeg ikke det hadde fungert.

Heidi gav her uttrykk for hvor viktig det var at hennes relasjon til helsearbeideren var bra. Hun la videre vekt på om den ikke hadde vært det, så ville det vært vanskelig for henne å skulle åpne seg. Dette ville igjen ha medført at hun ikke ville ha hatt utbytte av samtaler og hun ville nok derfor ha sluttet å gå i samtaler til den aktuelle helsearbeideren.

4.4 Vår opplevelse av å motta hjelp gjennom støttesamtaler

Brukerne fortalte hvordan de opplevde det å delta i støttesamtale og hva som var viktig for dem for at disse samtalerne skulle være til hjelp for dem i hverdagen. Videre fortalte de hvordan disse samtalerne var med på å gi dem opplevelsen av mestring. De la vekt på hvor viktig det var at helsearbeideren gav dem veiledning og at hun samtidig stilte krav til dem. I tillegg fikk de satte pris på at de selv ble ansvarliggjort for sin egen bedringsprosess, at ansvaret lå hos dem selv for å kunne lykkes med å nå sine mål.

4.4.1 Å bli kjent med egne utfordringer og ressurser gjennom å fortelle sin livshistorie

Alle brukerne sa at de opplevde at helsearbeideren hadde god tid og at hun lot dem få fortelle sin historie. De fortalte at den behagelige atmosfæren som var i samtalerommet og det at helsearbeideren gav uttrykk for at hun hadde god tid, gjorde at de kunne slappe av og gav dem troen på at deres historie var viktig. Elsa uttrykte det slik:

Det var alltid rolig på møtene og jeg opplevde alltid at helsearbeideren hadde god tid, slik at jeg hadde god mulighet til å tenke igjennom spørsmålene før jeg svarte. Når tårene tok overhånd og hun kom og tok rundt meg og trøstet meg, det gjorde godt. Jeg opplevde at jeg var sentral i min egen bedringsprosess og det er jo det som er løsningen.

De fortalte om en helsearbeider som var interessert i å høre deres historie, og som utviste empati. Dette gjorde at de opplevde at de ble tatt på alvor og gjorde igjen at de dermed klarte å åpne seg. Unni sa dette om det å fortelle sin historie til helsearbeideren:

Jeg begynte med å fortelle min historie fra jeg begynte å ta imot hjelp i 2013. Jeg fortalte om meg selv, så hun kunne bli kjent med meg og mine utfordringer i hverdagen. Jeg så veldig frem til neste samtale.

Brukerne la selv vekt på hvor viktig det var for dem å få fortelle sin historie og at de opplevde å bli tatt på alvor når de fortalte. Videre var det også viktig for dem at de fikk

fortelle uten at hun avbrøt dem. Samtidig var hun også en aktiv lytter, hun kunne komme med spørsmål underveis når brukerne tok pauser under historiefortellingen. Dette gjorde at de opplevde at helsearbeideren var interessert i deres historie og samtidig var det med på å hjelpe dem å fortelle videre når de stoppet opp. Hun brøt bare inn dersom det ble full stans i fortellingen og helsearbeideren opplevde at det var greit å bryte inn med spørsmål for å hjelpe dem på veien videre. Alf la veldig stor vekt på at det var så godt å fortelle historien sin utenat helsearbeideren skulle kverulere eller komme med egne innspill:

Det å få fortelle det en føler, tenker, synes utenat en person skal kverulere eller komme med egne innspill. Det å ha en person som er upartisk og som er lyttende og du får lov til å fortelle din historie i helhet, det er veldig godt. Noen ganger er det jo bare små problemer, sånn som å ha angst for å stå i kassen på butikken. Da er det godt at det går an å fortelle slike ting til noen som tar det på alvor og lytter til det du har å si.

Heidi fortalte at hun var veldig overrasket og glad for at samtalene varte såpass lenge som en time:

Jeg husker at jeg ble veldig overrasket over at samtalene varte en time. Hos legen er jeg mer vant til å bli hysjet ut etter kort tid.

Brukerne fortalte om en god avrundning av samtalene, samt at det var godt at de sammen la en plan for tiden frem mot neste samtale. I neste støttesamtale startet de ofte samtalen med hva som hadde skjedd siden sist samtale og hva de selv tenkte at det var viktig å snakke om. Noe de selv satte pris på sa de, da de selv ble gjort ansvarlige for å komme videre med samtalen. Heidi uttrykte det på denne måten:

På starten av samtalene snakket vi om hva som hadde skjedd siden sist og hva jeg tenkte var viktig å snakke om. Som følge av dette, kunne helsearbeideren hjelpe meg å strukturere og å sette det i større bolker. Men jeg føler absolutt at det var etter mine behov. Det var også rom for å tenke høyt. Jeg trengte ikke å ha fulle setninger bestandig, det var lov til å tenke litt.

Ved at brukerne fortalte sin historie til helsearbeideren, så fikk helsearbeideren innblikk i brukernes utfordringer i hverdagen. Når de fortalte sin historie til henne, så kom de selv i kontakt med sine vansker og samtidig også sine ressurser. Noe de gav inntrykk av at de hadde vanskelig for å se på egen hånd. De sa at de opplevde det spesielt vanskelig å se sine egne ressurser. Helsearbeideren hadde lagt stor vekt på de ressursene som brukerne selv hadde, og brukerne fortalte at hun hadde vektlagt deres egen mestringsevne. Denne hadde de fått hjelp å se og å ta i bruk, ved at helsearbeideren hadde hjulpet dem med dette. Brukerne ble hørt i forhold til sine egne tanker om hvilken

ende de ville begynne i for å starte reisen mot målene. De måtte selv vise initiativ for hvor reisen skulle begynne. Alf beskrev den første tiden slik:

Etter en eller to støttesamtaler så fikk jeg først og fremst snappet ut noe som hadde trukket meg ned, og jeg fikk da noen små verktøy som jeg kunne jobbe med. For eksempel hva som er logisk og relevant å tenke på, og hva som er tull og tøys. Det hjalp meg mye.

4.4.2 Godt å få hjelp til å sortere.

Alle brukerne la vekt på at det var godt å få hjelp til å sortere. Igjen var dette viktig for dem for å kunne finne ut hva som var viktig og hva som ikke var like viktig, for så igjen å ha fokus og prioritere det som var viktigst. Unni fortalte blant annet om at hun ofte hadde flere prosjekter på gang samtidig. I et tilfelle hadde hun pusset opp huset sitt for salg, hun hadde nylig flyttet inn i ny leilighet og hun jobbet døgnet rundt. I tillegg til dette hadde hun sagt opp jobben sin, men var vikar en annen plass. Økonomien ble da også en utfordring for henne. Det var mange utfordringer samtidig for henne og det var vanskelig for henne å sortere ut det som var mest viktig. Hun fortalte at hun opplevde en enorm fortvilelse. Da sa hun at det var godt å komme i støttesamtale, slik at helsearbeideren kunne hjelpe henne å sortere ut og hjelpe henne for hvordan hun skulle forholde seg til det hele:

Helsearbeideren gir meg råd på et vis, men hun vil at jeg skal ta avgjørelsen. Så jeg får veiledning hos henne. Hun kan hjelpe meg å sette opp alternativer på hva som er lurt å gjøre, og så er det opp til meg å bestemme hva jeg skal gjøre. Eksempler på dette er at hun legger de ulike alternativene foran meg, så spør hun meg: " Er det viktig?" Dersom jeg svarer nei, så tar hun bort det og slik fortsetter hun. Hun hjelper meg med å sortere ut. Videre sier hun: " Hva skal du satse på nå? Ikke ta inn alt mulig!" Så staker vi ut kursen sammen.

To av brukerne fortalte at de aktivt brukte en white board tavle å skrive på underveis i samtalen. De syntes dette var veldig greit og oversiktlig, det hjalp veldig sa begge to når alt opplevdes kaotisk i hodet. Det å se det hele nedskrevet på tavlen, gjorde det enklere å plukke det hele ned til biter. På denne måten ble det lettere å forholde seg til det som var de viktigste utfordringene og da sette seg opp mål for hvordan de skulle forholde seg til og gjøre disse utfordringene løsbare. Unni uttrykte dette slik:

I mange av samtalene med helsearbeideren, så brukte vi White board. Denne metoden fungerte veldig greit og var til god hjelp for meg. For da fikk jeg jo se det selv. Eksempel på dette, er at vi egentlig begynte med et skjema, om en episode og så skulle jeg jobbe videre med denne episoden hjemme. Det var en fin episode. Når jeg kom tilbake til neste samtale skulle jeg skrive opp dette på white boarden. Jeg skrev da episoden opp i ulike kategorier bortover. Først måtte jeg

skrive ned min første reaksjon psykisk og så hva jeg foretok meg i forhold til denne reaksjonen. Første kategori bestod av hva jeg gjorde som første steg for å forholde meg til denne reaksjonen. Dersom dette ikke hadde hjulpet måtte jeg gå videre til steg nummer 2, altså kategori nummer 2. Noen ganger måtte jeg trekke det ut til fjerde kategori, andre ganger kunne jeg stoppe på den tredje.

Når hun skrev ned på tavla hvordan hun hadde forholdt seg til situasjonen, så gikk hun igjennom dette steg for steg sammen med helsearbeideren. Heidi fortalte også om at hun opplevde at det var god hjelp å bruke tavla:

Vi brukte ei stor white board tavle. De var veldig greit, for jeg ble veldig kaotisk i hodet på den tiden og det var godt å få hjelp til å strukturere litt. Helsearbeideren kunne hjelpe meg med å strukturere det jeg fortalte, ved å sette det opp i bolker på tavla.

4.4.3 Få hjelp til å kunne prioritere annerledes

Alle brukerne fortalte om ting og noen også om personer som de måtte prioritere bort for å få det bedre i hverdagen. Helsearbeideren gav dem veiledning i forhold til dette. De fikk selv spørsmålet om det var noe eller noen de måtte prioritere bort for at de selv skulle få det bedre. Enkelte fant dette vanskelig og måtte bruke tid på å tenke grundig igjennom dette og helsearbeideren måtte også i noen tilfeller oppfordre brukerne til å prioritere bort noe, da de ifølge dem selv hadde vanskeligheter med å gjøre dette. Heidi fortalte at hun syntes det var vanskelig å prioritere bort enkelte ting for å få en bedre hverdag. Hun sa at helsearbeideren hadde måtte hjelpe henne med dette:

Vi hadde ganske tøffe samtaler. Blant annet om de tøffe samtalene jeg hadde med min far. Vi diskuterte om jeg i det hele og store skulle ha kontakt med min far. Noe som hørtes veldig skremmende og provoserende ut først, etter hvert forstod jeg dette mer.

Videre fortalte hun at dette innebar at hun fikk som et mål å si ifra til sin far når han ringte og var ruset. Hun hadde da blitt rådet til å si at hun opplevde det vanskelig at han ringte. Når hun til slutt greide å si ifra til han om dette, så ble forholdet hun hadde til sin far mye bedre. Samtidig oppstod det også mer avstand til hennes far, men hun forstod selv at det måtte bli slik for at hun selv skulle få det bedre. Selv opplevde hun dette litt egoistisk av seg selv, selv om hun så at det var nødvendig. Hun sa at hun etter dette hadde et mye mer avklart forhold til sin fars rusmisbruk, og at det i dag skal mer til for å vippe henne av pinnen bare av den minste tegn på endring. Tre av brukerne fortalte at de måtte prioritere bort jobb for en periode. Elsa fortalte at hun jobbet halv stilling i en jobb der hun måtte masse andre mennesker. Hun fortalte at det opplevdes greit mens hun var på jobb, men at hun merket at hun tok på seg en maske når hun var på jobb. For når arbeidsdagen var over, så var hun helt ferdig og hadde det veldig vanskelig. Til slutt ble hun anbefalt å være fulltidssykemeldt, noe hun ble i en periode og som var nødvendig for at hun skulle få den hjelpen hun trengte og kunne komme seg til hektene

igjen. Alf fortalte at han gikk i 100 % stilling, men at han da var helt ferdig nå dagen var over og at han ikke klarte å gjøre noe utenom å være på jobb. Han valgte selv å gå ned i 80 prosent stilling, for å få kortere dager og dermed ha overskudd til å gjøre andre ting også. I perioder isolerte han seg helt og var dermed fulltids sykemeldt og han droppet også ut av skolen. Bortsett fra at han måtte prioritere å jobbe mindre, så var det også andre ting han måtte prioritere bort:

Jeg måtte prioritere bort kontakten som jeg hadde med enkelte mennesker. Disse menneskene var ikke gode for meg, derfor var jeg nødt til å gjøre dette.

