

Hvordan beskriver mennesker med alvorlige psykiske helseplager positive sider av livet? En kvalitativ studie.

How do people with serious mental health problems describe positive aspects of life? A qualitative study.

Tone Nordholmen Berge

Master i klinisk helsevitenskap: anvendt klinisk forskning

Trondheim, Mai 2014

Norges teknisk- naturvitenskaplige universitet

Det medisinske fakultet

Institutt for samfunnsmedisin



NTNU – Trondheim
Norwegian University of
Science and Technology

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forekomsten av psykiske lidelser synes å ha økt de siste tiårene. Innenfor behandling av psykiske lidelser har den biokjemiske modellen, hvor fokuset er å identifisere symptomer, problemer og negative hendelser, stått sentralt. Positiv psykologi er en tilnærming som har fått mindre oppmerksomhet. Den fokuserer på positive opplevelser og egenskaper ved et individ. Få studier har undersøkt betydningen av en slik tilnærming i en behandlingsprosess av personer med psykiske lidelser.

Formål: Målet med denne studien var å utforske hvordan mennesker med alvorlig psykiske lidelser beskriver positive sider av livet og hvordan de setter dette i sammenheng med behandling, bedringsprosesser og mestring av sykdom.

Metode: Denne kvalitative studien var basert på 23 kvalitative intervju med brukere ved et distriktpsikiatrisk senter i Midt-Norge. Alle hadde alvorlig psykiske lidelser. Analysen ble gjennomført ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene viste at håp og tro på fremtiden, hverdagslige gjøremål, fysisk aktivitet og gode relasjoner var viktige positive faktorer i deltakernes liv. Flere av disse faktorene samsvarer godt med litteraturen omkring recovery-prosesser, hvor disse sidene av livet blir beskrevet som viktige for å bli frisk av, eller kunne leve med, den psykiske lidelsen.

Konklusjon: Hovedfunnene i denne studien samsvarer mye med tidligere forskning på dette området. Håp om og tro på fremtiden synes å være svært viktige faktorer i en recovery-prosess som helsearbeidere bør legge mer vekt på å fremme.

RELEVANSE: Resultatene fra denne studien bidrar til mer kunnskap om betydningen av en positiv tilnærming i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Resultatene kan også brukes i fremtidig utvikling og utforming av tjenestetilbudet i psykisk helsevern og øke fokuset på positive faktorer i behandlingen.

Nøkkelord

Recovery - recovery-prosesser - positiv psykologi - Kvalitativ analyse

FORORD

*Det som ligger bak oss og det som ligger foran oss
er bare småtteri i forhold til det som ligger i oss
(Henry S. Haskins)*

Denne masteroppgaven er avslutningen på "Master i klinisk helsevitenskap, Anvendt klinisk forskning", ved Norges teknisk - naturvitenskaplige universitet, NTNU. Arbeidet med oppgaven har vært krevende og utfordrende, men også svært spennende og lærerikt.

Først vil jeg takke min veileder Marit By Rise som har vært en stor hjelp og støtte gjennom hele prosessen av arbeidet med masteroppgaven. Du har vært enestående.

Også vil jeg takke familie og venner for all den hjelpen og støtten dere har gitt meg gjennom hele studieperioden og arbeidet med masteroppgaven. Det har jeg virkelig satt stor pris på! Jeg vil også rette en takk til Jon, for all omtanke og støtte.

Tusen takk!

Tone Nordholmen Berge (2014)

INNHOLDSFORTEGNELSE

BAKGRUNN.....	6
Bakgrunn for studien.....	6
Mål for studien.....	8
METODE.....	9
Kvalitativ forskningsmetode.....	9
Setting.....	9
Deltakere og rekruttering.....	9
Datainnsamling.....	10
Analyse.....	10
Etikk.....	12
RESULTAT.....	13
Det går fremover - håp for fremtiden.....	13
Mening i hverdagen.....	15
Forhold til andre mennesker.....	18
Positive tanker.....	21
DISKUSJON AV METODE.....	22
Kvalitative intervju.....	22
Utvalget.....	23
Analysearbeidet.....	23
Forskerens ståsted.....	24
DISKUSJON AV RESULTATENE.....	26
Håpet.....	26
Hverdagslige aktiviteter.....	28
Jobb og studier som ressurs.....	29
Trening og friluftsliv.....	30
Forhold til andre mennesker.....	31
Gode relasjoner til profesjonelle.....	33