Alf fortalte at han var nødt til å prioritere bort kontakten han hadde med disse menneskene. Grunnen til dette fortalte han, var at disse menneskene trakk han ned. De krevde mye av han, han fikk ingenting igjen av å være sammen med disse menneskene og han ble i dårligere psykisk form av å omgås disse. Gjennom veiledning hadde helsearbeideren også oppfordret brukerne til å prioritere andre ting. Slik som Alf som gikk ned i stilling, for å ha overskudd til å gjøre andre ting som f.eks. være med venner og gå på kino. Rett og slett prioritere litt egentid utenom jobb. Elsa fortalte at hun ble oppfordret til å lage seg en timeplan, der hun plottet inn «Min tid» på ukeplanen. Når hun gjorde dette så visste resten av familien at nå hadde mamma egentid og da måtte hun få gjøre noe hun ville for sin egen del. Hun fortalte at hun hadde en hobby. Denne hobbyen var å male på glass og kopper. Videre fortalte hun at denne hobbyen gav henne mye glede, noe som også resten av familien visste:

Jeg har fått mye støtte av familien min når det gjelder at jeg trenger egentid. Når jeg går ned på hobbyrommet, så vet de at jeg trenger tid for meg selv.

Heidi og Unni hadde også deltatt på selvhevdelseskurs, etter oppfordring av helsearbeideren. Noe de begge sa at de hadde hatt mye glede og nytte av å delta i. Begge opplevde det godt å møte andre med samme utfordringer som dem selv.

4.4.4 Den gode følelsen av mestring

Brukerne fortalte at de fikk mye veiledning i støttesamtalene og at helsearbeideren innimellom kunne gi konkrete råd. Dette gjorde, som de selv sa, at de ble ansvarliggjort for egne liv og valg. De oppgav at de igjennom samtalene fikk veiledning for hvordan de skulle forholde seg til hverdagslige utfordringer, men at de måtte finne løsningene selv. Hun oppfordret dem ofte til å utfordre seg selv, for på denne måten å forsøke å gjøre ting de opplevde var vanskelige og som de hadde store utfordringer med å gjennomføre. Noen ganger klarte de å gjennomføre dette, andre ganger ikke. De fortalte om den gode følelsen av mestring, de gangene de klarte å gjennomføre det. Andre ganger gikk det ikke, men da gikk de igjennom hendelsene sammen med helsearbeideren for å finne ut hvorfor de ikke hadde lyktes og om de eventuelt ønsket å prøve på nytt. Heidi sa det slik:

Noen ting opplevde jeg mestringsfølelse på, mens andre ting opplevde jeg som at jeg trampet over streken for meg selv. Jeg har alltid hatt et sånn " Snill pike syndrom", jeg har gjort det alle forventet av meg og ville jeg skulle gjøre. Men da snakket vi om det på samtalen i etterkant, og jeg kjente sånn tillit til helsearbeideren at jeg kunne si at jeg ikke synstest denne utfordringen hadde vært så grei

Alle fire brukerne la vekt på hvor viktig det var å ha helsearbeideren som støttespiller i hverdagen, gjennom støttesamtalene. De la vekt på at det var viktig med den støtten de fikk hos henne i forhold til valg, og de satte også pris på at hun veiledet dem til eventuelle andre valg som kunne være en bedre løsning. Samtlige mente at de opplevde det godt å få en bekreftelse av sine utfordringer og gjøremål. Alf opplevde bekreftelse som veldig viktig. Han slet med tanker om at han ikke gjorde en god nok jobb på arbeidsplassen sin. Det å ta imot kritikk opplevde han som veldig vanskelig:

Jeg forstod ikke vitsen med jobben. Gjennom samtaler hos helsearbeideren lærte jeg meg hvordan jeg skulle forholde meg til dette. Bare det å lære å skille mellom kritikk og konstruktiv kritikk. På en måte bryr jeg meg veldig lite om hva folk synes, på en annen måte bryr jeg meg veldig mye. Det er en læringsprosess og jeg jobber veldig mye med meg selv i forhold til dette.

Sammen satte helsearbeideren opp mål som en lekse til neste støttesamtale. Brukerne fant ut i samarbeid med helsearbeideren hva som var det viktigste å forholde seg til, hvilke utfordringer de ville prøve å utfordre seg selv i forhold til. De fortalte at de hadde slike kortsiktige mål fra samtale til samtale. Samtidig satte de opp mer større, langsiktige mål etter hvert. Alf sa at han fikk en ekstra vilje til å gjennomføre målene, for sin egen del og også for at han ikke ønsket å skuffe helsearbeideren med at han ikke hadde greidd disse. Han mente det ville være et nederlag:

Noen ganger klarte jeg å gjennomføre målene mine, og det var en god følelse og jeg opplevde mestring. Andre ting var vanskeligere å gjennomføre. Det hendte at jeg fikk disse målene i lekse på nytt. Mens enkelte mål var vanskeligere å repetere. Jeg kjente litt ekstra vilje og press til å gjøre ting, for jeg ønsket jo fremgang. Det var godt å ha helsearbeideren ved min side. Hun ville at jeg skulle ha det bra og ville hjelpe meg. Jeg ville jo helst ikke skuffe henne.

De tre andre brukerne så mer gevinsten av mestring ovenfor seg selv og egeninnsats og vektla ikke dette med en eventuell skuffelse fra helsearbeiderens side. Elsa, som slet veldig med sosial angst, fortalte at det for henne var et viktig mål det å komme seg ut. Helsearbeideren hadde stor forståelse ovenfor dette og hun hadde foreslått at de kunne ta seg ut en tur sammen på kafe eller kjøpesenter, og gjøre dette som en del av støttesamtalen. Elsa hadde gått med på dette. Selv om hun fortalte at dette hadde opplevdes veldig vanskelig i starten, så hadde det vært til god hjelp i etterkant:

Det var ubehagelig i starten, men hun fikk meg ut. Jeg ble ikke sittende inne alene lenger. Det at hun var med meg, det hjalp at jeg slapp å dra alene. Det var en trygghet å ha med meg helsearbeideren. Hun så det på meg dersom ting ble ubehagelig. Når vi satt på en kafe og jeg synstest det ble ubehagelig, så kunne jeg si det til henne. Ellers leste hun meg godt. Hun kunne si: "Vi går nå. Det er bra nå!"

Elsa fortalte også om en annen spesifikk situasjon, der hun helsearbeideren hjalp henne gjennom veiledning:

Jeg skulle gå i 1.juledagsmiddag til svigerinnen min. Jeg hadde gruet meg i hele desember. Like før jul var jeg i samtale hos helsearbeideren. Hun sa til meg: " Det går an å prøve. Du har jo en mulighet til å snu dersom det blir for vanskelig. Du trenger ikke å fortelle det til noen, men du kan informere din ektemann om dette». Jeg bestemte meg for å gå til 1.juledagsmiddagen. Det som skjedde var at jeg møtte opp og jeg fikk i meg nesten hele middagen. Vi var nitten stykker til bords. Alle kjente jeg, det var bare familie der. Når jeg var nesten ferdig med middagen, så måtte jeg bare forlate for da hadde jeg så høy puls. Jeg svettet og det var ubehagelig å være der. Da gikk jeg bare og tok på meg klærne og dro. Det var ingen spørsmål i etterkant, for min ektemann hadde forklart sin søster hvordan det var. Selv var jeg veldig glad for at jeg hadde våget å delta under middagen. Helsearbeideren sa til meg at jeg ikke skulle skjemmes dersom jeg følte at jeg var tvungen til å forlate. De ordene som helsearbeideren sa til meg, de var med på å hjelpe meg mye. Men det tok 2-3 dager etterpå før jeg var meg selv igjen. Sånn som helsearbeideren sa det: " Vi er nødt til å prøve, ellers blir vi stående fast!".

Eksemplet ovenfor fra Elsa illustrere hvordan helsearbeideren hjalp henne gjennom veiledning og råd. Selv om hun ble veldig sliten etter å ha deltatt i middagen i etterkant, så oppnådde hun mestring ved at hun i utgangspunktet hadde blitt pushet litt frem. De tre andre brukerne fortalte også dette at helsearbeideren ved flere anledninger, hadde muntret dem opp til å prøve ut forskjellige ting som de opplevde vanskelige. På denne måten ble de utfordret for å komme videre, og ikke skulle bli stående fast i den situasjonen som de var i. Noen av brukerne sa at det ikke var alltid de greide å utføre målene, men da snakket de om dette på neste samtale om hva som eventuelt kunne gjøres annerledes. Alf fortalte at helsearbeiderne hjalp han ved å skrive ned forslag til mål, og så gikk de igjennom disse sammen:

I begynnelsen var noen av målene mine det å gå ut en tur, for eksempel bare gå en tur. Eller bare det å re opp senga. Bare at jeg skulle gjøre noe rett og slett, selv om det bare var en liten ting. For å komme meg ut av den situasjonen jeg var i. Etter hvert var en av målene mine det å kunne våge seg ut mer, det å være sosial. Dette opplevdes vanskelig for meg. Innenfor en gitt tidsramme så hadde jeg ulike arrangement som andre skulle på, der målet mitt var at jeg skulle være

med på en eller to av disse. Det var oppnåelige mål, men jeg måtte presse meg selv for å nå disse målene. Akkurat der og da opplevdes det helt forferdelig, når jeg skulle dra av gårde på et arrangement. Enkelte ting er det ikke så artig å være med på, men jeg har stort sett presset meg selv igjennom for å nå målene mine. I etterkant oppleves det kjempegodt. Å vite at jeg klarte å komme meg igjennom det, det var en god følelse.

Alf fortalte at det gjorde godt å få veiledning hos helsearbeideren for hvordan han kunne forholde seg til hverdagslige utfordringer, men at han måtte se løsningene selv. Den støtten som helsearbeideren hadde gitt han i hans valg, eller hun hadde veiledet han til andre valg som kunne være en bedre løsning. Han sa videre at det var så godt å få en bekreftelse hos helsearbeideren på hans valg og tanker. Samtidig la han også vekt på at det ikke nødvendigvis er en løsning som fungerer for alle, og han mente dette var viktig å huske på. Dersom ting ikke fungerte, så tok de det opp på neste samtale. Noen ganger ble det lekse til neste gang, andre ganger var det kanskje mål som var vanskelige å repetere. Alle brukerne fortalte om at helsearbeideren gav de øvelser for at de skulle styrke troen på seg selv. Heidi fortalte hvordan helsearbeideren oppfordret henne til å sette grenser for seg selv. Eksempel på dette, er at når hennes alkoholiserede far ringte, så skulle hun våge å si imot han. Noe helsearbeideren hadde oppfordret henne til å gjøre blant annet gjennom å stille faren spørsmål, for at hun skulle kunne hevde seg selv ovenfor sin alkoholiserede far. Dette kunne være spørsmål som hun stilte til sin far, som: " Hva er det egentlig du prøver å si? " Samtlige av brukerne slet med sosial angst og depresjon. Noen av de kortsiktige målene som de fikk i lekse til neste samtale, var blant annet å våge å ta bussen alene, å handle på butikken, å delta på arrangementer, å hente posten, å ta kontakt med naboen, å komme seg opp av senga o.l. Heidi fortalte hvordan det opplevdes å skulle ta bussen:

Det var veldig tøft å ta bussen. Men jeg er veldig god til å huske stemmer som jeg har hørt. En forsvarsteknikk var å sitte å høre for meg stemmen til helsearbeideren, der hun fortalte meg hvordan ting fungerer. Hun ble den kloke stemmen i hodet mitt, hun sa: " Men det her går bra ". Det var en trygghet å ha stemmen hennes i bakhodet. Jeg var veldig sliten i etterkant av bussturen og litt sint også. Jeg tenkte: " Slutt å få meg til å gjøre slike ting". Innerst inne forstod jeg at det var lurt å gjøre. Jeg opplevde mestring i etterkant.

Elsa fortalte hvordan hun unngikk å dra i butikken og overlot dette til sin ektemann:

Jeg fikk som mål å dra på butikken å handle selv. Jeg hadde ofte en unnskyldning om at jeg var hjemme og at jeg kunne be min mann om å handle på vei hjem fra jobb. Men jeg måtte gjøre dette selv, det var for enkelt å be min mann om å gjøre dette.

Elsa fortalte også om et av sine langsiktige mål. Det var at hun skulle greie ting på egen hånd, og å slippe å gjøre seg selv avhengig av mannen sin og ungene sine og andre

rundt seg. Hun skulle klare ting på egen hånd. Det å våge å gå inn på kjøpesenter og våge å ta bussen alene, var noe hun opplevde veldig vanskelig:

Jeg hadde som mål selv å ta bussen alene inn til byen en lørdagsformiddag, helst når det var et arrangement. Slik at jeg fikk føle på det å være der mens det var mange rundt meg. Jeg klarte det til slutt. Første gangen så var jeg bare en time i byen. Andre gangen var jeg flere timer i byen. Jeg var veldig sliten når jeg kom hjem. Jeg gråt veldig mye. Jeg følte meg nesten overfalt. Men når jeg satt meg ned og skrev om dette, så måtte jeg klappe meg selv på skulderen og si: "Jeg klarte det, jeg har jo til og med vært inne på butikker og handlet. Jeg har også sagt hei til noen som gikk forbi meg".

Videre sa Elsa at helsearbeideren hadde vært litt engstelig for at hun hadde vært for mye med henne ut på ting. Brukeren mener at det var dette som hjalp henne med å nå et av de langsiktige målene, og at det hadde vært til enorm hjelp for henne. Hun fortalte om en enorm mestringsfølelse når hun hadde klart å gjennomføre målene. Tre av brukerne fortalte at de hadde fått anbefalt å skrive ned underveis hvordan de hadde det og hva de gjorde i utførelse av målene. De opplevde at dette var til god nytte og de tok denne boken med til helsearbeideren ved neste samtale og så gikk de sammen igjennom dette. Heidi fortalte dette slik:

Jeg valgte å skrive ned tankene mine etter en telefonsamtale med faren min. Eller skrive ned tankene mine etter et legebesøk. Rett og slett skrive ned hva jeg tenkte før, under og etter legebesøket. Jeg har litt problemer med autoriteter, så en av leksene gikk ut på hva jeg selv kunne gjøre for å gjøre disse besøkene lettere.

4.4.5 Det er viktig å kunne ha troen på seg selv og å kunne gi seg selv ros
Helsearbeideren hadde vært veldig bevisst på betydningen av at brukerne klarte å rose seg selv over ting de klarte å gjøre. Samtlige brukere fortalte at de opplevde det veldig vanskelig å gi ros til seg selv. Heidi fortalte at hun var veldig flink til å trække seg selv ned, her hjalp helsearbeideren henne til at hun skulle klare å hevde seg selv og på denne måten få troen på seg selv. Noe som etter hvert ble bedre. Når hun klarte å hevde seg selv. Hun lærte seg også øvelser som skulle hjelpe henne med å øke troen på seg selv. Elsa fortalte at hun hadde fått en bok av helsearbeideren. Der hun skulle skrive ned positive ting om seg selv hver dag. Deretter skulle hun ta med seg denne boken til neste samtale. Elsa opplevde dette veldig vanskelig, fordi hun til tider ikke så noe positivt i hverdagen. Men så hadde hun og helsearbeideren gjort en annen vri på hva hun skulle skrive ned:

Vi fant ut at jeg heller skulle skrive ned hva jeg hadde gjort hver dag. Bare det å gå tur med hunden, det å våge å gå til postkassen. Det var en litt enklere

oppgave og så gikk vi igjennom det når jeg kom til samtale neste gang. Så var det helsearbeideren som satte en blomst ved siden av det jeg hadde klart å gjøre. Hun rådet meg til å klappe meg selv litt på skulderen og si til meg selv: " Du klarte det!". Helsearbeideren la vekt på at det var viktig at jeg klarte å rose meg selv i hverdagen. Denne boken hadde jeg alltid med meg når jeg var til samtale hos henne.

Unni fortalte også at hun fikk en slik bok, hun kalte den for Braboka. En av leksene hennes frem til neste samtale, var å skrive ned ting som var bra i denne boka. Hun fortalte at det var litt opp og ned om hun skrev eller ikke. Men hun skulle skrive ned den minste lille ting, så kunne hun bruke denne boka til å gå tilbake i senere å se hva hun faktisk hadde greid å gjøre og da opplevde hun mestring ved å se dette svart på hvitt. Eksempel på dette:

Et mål jeg hadde var at jeg skulle ta kontakt med naboen for å lufte hunden hennes. Min egen hund døde for litt siden, og det var et skikkelig savn. Naboen hadde tilbudt seg at jeg kunne få lufte hennes hund. Men jeg syntes at det var vanskelig å gå til henne å spørre om dette derfor ble dette satt opp som mål for meg selv. Så tenkte jeg, at jeg hadde jo veldig lyst til å gå tur med hunden. Så til slutt ringte jeg på for å spørre om dette. Det gikk jo så bra. Jeg ble tatt godt imot og hunden ble så glad. Det opplevdes veldig positivt og da ble denne episoden skrevet ned i Braboka.

Unni fortalte også om et annet tilfelle som hun hadde skrevet ned i boka og som hun selv hadde klart i etterkant å gi seg ros for å ha klart å gjennomføre. Hun hadde blitt oppfordret av helsearbeideren til å delta i sosiale sammenhenger. Hun unngikk helst slike ting. Videre sa brukeren at hun tenkte krise med en gang hun fikk vite om at hun skal delta på et arrangement. Brukeren beskrev det slik:

Jeg tenkte: " Hva kan skje? Er det noen som snakker til meg? Hva skal jeg si? Blir jeg alene?"

Hun fortalte om mange slike tanker som for igjennom hodet, og hvordan helsearbeideren støttet henne gjennom veiledning og råd. Det skulle være julebord på jobben hennes. Dette skulle være på et hotell. Unni hadde hun avtalt med noen at de skulle treffes på forhånd. Slik hadde hun sikret seg å ha noen å gå inn sammen med. Vedkommende var nødt til å avlyse, noe som gjorde at brukeren måtte dra alene. Hun tenkte da selv å gi beskjed om at hun ikke kunne komme. Dette tok hun opp på samtalen hos helsearbeideren:

Helsearbeideren sa: " Hva er det verste som kan skje? Kommer du til å besvime?" Nei, det kom jeg nok ikke til å gjøre. Hun gav meg dermed et råd: " Du kommer inn på hotellet i lobbyen, du ser deg godt om etter folk som du kjenner og så

puster du godt med magen. Stå der og kjenn at det blir greit". Jeg greide å komme meg inn på hotellet og da stod det folk der. Da hadde jeg greid å gå inn i lobbyen, hengt fra meg klærne og pustet veldig godt. Jeg møtte kjente og klarte å kose meg. Det gikk så bra, men jeg måtte ta det steg for steg. Det var en veldig god følelse og jeg var så stolt av meg selv.

Unni viste hvordan helsearbeideren utfordret henne til å delta gjennom å gi henne veiledning og råd, slik at hun fikk troen på at dette skulle hun i alle fall prøve. Hun klarte det og klarte også å være stolt i etterkant av å ha oppnådd sitt mål. Videre sa hun at helsearbeideren ofte sa til henne: " Det er kun du som kan gjøre noe med dette!". Unni sier at hun opplevde det veldig godt at helsearbeideren satte krav til henne, noe de andre tre brukerne også gav uttrykk for at de satte pris på. Alf fortalte at han og helsearbeideren hadde snakket mye om dette å kunne gi seg selv ros og hvor viktig dette var. Han uttalte seg slik om dette:

Jeg har fortsatt store problemer med å rose meg selv når jeg klarer å gjennomføre mine mål. Det er veldig vanskelig, jeg føler at jeg ikke er verdt det. Dette er noe jeg jobber med.

4.5 En lettere hverdag

Alle brukerne fortalte at de fikk en lettere hverdag etter at de hadde deltatt i støttesamtaler. To av brukerne gikk fortsatt i støttesamtaler ved intervjuene, mens de andre to hadde sluttet å gå i samtaler for ett år siden.

4.5.1 Det er godt å kunne ha en bra hverdag selv om man har psykiske utfordringer

Brukerne fortalte at de etter å ha gått i støttesamtaler fikk en bedre hverdag. Selv om de fortsatt innimellom har store utfordringer når det gjelder deres psykiske helse, så har de igjennom å gå i samtaler fått hjelp til hvordan de kan forholde seg til disse utfordringene. Alle fire brukerne oppgav at de gjennom å delta i støttesamtaler hadde fått laget seg en verktøykasse. Fra denne kunne de hente frem verktøy når ting ble vanskelig i hverdagen. Disse verktøyene kunne være: Pusteteknikker, brabok, dagbok, kriseplan, «den kloke stemmen i hodet», gi seg selv ros, bruk av tidligere erfaringer, hobbyer, timeplan, grensesetting o.l. En trygghet som de to brukerne som fremdeles gikk i støttesamtaler vektla og som de også oppgav som et verktøy, var: «Hjelpen er bare en telefonsamtale unna». Med dette mente de at dersom de hadde det veldig vanskelig, så kunne de ta en telefon til helsearbeideren. De kunne da etterspørre en samtale eller sende en melding til

henne om at de ønsket en støttesamtale med henne. Dermed fikk de komme til samtale dersom de hadde et ønske om dette, også utenom de oppsatte samtaler. Unni uttalte seg slik når det gjaldt verktøy:

Jeg har nå en liten verktøykasse. Den bruker jeg i ulike situasjoner. For eksempel kan det være at jeg skal tenke på å ta et skritt tilbake, istedenfor å bruse frem. Et eksempel på dette er at jeg har hatt raserianfall på jobb. Jeg har på grunn av dette anfaller sprunget ut i skogen og ringt han jeg er kjæreste med og bedt han om å komme å hente meg. Alt raser sammen så fort. Han hører i alle fall på meg. Slik at jeg får ut frustrasjonen min. Han kan spørre meg: " Er det virkelig sånn? " Jeg kan bli virkelig irritert på han. I noen situasjoner er det enklere å ta frem verktøykassen sin, andre ganger så opplever jeg det som vanskeligere. Da tar jeg til tårene og blir veldig fortvilet. Det er veldig tøft.

Unni fortalte også hvordan hennes tidligere erfaringer ble brukt som verktøy. Hun tok i bruk erfaringer fra tidligere i livet, der hun opplevde og mestret forskjellige ting. Disse brukte hun igjen til å mestret ting i hverdagen nå:

Et eksempel på dette er at, når ungene var små så var jeg nødt til å delta på foreldremøter. Når jeg skal i store forsamlinger, sosiale aktiviteter, bruker jeg å tenke på hva jeg gjorde for å kunne klare å delta på foreldremøter tidligere. Hvilke avtaler jeg gjorde meg i forkant av møtene, avtalte jeg hvem jeg skulle gå inn sammen med? Jeg gjorde jo det og jeg har brukt samme oppskriften ved senere anledninger. De har blitt lettere å bruke etter hvert.

Alf sa at han hadde fått noen verktøy å bruke dersom ting ble vanskelig. Han fortalte at han brukte teknikker som han lærte i begynnelsen når han gikk i støttesamtaler:

Bare det å snakke med profesjonelle har vært vanskelig, da bruker jeg det jeg har lært gjennom samtaler, for å klare å gjennomføre disse møtene. Jeg har nå lettere for å kunne sette ord på ting. Tidligere, før jeg begynte å gå i samtaler, så pratet jeg ikke om noe. Nå er jeg mer åpen om ting. Det er en god følelse. Igjennom samtaler har jeg også klart å lære meg å si nei. Lært at det er lov å si nei.

Alf poengterte dette med å klare å si nei, han hadde tidligere vært en som sa ja til det meste. Helsearbeideren hadde hjulpet han til å lære seg å sette grenser, ved blant annet å kunne si nei. I tillegg sa han, at før han begynte å gå i støttesamtaler, så pratet han ikke om noe. Da var de ofte overfladiske samtaler. Gjennom samtaler forklarte han at han har blitt mer åpen og klarte nå å sette ord på ting. Han fortalte at det var en god følelse. Elsa fortalte at helsearbeideren hadde hjulpet henne å normalisere ting i hverdagen. Helsearbeideren hadde lært henne pusteteknikker, dette verktøyet hadde hun god bruk for i mange situasjoner som hun opplevde som vanskelig:

Jeg kjenner på det i dag også at jeg, selv om jeg nå sitter i en høy stilling og har mye personalansvar, så gjør det noe med meg når jeg møter alle menneskene på jobben. Da tar jeg meg litt i det selv, puster med magen og tenker tanker som jeg har blitt oppfordret til å tenke. De er med meg i hverdagen fortsatt, men jeg har mye lettere for å takle det hele på en positiv måte. Slike mestringsstrategier som helsearbeideren lærte meg er gode å ha og jeg opplever det godt og trygt å ha disse.

Elsa fortalte hvordan hun ble oppfordret av helsearbeideren til å bruke verktøyet som hun hadde fått hos henne, for å kunne håndtere de mørke tankene når de kom. Verktøyet som hun blant annet gjorde bruk av da, var å skrive ned tankene sine. På et annet ark skrev hun ned hva hun har gjort i forhold til tankene sine. Deretter leverte hun dette til sin mann, som rettet dette og gikk igjennom dette sammen med henne i etterkant. Heidi fortalte hvordan hun brukte samtalene med helsearbeideren som verktøy:

Jeg hører mange ganger fortsatt helsearbeiderens stemme i bakhodet. Jeg bruker samtalene med henne både bevisst og ubevisst. Det sitter mye i automatisk, det å stoppe opp dersom jeg kjenner at angsten kommer eller tanken kommer: "Hva er det nå?" Da klarer jeg å stoppe opp og tenke: "Hvorfor ble det slik nå? Kjennes det helt håpløst ut og hva kan jeg gjøre med det?" Så, det er jo lettere noen ganger enn andre ganger igjen.

Videre fortalte Heidi om et av verktøyene som hun brukte, var det å ta styringen over sine besøk til faren sin. Hun fortalte at så lenge hun holdte seg unna huset til sin far, så klarte hun å leve i sin egen verden. Men med en gang hun kom til han, så ble hun slukt inn i hans verden og hun ble på en måte værende der. Etter at hun hadde snakket med helsearbeideren om dette, så definerte hun nå alltid på forhånd hvor lenge hun skulle være på besøk hos faren sin og når hun skulle dra hjem. Denne planen holdt hun seg til uansett hvordan besøket ble. Selv om de hadde hatt det fint sammen, så dro hun hjem ved dette bestemte tidspunktet. Heidi hadde også deltatt på selvhevdelseskurs og det hendte at hun også brukte en del av kursmaterialet derfra dersom hverdagen ble vanskelig.

4.5.2 Godt å ha en kriseplan i beredskap dersom hverdagen blir vanskelig å takle

Alf og Unni fortalte om en kriseplan de hadde i beredskap dersom det skulle oppstå veldig vanskelig ting / utfordringer i hverdagen. Alf fortalte om at han hadde noen forholdsregler å trå til dersom han hadde vanskelige dager. Disse hadde han fått gjennom støttesamtalene. Dette dreide seg om ting han gjorde og ting han hadde skrevet ned og lagt i en boks. Dette opplevde han som en trygghet, fordi han da visste

hvor de var om han skulle trenge dem. Han poengterte videre at det var fysisk viktig å ha disse liggende en plass, så han slapp å ha dem i bakhodet sitt. Han sa at disse var til god hjelp når han fikk suicidale tanker. Dette dreide seg spesielt om en firestegsplan, som han hadde gått igjennom sammen med både psykologer og med helsearbeideren i kommunen. Denne brukte han når han fikk det vanskelig og den hadde fungert veldig bra for han:

Det har vært en eller to ganger der fire steg ikke har vært nok. Da prøver jeg å gjøre alt for å tenke på eller gjøre noe annet. Den har hjulpet meg veldig. Det å klare å stå i det når alt kjennes ut som det skal bryte sammen rundt deg og alt føles jævlig. Det å kunne sette ting i perspektiv, det hjelper meg og er en stor trygghet for meg. Firestegsplanen min: 1. Sette meg inn i bilen og slå på musikk for å distrahere meg. 2. Jeg kjører til kirken. 3. Jeg drar til graven til den ene onkelen min. 4. Jeg drar til graven til gudsønnen min.

Alf fortalte at denne planen hjalp han å sette ting i perspektiv, og på denne måten få tankene hans over på noe annet. Unni fortalte litt i korthet om sin kriseplan. Hun fortalte at når ting opplevdes som svartest, så tok hun kontakt med venninnene sine eller helsearbeideren og ba om å få komme inn til en samtale. Hun hadde selv skrevet ned positive og negativ energi, men hun fortalte at hun av og til hastet videre og pøste på med negativitet. Noen ganger greide hun å ta skrittet tilbake, andre ganger ikke. Helsearbeideren var veldig tilgjengelig. Hun kunne ringe henne på dagtid eller sende henne en tekstmelding, så var det opp til henne å finne en dag som passet for samtale, det følte trygt at hjelpen bare var en telefonsamtale unna.

4.5.3 Betydningen av å ha en strukturert hverdag

Brukerne fortalte at de gjennom å gå i støttesamtaler etter hvert opplevde å få en hverdag som var bedre strukturert. Før de begynte å gå i samtaler så var Elsa, Alf og Unni langtidssykemeldte og Heidi måtte gi opp studiet på grunn av psykiske problemer. Etter å ha gått i samtaler, jobbet Elsa i en 50 prosent stilling med stort personalansvar. Alf og Unni jobbet i en 80 prosent stilling. Heidi klarte å fullføre utdanningen sin og jobbet etter dette i en 100 prosent stilling. Alle fortalte at de trivdes med å være i jobb og at det var en god følelse at de klarte å mestre jobben. Selv om noen av og til opplevde begrensninger her, så var de blitt flinkere å gi tilbakemelding til arbeidsgiver dersom de trengte pauser eller tilrettelegging. De fortalte at de hadde fått en meningsfull hverdag, selv om noen fortalte om mørke tanker innimellom fortsatt. Så var disse tankene nå lettere å forholde seg til. Samtidig var det også lettere å vite hva de kunne gjøre i forhold til disse.

Før de begynte å gå i støttesamtaler, var hverdagen for alle de fire brukerne preget av isolasjon og en lite strukturert hverdag. Det var vanskelig å komme seg ut av senga, vanskelig med personlig hygiene, vanskelig å delta i sosiale sammenhenger, vanskelig å gå på jobb etc. Gjennom samtalene fikk de ulike mål, for at de skulle utfordre seg selv i forhold til utfordringene sine. I tillegg ble de gjort observante på egne ressurser og mestringsveien ble satt i fokus. De måtte stå opp om morgenen, dusje, spise til faste

måltider, gå i butikken å handle selv, delta på aktiviteter, være tilstede i sosiale sammenhenger, gjøre hobbyer, begynne litt jobb etc. Alt dette gjorde at hverdagen ble bedre strukturert og hverdagen ble dermed mer meningsfull. Noe som igjen gjorde at de fikk en bedre hverdag.

4.5.4 Informasjon er viktig å gi til pårørende- de kan være en god sosial støtte

Pårørende var viktige for dem i ulik grad. De opplevde at det var godt at pårørende fikk informasjon om deres tilstand og hvordan de kunne være med på å hjelpe dem.

Brukerne oppgav at noen av pårørende var veldig positive i forhold til støttesamtaler, mens andre igjen var litt mer skeptiske og mente at de måtte ta seg sammen og bli friske for egen maskin. Alf beskrev dette slik:

Enkelte av mine pårørende er veldig positive til at jeg går i støttesamtaler, fordi de har sett den effekten disse samtalene har hatt på meg. Andre mener at jeg ikke trenger dette. De sier: " Mann deg opp, andre har det verre enn deg. Tenk på ungene i Afrika!" Så da får jeg litt dårlig samvittighet, men det gjør jo ikke mine problemer bedre. Problemet med min mentale helse er et reelt problem. Det er trist med fattigdommen i Afrika, men for meg som individ så har ikke dette noe å si for hvordan min mentale helse fungerer.

Alf prøvde med dette å forklare at mange opplever den mentale helsen hans som veldig vanskelig, og for hans pårørende kunne det være vanskelig å ha forståelse for at han slet psykisk. Samtidig la han også vekt på at de pårørende som hadde sett den effekten samtalene hadde på han, de var veldig positive til støttesamtalene. Heidi fortalte at hun fikk god støtte hos mannen sin. Han så hvor godt samtalene gjorde henne. Hun hadde gått en stund i samtaler, men så opplevde hun at hun ikke hadde behov for å gå i samtaler lengre og hun sluttet derfor. Det ble et lite opphold i samtalene, til hun fikk sønnen sin:

Da jeg fikk sønnen min, så var det mannen min som foreslo at jeg skulle ta kontakt med helsearbeideren etter fødselen. Jeg gikk i en dyp fødselsdepresjon, så jeg tok kontakt med helsearbeideren og fikk lov til å komme til henne i samtaler igjen. Det er jeg veldig glad for i dag.

Videre fortalte hun at hennes far var ganske støttende i forhold til at hun gikk i samtaler. Selv om hun hadde fortalt lite til han hva de dreide seg om, så observerte han at hun hadde effekt av disse. Hennes mor gikk mer i forsvarsposisjon. Hun mente mer at dette kunne de ordne opp i selv. Unni fortalte at familien hennes hadde store problemer med å forstå hennes væremåte. Ungene hennes skygget litt unna, for de visste aldri hvor de hadde henne. Noen ganger kunne hun bare ligge i senga, mens andre ganger var hun våken hele døgnet og ble lett irritert over ting. Unni fikk etter hvert diagnosen bipolar type 2, og som hun selv sa det, da falt det noen brikker på plass. Da forstod hun hvorfor

hun hadde det vanskelig. Barna hennes som var voksne når hun fikk diagnosen, var uvitende om hva denne diagnosen innebar. Helsearbeideren inviterte dem til å gå på bipolar-skole sammen med sin mor, noe de takket ja til. Slik fikk de også informasjon om sin mors sykdom, og slapp å være uvitende. For brukeren var dette også veldig viktig. Hun fortalte at ungene hennes hadde vanskeligheter med å knytte seg til henne, og at de var redde for å såre henne. De visste aldri hvordan hun ville reagere på forskjellige ting. Unni fortalte om en spesifikk hendelse, der helsearbeideren inviterte begge barna hennes med på en samtale på helsearbeiderens kontor:

Vi satt på kontoret til helsearbeideren, jeg og ungene mine satt med ryggen mot hverandre. De satt sammen med en annen helsearbeider, mens jeg satte med min faste helsearbeider. Dette var et ønske fra min side og kanskje fra mine barn også. Da kunne de stille meg spørsmål uten at de så meg og uten at jeg så dem. Det var veldig tøft for både meg og dem. Da fikk de litt svar på ting de har lurt på. Det var tøffe tak, det var tøffe spørsmål. De fikk stilt meg skikkelig til verks og det var så bra. Det handlet om episoder som de har lurt på og som gjorde vondt. De hadde ikke våget å spørre meg selv fordi de var redde for min reaksjon. De fortalte i ettertid at de hadde opplevd dette som en bra samtale. Men jeg ser i ettertid at de fortsatt skaper en avstand til meg som jeg opplever vanskelig, Jeg skulle ønske vi kunne ha gjort dette flere ganger, men jeg tenker at det må bli opp til mine barn å ta initiativ og å gi beskjed om de eventuelt ønsker dette igjen.

Unni fortalte at selv om det var veldig vondt for å henne å få de ulike spørsmålene fra barna, så gjorde det henne også godt at de var interessert i å stille henne spørsmål i forhold til ting de kanskje hadde stilt undrende til tidligere. Hvor viktig det var for dem på denne måten å få en form for visshet om de ulike hendelsene. Samtidig sa brukeren at barna hennes fortsatt skaper en avstand til henne, noe hun opplever veldig vanskelig. Blant annet får hun nå ikke lov til å ha kontakt med barnebarnet sitt Videre innrømmer hun at hun kunne ha tenkt seg flere slike samtaler, men at det nå må bli opp til ungene og ikke henne selv å ønske dette. Brukeren fortalte også hvordan hun involverte to veldig gode venninner i livet sitt. De hjalp henne ofte når hun hadde det vanskelig og som hun sa det selv: " De er gull verdt for meg!". Elsa fortalte hvordan hun involverte familien sin, slik at de fikk en forståelse ovenfor hennes problemer og ulike forholdsregler som hun måtte ta i forhold til sine psykiske vansker. Hun hadde til tider en veldig vanskelig familiesituasjon. Med en mann og to voksne barn. Mannen og et av barna slet også psykisk. Et av barna hadde flyttet hjemmefra. En dag ble det for mye for henne, det hadde da toppet seg skikkelig på hjemmefronten:

Det var rett og slett ubehagelig å leve. Jeg skrev et selvmordsbrev på natta og da var jeg fast bestemt på at nok var nok. Jeg la brevet ifra meg på bordet inne og deretter gikk jeg min vei. Heldigvis klarte jeg ikke å gjennomføre dette og gikk hjem igjen. I forbindelse med denne hendelsen fikk jeg tettere oppfølging fra både helsearbeideren og fastlegen min. Brevet tok jeg med meg til helsearbeideren. Da måtte jeg snakke om alt jeg foreløpig ikke hadde snakket om tidligere. Jeg hadde for eksempel store problemer med å gi slipp på eldstemann som skulle flytte ut

for seg selv. Den yngste sønnen min hadde også fått noen psykiske vansker. Min mann jobbet også mye og jeg følte at alt gikk på meg.

Elsa fortalte hvordan helsearbeideren hjalp henne til å få familien med på for å hjelpe henne. Hun sørget for at minstemann fikk hjelp for hans psykiske vansker. Ektemannen hennes ble tilbakekalt fra jobb. Hun fikk hjelp til å få eldstemann litt på avstand. Videre forklarte hun at den dagen hun hadde bestemt seg for å ta selvmord, ja da var alt helt mørkt. Hendelsen skjedde på en onsdag. Hun hadde i etterkant tett dialog med fastlege og helsearbeideren både onsdag, torsdag og fredag. Egentlig skulle hun bli lagt inn på DPS den helga, men de stolte så på henne. Hun hadde direktenummeret til DPS dersom hun følte behov for å ta kontakt. I tillegg hadde hun ektemannen hjemme ved siden av seg. Han fikk beskjed fra helsearbeideren og fastlegen om å fotfølge henne hele helga. Det betydde ingenting om hun nektet dette, han skulle og måtte gjøre dette. I ettertid er hun veldig glad for at ektemannen gjorde dette og for at hun lever i dag. Videre fortalte Elsa at hun har fått mye støtte av familien sin:

Når jeg går ned på hobbyrommet, så vet de at jeg trenger tid for meg selv. Når jeg har tøffe dager, så skriver jeg ned det jeg har gjort i forhold til tankene mine. Jeg leverer dette så til min ektemann, som må rette dette. Så går vi sammen igjennom dette i etterkant. Jeg og min mann har kommet nærmere hverandre. Og så er det godt å få feedback fra han på ting. Kanskje jeg kan gjøre ting annerledes eller det er godt nok. Det hjelper meg i forhold til mestring, for det er ikke alt jeg ser selv.

Elsa viste her hvordan hun bruker ektemannen aktiv for å få hjelp i hverdagen, og hvordan dette har gjort at de har kommet nærmere hverandre.

4.5.5 Håp og tanker om fremtiden

Brukerne fortalte hvordan de igjennom støttesamtalene etter hvert fikk opp håpet om å kunne få en bedre hverdag. Videre også fortalte de at de har fått mer tro på seg selv og at ting skal bli bedre. Samtidig oppgav tre av brukerne at de tok en dag av gangen og at de levde i nuet og opplevde det vanskelig å tenke på fremtiden. Heidi våget å tenke på fremtiden, og opplevde selv dette godt. Hun sa det slik om det å få håp om å kunne få en bedre hverdag:

Jeg tenker nok at jeg gjennom samtalene for første gang fikk håp og troen på at det var mulig å leve et litt annerledes liv enn det jeg hadde gjort siden jeg var liten. Jeg så et håp om et liv der jeg slapp å flykte. Samtidig et håp om å slippe hele tiden å være engstelig for at faren min skulle dø. At jeg kan leve et liv utenat det er han som styrer det, eller at det er rusen som styrer det.

Heidi fikk hjelp gjennom samtalene til å få et håp om en bedre hverdag. Hun var den eneste av brukerne som våget å tenke på fremtiden. Hun sa at hun var forberedt på at livet ikke kom til å være tipp topp hele tiden, samt at hun var forberedt på å ha en mer pårørende rolle for sin far. Dette på grunn av at helsen til faren hennes sviktet mer og mer. Samtidig sa hun at det kjentes ganske greit og at hun klarte å ha føttene i det:

Jeg tenker at jeg har et veldig godt grunnlag for å leve et mer normalt familieliv med mannen og sønnen min. Jeg har fått bearbeidet mye av det som er tøft og det gjør at jeg er en bedre kone og mamma nå, enn det jeg hadde vært dersom jeg ikke hadde fått hjelp. Det er jeg helt sikker på. I dag jobber jeg i en 100 prosent stilling, har en mastergrad, har ektemann og et barn, hvem skulle ha trodd det?

Heidi har sluttet å gå i samtaler for to år siden, men gir inntrykk av at hun kunne ha ønsket seg noen nye samtaler. "Bare for å friske opp verktøyene mine litt", som hun sier det. Selv om hverdagen hennes nå er lettere og hun har det bra, sier hun at det hadde vært trygt å friske opp verktøyene litt. Det vet hun hva hun skal gjøre om livet blir vanskelig. Alf fortalte at han i oppstarten med støttesamtaler, ikke hadde håp om at ting skulle bli bedre. Han opplevde at alt virket så håpløst og at det å gå i samtaler var et siste forsøk på å prøve å få det bedre. Videre sa han at samtalene heldigvis har hatt en kjempe virkning på han. Etter hvert som han ble kjent med helsearbeideren, så klarte han å se ting mer realistisk og ikke slik hodet hans hadde forvrengt det. Stemmen bak i hodet hans var også blitt mildere, noe som hjalp han veldig i hverdagen. Når det gjaldt tanker om fremtiden, så opplevde han dette vanskelig:

Jeg har litt mikset tanker om fremtiden. Enkelte ganger er det kjempepositivt, andre ganger ikke like positivt. Det spørs litt på dagsformen. I bunn og grunn prøver jeg å komme meg igjennom dag for dag. Det å komme seg ut av senga, dra på jobb og fullføre arbeidsdagen. Samt å ha et sosialt liv etterpå. Dette er ting jeg setter pris på at jeg klarer.

Han opplevde det vanskelig å tenke på fremtiden og ønsket å leve i nuet. Samtidig hadde han fått håpet tilbake og var stolt av det han greide å utføre i hverdagen nå, han hadde fått tilbake troen på seg selv. Alf jobbet nå i 80 prosent stilling, der han gikk kortere dager. Han klarte nå å ha et sosialt liv utenom jobb, noe som var veldig viktig for han og som betydde mye for helsa hans. Alf går fortsatt i støttesamtaler og har fortsatt god hjelp av å gå hos helsearbeideren. Unni sa at hun igjennom å delta i støttesamtalene i forkant av samtalene hadde hatt et håp om forståelse og veiledning for å få rettet opp hennes skakkjørte situasjon. Dette håpet hadde helsearbeideren innfridd. Når det gjaldt fremtiden, sa hun at hun ikke ville tenke så mye på fremtiden og at hun ville leve i nuet. Helst ville hun tenke kortsiktig;

Jeg vil ikke tenke så langt fremover. Plutselig er det jul, så kommer tankene: "Blir jeg sittende hjemme alene på julekvelden?" Da begynner det å surre. Noen ganger tenker jeg bare frem til morgendagen og hvordan den kommer til å bli. Men når jeg er langt nede, tenker jeg: "Er livet verdt å leve?" Når det stormer som verst, uten at jeg har noen konkret plan. Så tenker jeg: "Hvor svart er det når noen velger å ta sitt eget liv? Er det virkelig så svart for meg nå, har jeg ingenting positivt i livet mitt?" Så finner jeg ut at jeg har jo det.

Unni understreket litt her hvorfor hun opplevde det vanskelig å tenke på fremtiden. Samtidig var hverdagen hennes mye lettere nå, enn det den var før hun begynte å gå i støttesamtaler. Hun hadde fått troen på seg selv, selv om hverdagen fortsatt kunne være vanskelig. Videre hadde hun sagt opp jobben, på grunn av at det var mye styr i forhold til ledelsen på arbeidsplassen. Dette gjorde at hun mistrikket veldig der. Nå hadde hun endelig klart å motet seg opp til å si opp. Selv om dette også opplevdes skremmende for henne med tanke på økonomien, så gjorde det godt for helsa hennes. Hun hadde nå fått seg en midlertidig jobb på en skole hvor hun stortrives, med kanskje et håp om forlengelse. I tillegg har hun nå et litt mer avslappet forhold til at hun blir nektet å se sitt barnebarn. Unni opplever dette fortsatt veldig sårt, men hun har prøvd å innfinne seg med at dette er foreldrene til barnebarnet sitt valg. Hun går fortsatt i samtaler hos helsearbeideren og har god hjelp i disse. Elsa fortalte at hun etter å ha gått i støttesamtaler hos helsearbeideren i 3- 4 måneder fikk håpet opp for å kunne få en bedre hverdag, samt at dette skulle hun klare. Håpet hennes om å komme seg ut i arbeid igjen ble bare større og større ettersom tiden gikk. Hun hadde et stort håp om å få en bedre hverdag. Elsa fortalte hvordan helsearbeideren hjalp henne med å normalisere ting i hverdagen. Videre poengterte hun at det å kunne mestre hverdagen er veldig viktig. Hun opplevde det også litt vanskelig å tenke på fremtiden:

Jeg tenker ikke så mye på fremtiden. Jeg har ikke kommet dit at jeg våger å tenke så langt frem. Men det er mye bedre nå enn det var for ett år siden. Jeg tar en dag om gangen.

Elsa ønsker også å leve nuet og ønsker ikke å tenke så mye på fremtiden. Hun jobber nå i en femti prosent stilling og er leder for flere mennesker i dette firmaet. Hun trives på jobben og opplever at hverdagen er lettere. Samtidig er hun blitt bevisst gjennom samtalene, til å klare å kunne se sine egne begrensninger. Blir det for tøft å være på jobb en dag, så tar hun det heller med ro litt hjemme en stund til hun kommer seg til hektene igjen. Hun har lært opp en kollega som kan ta over hennes oppgaver, dersom hun trenger en pause fra jobb. I tillegg er hun bevisst på å ha egentid inne på timeplanen sin, noe som for henne er blitt veldig viktig. Elsa har sluttet å gå i samtaler for ett år siden, men skulle hun trenge deg igjen så fortalte hun at hun kunne tenke seg å gå i samtaler igjen

4.5.6 Markedsføring av tilbudet

Alle brukerne var enige om at det var dårlig markedsføring av disse støttesamtalene. Veldig mange vet ikke at dette tilbudet eksisterer i kommunen. Unni sa det slik:

Jeg har ikke visst at det gikk an å gå til støttesamtaler i kommunen. Jeg har anbefalt slike samtaler til flere, men de har ikke visst at det finnes slike samtaler i kommunen. Samtalene bør markedsføres bedre, slik at folk vet at de eksisterer. Jeg synes det er viktig å få frem hvor stor hjelp det er mulig å få ved å gå i støttesamtaler og å reklamere for disse, for på denne måten å kunne hjelpe andre.

Unni ble henvist til kommunen av psykolog, men hun visste ikke selv at disse samtalene eksisterte i kommunen. Alf sa dette om samtalene:

Samtalene burde ha vært markedsført bedre. Det å få frem at mental helse fortsatt er helse. I mitt eksempel har den mentale helsen min blitt integrert i den jeg er. Selv prater jeg varmt om disse samtalene dersom temaet kommer opp. Gruppeterapi har også fungert veldig godt for meg. Det å vite at jeg ikke er alene om å ha det slik.

Alf opplevde det at mental helse fortsatt er litt tabubelagt, og at det er viktig å få frem at den mentale helsa fortsatt også er helse og at den er kjempeviktig å ta hensyn til og å få hjelp til dersom en har psykiske vansker. Han poengterte også at gruppeterapi kan ha en god effekt. Heidi la også vekt på at ikke alle vet hva en støttesamtale går ut på:

De som jeg har snakket med har nok ingen klar forståelse av hva dette dreier seg om. Særlig de som ikke har kjennskap til psykiatri fra før av. De tror på en måte at jeg ligger på en benk når jeg går i samtaler og nærmest er reimet fast. Jeg kjente heller ikke til tilbudet godt nok.

Heidi la vekt på at det er mye uvisshet knyttet til mental helse og at det for mange virker skremmende å oppsøke hjelp. De sitter inne med tanker om psykiatrien slik den var for mange år siden, der pasientene lå og ble lenket fast. Alle brukerne la vekt på hvor mye det hadde hjulpet dem å delta i slike støttesamtaler og at det er viktig at det blir mer visshet om at slike samtaler eksisterer i kommunen. Elsa hadde også reklamert for støttesamtalene til mennesker som hun opplever har behov for dette. Hun sa også at hun merker at det er mye uvisshet knyttet til disse samtalene og veldig mange vet ikke at slike samtaler eksisterer i kommunen.

5 Diskusjon

5.1 Funn

Min studie viser at brukere med lett-moderate psykiske vansker har stort utbytte av å gå i støttesamtaler hos helsearbeidere i kommunen. Gjennom å gå i disse samtalene opplevde de å få en bedre hverdag. De opplevde at helsearbeideren var en god støttespiller for dem under tiden når de gikk i støttesamtaler. I tillegg var hun også var en god indirekte støtte for to av brukerne etter at de hadde avsluttet samtalene.

Det lyktes meg ikke å finne lignende studier hvor man har undersøkt hvordan brukere opplever det å gå i støttesamtaler i kommunen. Derimot fant jeg forskning som har blitt gjort i forhold til støttesamtaler hos legen, hvordan disse samtalene hjalp depressive pasienter med å få en bedre hverdag (Jensen et al 2007). I tillegg har det blitt gjort en del forskning i forhold til barselkvinner og fødselsdepresjon, og hvordan de gjennom å gå i støttesamtaler hos helsesøster fikk en bedre helse og dermed god hjelp i forhold til morsrollen, familien og hverdagen(Nygård et al., 2011). Samtidig har det også blitt gjort forskning i forhold til betydningen av en salutogen tilnærming i møte med brukere med psykiske vansker for å fremme psykisk helse. Videre hvordan denne tilnærmingen har økt brukernes SOC og dermed vært med på å gi brukerne en bedre hverdag(Langeland, 2009). En annen forskning, som jeg også fant ut var viktig å relatere til denne oppgaven, var Sidsel Sverdrup sin forskning i forhold til brukermedvirkning. Dette var en evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Se mer utdypende beskrivelser av de ulike studien under teoridelen.

5.1.1 Med utgangspunkt i brukernes livshistorie

Jensen et al (2007) la i sin artikkel stor vekt på betydningen pasientens livshistorie har, og hvordan man som behandler ved hjelp av dette har mulighet til å få pasienten i kontakt med egne utfordringer og ressurser. Her er det også viktig ifølge Jensen et al (2007) at behandleren er en aktiv lytter for å kunne hjelpe pasienten med dette (Jensen et al 2007). Betydningen brukernes livshistorie har for behandlingen har også kommet frem i forhold til barselkvinner og fødselsdepresjon (Nygård et al., 2011), forskning gjort i forhold til brukermedvirkning(Sverdrup, 2009) og forskning gjort i forhold til salutogen tilnærming i møte med brukeren(Langeland, 2009). I min studie hjalp også helsearbeideren brukerne å komme i kontakt med sine egne utfordringer og ressurser, ved at de fortalte deres livshistorier til henne. På denne måten kunne helsearbeideren hjelpe brukerne, ved at hun sammen med brukerne satte opp mål basert på de utfordringene de hadde. Samtidig som hun også hjalp brukerne til å se sine egne ressurser og hjalp dem til å bruke disse i gjennomføringen av sine mål. Dette er også i samsvar med Langeland (2009) sin forskning, der behandlingsopplegget gikk ut på å redusere hindringer og å styrke eksterne og interne ressurser, og i tillegg fremme en positiv selvforståelse og SOC(Langeland, 2009). For mine brukere dreide det seg i første omgang om kortsiktige mål, som for eksempel det å komme seg opp av senga om morgenen, hente posten eller å ta seg en dusj. Et mer langsiktig mål kunne være å delta

i sosiale sammenhenger, begynne å arbeide litt igjen eller ta bussen til byen alene. Brukerne sa at de noen ganger opplevde det veldig tøft å skulle utføre ulike mål, men at de etter hvert så hvor stor betydning det hadde at de utførte disse målene eller i alle fall prøvde å utføre disse. Ved neste støttesamtale gikk brukeren og helsearbeideren sammen igjennom målene, steg for steg. Brukerne fortalte om en enorm mestringsfølelse når de klarte å gjennomføre målene. Samt at det var godt å få en bekreftelse fra helsearbeideren på at de hadde greid å gjennomføre dette. Å gi bekreftelse på brukernes ferdigheter er viktig i en behandlingsprosess (Nygård et al., 2011).

På den andre side opplevdes det som et nederlag når brukeren ikke klarte å gjennomføre målet. De gangene dette var tilfelle måtte brukeren og helsearbeideren evaluere dette, for så å finne ut om dette var et realistisk mål. Videre hva som gikk galt og om brukeren var villig til å repetere målet. I møte med brukeren er det viktig ifølge Langeland (2009) å møte brukerne med en salutogen tilnærming for å styrke OAS (Langeland, 2009). En viktig kjernekomponent i forhold til dette er håndterbarhet, som igjen innebærer i hvilken grad man har til å takle de kravene som man blir utsatt for gjennom ulike stimuli. En mulighet til å takle disse er igjen avhengig av de ressursene man har tilgjengelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Ifølge dette så kan det hende at brukerne ikke opplevde å ha de ressursene for å klare å gjennomføre disse målene, de gangene de mislyktes i å gjennomføre målene. Noe som igjen kunne innebar at disse målene istedenfor kunne settes opp ved et senere tidspunkt i behandlingsprosessen, når brukerne følte seg klare for dette og opplevde dette håndterbart.

Selv om tidligere forskning, som ovenfor, og også min studie har vist at det er av stor betydning å ha livshistorier som utgangspunkt for behandlingen, så har det på den annen side vist seg at det også kan være en stor påkjenning for brukerne å skulle fortelle sin historie (Sverdrup, 2009). Brukerne i mitt prosjekt fortalte at de var veldig slitne etter å ha fortalt sin historie til helsearbeideren. Samtlige sa at de opplevde det både psykisk og fysisk slitsomt i etterkant av dette. To av brukerne fortalte at de var sengeliggende i noen dager etter at de hadde fortalt sin historie. En av disse fortalte at det var skuffer og skap inni henne som hadde vært lukket det meste parten av hennes liv, som nå plutselig skulle åpnes opp. Hun fortalte at dette var utrolig tøft og at hun fikk en skikkelig reaksjon både kroppslig og psykisk i etterkant, samtidig som hun opplevde det godt å endelig få en reaksjon på de følelsene og tankene som hun hadde gått og boret på i så mange år. Kari Martinsen (2012) poengterer at helsearbeideren i møte med brukeren må være nøkkelen som kan hjelpe å åpne brukerens lukkede dører, fordi brukeren selv ikke klarer å komme henne i møte å åpne opp døren for henne. Videre legger Martinsen (2012) vekt på at dette er en handling preget av makt, noe som brukeren gir helsearbeideren rett til å gjøre som et omsorgsansvar ovenfor han selv. Noe som igjen bygger på et enormt tillitsforhold til helsearbeideren, videre må denne makten brukes med enormt varsomhet (Martinsen & Kjær, 2012).

I studien min fortalte også de tre brukerne som hadde gått i samtaler hos psykolog, for deretter å bytte til samtaler hos helsearbeider i kommunen at det opplevdes veldig

vanskelig å skulle fortelle sin historie på nytt. En av disse brukerne sa at hun hadde ønsket at psykologen kunne ha fortalt helsearbeideren historien hennes, slik at hun hadde sluppet å fortelle den på nytt da det var en enorm påkjenning for henne. På en annen side kunne dette ha medført at viktig informasjon hadde blitt mistet. Samtidig som helsearbeideren ikke hadde blitt kjent med brukeren på samme måten, som det å få høre historien direkte fra brukeren. I tillegg kunne det hende at helsearbeideren hadde en annen innfallsvinkel på samtalene enn det psykologen hadde. Livshistorien er et viktig utgangspunkt for behandlingen, og dermed også for å bli kjent med brukeren (Jensen et al 2007). Likevel vil det kunne være på bekostning av brukerens, da det kan oppleves som en veldig belastning å skulle fortelle sin historie på nytt. Mitt resultat i forhold til dette står i samsvar med studien til Sverdrup (2009), der 38 prosent av brukerne som hadde deltatt i studien opplevde det tøft og skulle fortelle hele sin historie på nytt. De opplevde det som å starte helt på nytt med behandlingen, og de opplevde og ikke bli tatt på alvor. Samt at dette var med på å forsinke deres bedringsprosess (Sverdrup, 2009).

5.1.2 All erfaring er subjektiv

Min tilnærming i studien var en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Her vektlegges brukernes subjektive erfaringer av et fenomen (Malterud, 2011). Ved å gjøre intervjuene av brukerne fant jeg ut at alle de fire brukerne hadde forskjellige utgangspunkt og ulike erfaringer, som igjen på ulike vis preget deres hverdag. I følge Berger et al (2000) er hverdagslivet en subjektivt meningsfylt verden for den som lever i denne hverdagen, og dette er en virkelighet som kan tolkes av flere og ulikt (Berger et al., 2000). Gregory Bateson i Ulleberg (2014) legger i sin kommunikasjonsteori vekt på at all erfaring er subjektiv og at vi har ulike forestillinger om verden. Vi kan derfor aldri helt forstå et annet menneske (Ulleberg, 2014). En av mine brukere, Heidi, hadde vokst opp med en alkoholisert far. For henne bestod mye av hverdagen av å ta seg av sin far og samtidig bruke alle sine krefter utenom til å holde hans alkoholproblemer skjult. Dette ble hennes hverdag og virkelighet. Før hun begynte å gå i støttesamtaler hadde hun ingen tro på at hun skulle oppleve en annen virkelighet, eller at hun skulle oppleve å kunne leve et liv utenat ansvaret for sin alkoholiserende far skulle prege hele hennes hverdag. For helsearbeideren ble det vanskelig å skulle sette seg helt inne i Heidi sin livssituasjon og samtidig kunne føle det på sin egne kropp og sinn hvordan Heidi opplever denne. Samtidig som hun igjennom Heidi sine livshistorier hadde mulighet til å få en økt forståelse for Heidi, og hvordan hun hadde det og ut ifra dette vise empati ovenfor Heidi og hennes situasjon. Ut ifra dette kunne hun hjelpe henne gjennom samtaler. Dette var ressursorienterte samtaler (Jensen et al 2007) og det var derfor viktig for helsearbeideren å hjelpe Heidi og de andre brukerne med å komme i kontakt med egne ressurser gjennom at de fortalte sine historier. For å hjelpe henne og de andre brukerne å se og utnytte sine ressurser og muligheter, for igjen å forsøke å virkeliggjøre disse mulighetene. Og dermed ha muligheten til å kunne få en bedre hverdag (Christensen & Horjen, 1967).

5.1.3 Hverdagen

Min studie viste at de brukerne som jeg intervjuet, hadde fått en bedre hverdag av å gå i støttesamtaler. Før de begynte å gå i støttesamtaler hadde de en lite strukturert hverdag. Tre av brukerne var sykemeldt og den fjerde måtte avslutte utdanningen sin. De isolerte seg og vanlige ting i hverdagen ble vanskelig å gjennomføre.

Hverdagen består av ulike aktiviteter som vi mennesker ønsker å fylle den med. Disse aktivitetene er med på å strukturere hverdagen. Det kan være jobb, hobbyer, sosiale arrangementer, møter etc. Ifølge (Christiansen & Townsend, 2014) er disse aktivitetene med på å gi oss mening i hverdagen. Mine brukere måtte utfordres til å utføre ting som de opplevde som vanskelige, ved å gjennomføre ulike mål. Ved nedsatt psykisk helse kan hukommelsen være nedsatt. Mange av de tingene vi gjør i hverdagen gjør vi på grunnlag av tidligere erfaringer. Aktivitetene er av en tidsmessig karakter, de gjennomsyses av fortiden, nåtiden og fremtiden. Ved nedsatt hukommelse blir det vanskelig å gjenkalle oss, dermed blir det vanskelig å fortolke eller å forstå aktuelle erfaringer. Dermed kan det være vanskelig å forstå motivet bak de ulike aktivitetene spesielt i oppstarten av behandlingen. Aktivitetene oppleves som meningsløse (Simensen, 2013). Noe som preget noen av mine brukere. Helsearbeideren hadde oppfordret dem til å skrive ned ting de gjorde og ikke gjorde i en dagbok, dette var ifølge brukerne med på å hjelpe dem veldig for å kunne se ting bedre og å sette ord på ting. I tillegg ble de oppfordret til å skrive ned positiv ting de gjorde eller positive ting om seg selv, eller bare rett og slett skrive ned ting de gjorde i hverdagen. Dette tok de med seg til helsearbeideren i samtale og så gikk de sammen igjennom det som stod der. På denne måten fikk de en bekreftelse på sine ferdigheter, noe som igjen bidro til mestring. Denne boka hadde de hjemme hos seg selv, slik at de kunne gå tilbake ved senere anledninger og se hva de faktisk hadde klart å gjøre. Noe som også var et godt verktøy når dagene ble vanskelige og hukommelsen kunne svikte litt.

Alf var en av de brukerne som ikke så vitsen med å begynne å gå i støttesamtaler til å begynne med, han ville bare prøve dette som en siste sjanse til å bli bedre. Han så ikke vitsen med at han skulle ta seg en dusj i begynnelsen av samtale. Helsearbeideren begynte å tilnærme seg han forsiktig, og hun hadde samtidig flere samtaler med han før det ble satt opp mål når han var klar for dette. Alf hadde stor nytte av samtale og var etter hvert klar for å sette seg mål i hverdagen. Disse kortsiktige målene var med på å gi Alf og de andre brukerne en struktur i hverdagen. Etter hvert som de klarte de langsiktige målene, som for eksempel det å begynne å jobbe igjen, så fikk de en hverdag som var mer strukturert og som de opplevde som meningsfull ifølge brukerne selv. Å være i arbeid bidrar til mestring og selvtillit, samtidig som det gir struktur i hverdagen og innhold i livet (Napha 2019). Tre av brukerne i studien min hadde jobber å gå tilbake til og Heidi hadde en utdanning som ventet, noe som ifølge dem selv gjorde det enklere å komme tilbake til en normal hverdag når de følte seg klare for dette. Brukerne som var med i studien til Sverdrup (2009) gav uttrykk for at det tjenestetilbudet som Opptrappingsplanen (1998-2008) hadde lovet dem ikke hadde svart til forventningene. De gav uttrykk for at det var viktig å ha et arbeid eller å delta i arbeidslignende aktiviteter, noe som artikkelen gir inntrykk av at alle ikke hadde fått tilbud om. Samtidig oppgav de også at tilbudet om støttesamtaler var for snevert, de ønsket hyppigere samtaler. I tillegg til at de etterlyste et tilpasset aktivitetstilbud, så var det også flere som ønsket at

Nav kunne ha hjulpet dem med noen basale behov, sånn som for eksempel deres personlige økonomi (Sverdrup, 2009). Noe som igjen er av stor betydning sett i forhold til Maslows behovspyramide. Der de basale behovene er viktige å ta hensyn til før støttesamtaler kan ha den ønskete nytten (Pauline Irene 2013).

5.1.4 Språket er med på å bevare hverdagsvirkeligheten

Ifølge Berger et al (2000) bevares hverdagsvirkeligheten selv når uforutsette ting skjer. Språket er blant annet med å sørge for dette. Det referer til hverdagen og tvinger oss inn i et slags mønster. Språket gir oss mange erfaringer og er viktig i sosiale relasjoner (Berger et al., 2000). Noe som igjen vil bidra til felleskap med andre. I min studie gav brukerne tilbakemelding på at de opplevde det veldig vanskelig å være med i sosiale sammenhenger. Etter hvert ble det satt opp som mål for brukerne at de skulle delta i noen sosiale sammenhenger. En trygghet her for brukerne ville kunne være at de har språket til felles med de rundt seg.

Gregory Batesons kommunikasjonsteori går ut på at kommunikasjon er en sirkulær prosess. Noe som igjen innebærer at når to mennesker kommuniserer med hverandre, har de dermed et samspill og dette utgjør en sammenheng. Å se samspill i et sirkulært lys, vil medføre at vi selv blir en del av samspillet. Her vil en person kunne ha en egenskap som han viser kun i en bestemt relasjon (Ulleberg, 2014). Hvordan brukerne blir møtt gjennom kommunikasjonen hos helsearbeideren vil dermed ha betydning for hvilke egenskaper brukeren viser i denne gitte relasjonen mellom han og helsearbeideren, i støttesamtalen. Dersom en bruker er passiv i støttesamtalen, så betyr ikke dette at dette er en egenskap ved brukeren, men at det er en egenskap han viser i akkurat denne relasjonen (Ulleberg, 2014).

5.1.5 Relasjonens betydning

Norvoll (2013) skrev at den personlige relasjonen i begynnelsen av en behandlingsprosess er avgjørende for suksess i samtaler (Norvoll, 2013). I studien som Jensen et al (2007) gjorde, var det en bruker der som hadde uttalt seg om hvordan han var blitt møtt av behandleren og hvilken betydning det hadde for han at det oppstod en god relasjon mellom dem. Brukeren påpekte her at han opplevde det så godt å bli sett på som et menneske, og ikke som en sykdom. Her ligger det at brukerens ressurser og dermed mestringsevne ble satt i fokus (Jensen et al 2007). I min studie oppgav alle brukerne at den viktigste faktoren for at de skulle kunne åpne seg og fortelle sine historier, var at de fikk en god relasjon til helsearbeideren. En av brukerne, Unni, fortalte at kjemien mellom henne og helsearbeideren i kommunen ikke hadde stemt og at hun derfor bestemte seg for å slutte å gå i samtaler hos henne. Noe som igjen medførte at hun begynte å gå i samtaler hos psykolog igjen. Ved en senere anledning byttet hun tilbake til kommunen igjen og denne gangen oppstod det en god relasjon mellom henne og helsearbeideren. Slik som Gregory Bateson skriver det, i møte med andre mennesker viser vi oss selv, samtidig som vi erfarer og utvikler oss selv og vår forståelse av oss selv og verden i møte med andre. Relasjonen er grunnleggende i kommunikasjonsteorien (Ulleberg, 2014). Relasjonen som blir etablert er viktig for de fremtidige samtalene. I møte med brukeren er det ifølge Martinsen (2012) viktig å møte brukeren der han er

som et omsorgsansvar (Martinsen & Kjær, 2012). En av brukerne i min studie, Elsa, hadde familieproblemer. Dette var problemer som opptok henne veldig og som gjorde hennes psykiske problemer verre. Hun ble av helsearbeideren møtt på dette og det ble iverksatt tiltak for å bedre hennes familiesituasjon. Etter at dette var gjort, så hadde Elsa bedre utbytte av støttesamtalene. I Maslows behovspyramide, beskrives de ulike basale behovene gjennom en pyramide (Pauline Irene 2013). Selv om de ikke er absolutte, så vil det være av betydning å finne brukeren der han er og hjelpe han der han er. Ellers vil følgen kunne være at samtalene ikke har noen nytteverdi for brukeren (Martinsen & Kjær, 2012). På hvilken måte brukeren blir møtt i samtalen, hvordan hans / hennes utfordringer blir tatt på alvor og hvordan han / hun blir hjulpet til å se sine egne ressurser for dermed å styrke mestringfølelsen til brukeren, er avhengig av at de helsearbeiderne som er med i disse samtalene har den kompetansen som trengs. Også for å kunne fatte beslutninger som de mener er til brukernes beste (Sverdrup, 2009). I møte med brukerne er det også viktig ifølge Nygård et al 2011 at helsepersonell er bevisste ens etos, da dette igjen vil gi mot og styrke til helsepersonell for å forholde seg til og bekrefte brukerens lidelse, for så å kunne hjelpe brukeren på best mulig måte (Nygård et al., 2011).

5.2 Pårørende kan være en god sosial støtte- viktig med informasjon

Sosial støtte viser seg også å være viktig i forhold til bedringsprosesser. De som opplevde høyere grad av sosial støtte hadde en tendens til å skåre høyere på SOC og lavere på symptombelastning. Dette var med på å øke brukernes livskvalitet (Langeland, 2009).

Pårørende kan være med å være en del av denne sosiale støtten. Samtidig viser det seg ifølge Sverdrup (2009) og også i min studie, at pårørende ofte blir en glemt gruppe. I min studie fortalte brukerne om manglende forståelse og støtte hos noen av sine pårørende, mens andre pårørende igjen var en god støtte. Manglende informasjon kunne være en av årsakene til at de pårørende ikke viste forståelse for brukerens situasjon og vansker. En av brukerne, Alf, fikk beskjed av noen sine pårørende om å ta seg sammen. Videre sa de at han måtte tenke på ungene i Afrika, for de hadde det mye verre enn han. Alf fortalte at dette ble en ekstra belastning for han, når de pårørende ikke hadde noen forståelse.

Hos en av de andre brukerne som deltok i min studie, Unni, så hadde barna hennes hatt store problemer med å forstå moren sine reaksjoner og væremåte. Dette hadde gjort at det hadde oppstått en avstand mellom henne og barna hennes. Etter at det hadde gått noen år siden hun selv fikk diagnosen bipolar type 2, så hadde hun fått barna sine med seg på bipolarskole. Barna var da voksne. På denne skolen hadde de fått informasjon om diagnosen, noe som skulle hjelpe dem med å få forståelse. I tillegg hadde helsearbeiderne som Unni gikk i samtaler hos, foreslått at Unni kunne ta med seg barna på en støttesamtale. Under denne samtalen hadde det vært to helsearbeidere tilstede. Barna og Unni satte med ryggen imot hverandre. Barna kunne stille spørsmål til moren igjennom den ene helsearbeideren, og moren kunne stille spørsmål til barna igjennom

den andre helsearbeideren. Dette hadde ifølge Unni vært godt for både henne og barna. Dessverre var på den annen side denne informasjonen kanskje blitt gitt litt sent, og skulle kanskje blitt gitt for mange år siden. For ifølge Unni selv, så var det fortsatt en avstand mellom henne og barna som var vanskelig å reparere.

I Sverdrup (2009) sin studie viste at det var et forbedringspotensialet når det gjaldt pårørende, både når det gjaldt informasjon og deres involvering i brukernes liv og bedringsprosess (Sverdrup, 2009).

6 Konklusjon

I denne studien har jeg forsøkt å få frem brukernes subjektive opplevelser av å delta i støttesamtaler og hvilken betydning disse samtalene har hatt for deres hverdagsmestring. I den hensikt å øke forståelsen av hvor stor betydning et slikt lavterskeltilbud kan ha for brukere som har lett til moderate psykiske problemer. Brukerne som deltok i min studie fortalte at støttesamtalene hadde hjulpet dem mye for å få en bedre hverdag. De opplevde at de kunne ha en bra hverdag, selv om de hadde psykiske problemer. Gjennom støttesamtalene lærte de hvordan de skulle forholde seg til utfordringene sine og hvordan de kunne ta i bruk egne ressurser for å forsøke å takle disse utfordringene. Brukerne fortalte at de gjennom samtalene hadde fått laget seg en verktøykasse med ulike verktøy i. Når hverdagen ble vanskelig å takle eller det oppstod små utfordringer, så var det mulig for dem å hente ut verktøy fra denne. Dette medførte en trygghet for dem i hverdagen og på denne måten ble det enklere å klare å forholde seg til hverdagens utfordringer. Noe som igjen innebar bedre livskvalitet for brukerne. Klarte.

Studien min har visse begrensninger, da jeg bare fikk rekruttert 4 brukere i to kommuner til intervju. Samtidig fikk jeg en stor mengde datamateriale gjennom å intervju disse brukerne. Selv om studien ville ha hatt en større bredde om jeg hadde fått muligheten til å gjøre flere intervju og kanskje også gjort intervju i flere kommuner. Det har blitt gjort lite forskning innenfor dette området. Mer forskning her vil nok sette mer fokus på den betydningen disse samtalene kan ha for mennesker. Tilbakemeldingen fra brukerne var helt klar: «Disse støttesamtalene må markedsføres bedre, flere mennesker må få vite at de eksisterer!»

7 Referanseliste

- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berger, P. L., Wiik, F., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapede virkelighet*. Bergen: Fagbokforl.
- Blank, A. A., Harries, P., & Reynolds, F. (2014). "Without Occupation You Don't Exist": Occupational Engagement and Mental Illness. *Journal of Occupational science*, 1-13.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, J., & Horjen, H. (1967). *Aristoteles* (Vol. 27). Oslo: Aschehoug.
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2014). *Introduction to occupation : the art and science of living* (2nd ed., new international ed. ed.). Harlow: Pearson.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv : på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Interesse- og brukerorganisasjonen for psykisk helse. Fakta om psykisk helse. Hentet 01.04.2019 fra <http://www.hviteorn.no/fakta-om-psykisk-hels>
- Irene,Pauline(2013).*Maslows behovspyramide*.Hentet 29.04.19 fra: <https://psymagasinet.no/maslows-behovspyramide/>
- Jensen,Jens Gerhard (2007).*Betydningen af den depressive patients fortælling af sin livshistorie*.Månedsskrift for praktisk lægegerning.85 (9),s 959-968
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjelsen, Helga Brandt(2011) . Støttesamtalens dynamikk. Hentet 01.04.2019 fra: <http://www.psykiskhelsearbeid.no/stottesamtale/>
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 288-296. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Leech, B. L. (2002). Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews. *APSC*, 35(4), 665-668. doi:10.1017.S1049096502001129
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Napha (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). *Arbeid og psykisk helse*. Hentet 23.03.2019 fra: www.napha.no/content/4125/Arbeid-og-psykisk-helse
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse : samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nygård, I. J., Nåden, D., & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Vård i Norden*, 31(1), 34-38. doi: 10.1177/010740831103100108

Regjeringen.no(1998-2008). *Opptappingsplanen for psykisk helse*.

Scott, S. (2009). *Making sense of everyday life*. Cambridge: Polity Press. Kap. 1-9 (183 sider).

Skottene, Guri (2019). *Poesi om mestring* .Hentet 20.04.2019 fra www.guroskottene.com

Simensen, H. (2013). Aktiviteter i en miljøterapeutisk kontekst. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 90(2), 100-109.

Sverdrup, S. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(4), 339-348.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning : en innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori - med historier fra veiledningspraksis*. Oslo: Universitetsforl.

Ulvestad, A. K. (2007). *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wikipedia(2019).Maslows behovspyramide. Hentet 01.05.2019

fra: https://no.wikipedia.org/wiki/Maslows_behovspyramide

8 Vedlegg

8.1 Intervjuguide

1. Hvordan kom du i kontakt med denne tjenesten?
2. Hvordan har du erfart rammene rundt samtalene? (atmosfære, rommet, sittende, tilgjengelighet, avslappende / stressende, helsearbeideren?).
3. Kan du fortelle om det første møtet ditt her med helsefagarbeideren?
4. Hvordan har de videre støttesamtalene utartet seg?
5. Hvilke erfaringer sitter du igjen med? (ivaretagelse - trygghet, forventninger, lytte, stillhet, kommunikasjon (verbal og non-verbal), relasjonen mellom deg og helsearbeideren).
6. Kan du fortelle litt om innholdet i samtalene?
7. Fikk du lekse til neste gang? (mål , håp?).
8. Kunne noe ha vært gjort annerledes mener du?
9. Hvordan opplevde du at dine andre , basale behov (økonomi, bolig, sivil status) ble tatt hånd om? På hvilken måte opplevde du å få hjelp til det du trengte?
10. På hvilken måte forberedte dere den neste samtalen, evt. kortsiktige og langsiktige mål- evaluering?
11. På hvilken måte ble du informert om å ta kontakt utenom de faste tidene til samtale, dersom du hadde behov for dette? Hvordan var dette med på å trygge deg og din situasjon?
12. På hvilken måte opplevde du at det var du som var sentral i din egen bedringsprosess? (salutogenese, recovery, brukeren stemme i støttesamtalen).
13. Kan du fortelle hvordan du opplever at disse samtalene har virket inn på hverdagen din?
14. Har hverdagen din endret seg noe etter at du begynte å gå i disse samtalene? (mestring, selvfølelse).
15. Kan du fortelle litt om hvordan din hverdag var før du begynte å gå til samtaler ? (rutiner, jobb, husarbeid, familie, venner, fungering i samfunnet ellers, humør, døgnrytme).
16. Kan du beskrive hvordan din hverdag er nå ? (Hvordan har støttesamtalene vært til hjelp-har de vært til hjelp?).
17. Hvilke tanker hadde du om din egen situasjon nå? Hvilke tanker har du nå etter å ha gått til støttesamtaler? (håp- fremtiden, egenmestring, begripelighet, mening, etc.).

18. Opplevde du noe negativt ved å gå i støttesamtaler?

19. Dersom du skulle oppleve at du ved en senere anledning har behov for hjelp på grunn av psykiske vansker, vil du da også velge å gå i støttesamtaler?

20. Vil du anbefale slike samtaler til andre som har behov for hjelp?

8.2 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Støttesamtaler-et lavterskeltilbud for brukere i kommunene, som kan ha en helsefremmende virkning på hverdagsmestring».

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent i videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Institutt for psykisk helse, hos NTNU. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave om støttesamtaler som lavterskeltilbud i kommunene. Jeg har da lyst å finne ut mer om hvilken betydning støttesamtaler har for din hverdag, og hvordan du opplever dette tilbudet. Problemstillingen som skal undersøkes er: "På hvilken måte opplever brukere med lette-moderate psykiske vansker, at de gjennom å motta støttesamtaler hos psykisk helsefagarbeidere har mulighet til å få en bedre hverdag?»

Prosjektet vil bli publisert igjennom denne masteroppgaven. Oppgaven skrives av meg, Line Margrethe Kentø. Den vil bli skrevet i samarbeid med mine to veiledere ved NTNU, Sissel Alsaker og Nina Petersen Reed. For å finne svar på min problemstilling vil jeg gjøre bruk av intervju, litteratur og tidligere forskning som har blitt gjort på dette området. Dette dreier seg om individuelle intervju og derfor ønsker jeg blant annet å intervjuer deg. Tilsammen ønsker jeg å intervjuer seks personer.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å komme i kontakt med deg og de andre som jeg ønsker å intervjuer, så har jeg tatt kontakt med de som jobber i avdelingen for psykisk helse og rus i din hjemkommune. Dette vil være helsefagarbeidere som du har deltatt i støttesamtaler med. Videre vil jeg be dem om å få tillatelse av deg til å ta direkte kontakt med deg, på telefon eller mail. På denne måten kan vi sammen avtale tid og sted for å gjennomføre intervjuet. Intervjuet vil ha en varighet på cirka en klokke-time. I intervjuet vil jeg ikke etterspørre personopplysninger om deg. Det som er relevant for min oppgave er hvordan du opplever at støttesamtaler har hatt innvirkning på din mestring i hverdagen. Det er dette som blir materialet for min oppgave. Spørsmålene i intervjuet vil være åpne, det er din historie og opplevelse som er viktig her. I forbindelse med intervjuet, så vil jeg ha med meg en notisblokk og en lydopptaker. Grunnen til dette er at jeg da er sikker på å få med meg alt som du forteller meg på intervjuet.

Alle opplysninger som du gir meg vil bli behandlet konfidensielt. De som vil ha tilgang til opplysningene er jeg og mine to veiledere. I forhold til oppbevaring av de dataene som du gir meg, så vil disse bli oppbevart i forhold til NSD (Norsk datatilsyn) sine regler for oppbevaring av data.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 03.05.2018. Ved prosjektslutt vil datamaterialet og papir materialet som omhandler opplysninger om deg bli slettet. De vil da bare være tilgjengelige igjennom min masteroppgave. Opplysningene er da anonymiserte og du vil ikke kunne gjenkjennes. Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli makulert umiddelbart.

Jeg håper at du ønsker å delta på studien. Dersom du ønsker å delta, så tar jeg kontakt med deg. Dersom har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder : Line Margrethe Kentø. Mitt telefonnummer er: 90112931, mailadresse: linmargr@gmail.com. Navn på mine veiledere er : Sissel Alsaker tlf. 73412268 og Nina Petersen Reed tlf.73412752. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Line Margrethe Kentø

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.3 Godkjenning fra REK



Region: REK midt	Saksbehandler: Ramunas Kazakauskas	Telefon: 73597510	Vår dato: 05.10.2017	Vår referanse: 2017/1706/REK midt
			Derec dato: 12.09.2017	Derec referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Line Margrethe Kento

2017/1706 Støttesamtaler-et lavterskeltilbud for brukere i kommunene, som kan ha en helsefremmende virkning på hverdagsmestring.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 12.09.2017. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens leder.

Bakgrunn og formål:

Prosjektet dreier seg om støttesamtaler og om de blir opplevd som viktige i forhold til hverdagsmestring blant brukere av lavterskeltilbud innenfor psykisk helse i kommunene. I tillegg er det planlagt å undersøke temaet fra helsefagarbeiderens perspektiv og hvordan vedkommende kan hjelpe brukeren med hverdagsmestring. Brukere som har deltatt på støttesamtaler skal intervjues for å belyse disse spørsmålene.

Vurdering

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke brukerperspektiv og få frem deres opplevelse av hverdagsmestring. Komiteen vurderer derfor at prosjektet ikke vil direkte belyse spørsmål om helse eller symptomer, men heller fokusere på brukernes subjektive erfaringer med støttesamtaler og hverdagsmestring. Komiteen mener at prosjektet framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet omfattes derfor ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full projektsøknad til REK. En projektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister.

Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr.med. / Overlege
Leder, REK Midt

Ramunas Kazakauskas
seniorkonsulent

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Kopi til:

rek-midi@mh.ntnu.no

8.4 Vedtak NSD



Sissel Alsaker
Postboks 8905
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 01.02.2018

Vår ref: 58411 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 16.01.2018 for prosjektet:

58411	<i>Støttesamtaler-et lavterskeltilbud for brukere i kommunene, som kan ha en helsefremmende virkning på hverdagsmestring</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Sissel Alsaker
Student	Line Margrethe Kentø

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Line Margrethe Kentø, linmargr@gmail.com



FORMÅL

Formålet med prosjektet er å sette fokus på den betydningen støttesamtaler kan ha for å hjelpe brukere til å mestre hverdagen. Det vil undersøkes om dette lavterskeltilbudet som kommunene gir fungerer på en tilfredsstillende måte ifølge brukerne.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Du/dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Personvernombudet tar høyde for at det indirekte gjennom utvalgskriteriene vil behandles sensitive opplysninger om helseforhold. Det bør utøves særlig forsiktighet ved behandling av sensitive personopplysninger, både når det gjelder etiske problemstillinger, innhenting av data og informasjonssikkerhet underveis.

DATASIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektslutt er oppgitt til 01.12.2018. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at du/dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

8.5 Godkjent forlengelse av prosjektperiode NSD

Den tir. 11. des. 2018 kl. 11:15 skrev Lasse Andre Raa <Lasse.Raa@nsd.no>:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei

Viser til endringsmelding registrert hos NSD 10.12.2018.

Vi har nå registrert at ny prosjektslutt er 31.5.2019 (opprinnelig 1.12.2018).

NSD forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt samt våre tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Med vennlig hilsen

Lasse Raa
Seniorrådgiver | Senior Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 20 59

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS | NSD - Norwegian Centre for Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no