KONKLUSJON.....	35
REFERANSELISTE.....	36
VEDLEGG.....	40
Vedlegg nr.1: Intervjuguide.....	40
Vedlegg nr.2: Samtykke.....	41

BAKGRUNN

Bakgrunn for studien

Psykiske lidelser er tilstander som forstyrrer en persons tanker, følelser, humør, evne til å være sosial med andre og fungere i dagliglivet. I følge Chan (2010) har flere hundre millioner mennesker over hele verden en mental lidelse, og nesten en million mennesker dør hvert år på grunn av selvmord. Mentale lidelser er blant de ti vanligste årsakene til uførhet (Chan, 2010). De samfunnsmessige kostnadene knyttet til psykiske lidelser er enorme fordi de som regel starter tidlig i livet og ofte er kroniske lidelser (Chan, 2010).

Forekomsten av psykiske lidelser kan synes å ha økt de siste tiårene, og det kan være flere årsaker til dette. Det er i dag større åpenhet rundt psykiske lidelser og psykisk helse blir i større grad satt fokus på og synliggjort (Statistisk Sentralbyrå, 2001). Det kan være vanskelig å tallfeste forekomsten av psykiske helseplager. Bestemte kriterier må være oppfylt for å kunne diagnostisere psykisk lidelse og det finnes mange metoder hvor kriteriene og tidsrammene er ulike (Statistisk Sentralbyrå, 2001; Folkehelseinstituttet, 2011). Det vi vet er at noen er mer utsatt enn andre for å få en psykisk lidelse. Flere kvinner enn menn blir rammet, og de med lavere sosioøkonomisk status har høyere forekomst av psykiske lidelser (Statistisk Sentralbyrå, 2001).

I følge Folkehelseinstituttet (2011) var et av målene i Verdens Helseorganisasjons (WHO) helse rapport i 2001 å redusere tabuet rundt det å ha en psykisk lidelse og sidestille det med andre helseplager. Statistisk Sentralbyrå (2001) skriver at lettere psykiske helseplager er en av de store folkesykdommene. Nesten åtte av ti nordmenn har vært plaget av flere enn ett symptom på nedsatt psykisk helse i løpet av en 14-dagersperiode. Det er langt færre som har hatt større plager, drøyt en av ti rapporterer om mange symptomer. Alvorlige mentale lidelser inkluderer alvorlig depresjon, bipolare lidelser, schizofreni, angst, posttraumatisk stress-syndrom, tvangslidelser og andre personlighetsforstyrrelser (Nami, udatert).

Den biomedisinske modellen for helse og sykdom har lang tradisjon innenfor psykiatrisk behandling. Den går ut på at en lege diagnostiserer mental sykdom og at behandlingen som følger avgjøres av hvilken diagnose pasienten får. Psykiske lidelser blir da betraktet som en sykdom hvor det har oppstått en skade i hjernen (biokjemiske abnormaliteter i nevrotransmittere og enzymer) uten at psykologiske og sosiale forhold spiller noen avgjørende rolle for sykdomstilstanden (Hummelvoll, 2004). Modellen har fått mye kritikk

fordi medikamenter blir sett på som den optimale behandling, og fordi pasientens opplevelse av sin egen tilstand ikke blir tatt i betraktning (Barbosa da Silva, 2006). Dette blir beskrevet som et lege- pasientforhold hvor pasient får liten innflytelse på behandlingen (Hummelvold, 2004). En annen tradisjonell behandlingsmetode innen psykiatrien har vært å identifisere negative episoder i livet til den psykiske syke for å kunne komme til bunns i problemene og «reparere det som er galt». Kognitiv atferdsterapi er også en behandlingsmetode som blir mye brukt i psykoterapi. Den har som mål om å identifisere de negative tankene og følelsene hos pasienten og deretter jobbe for å overvinne disse (Wright, 2006).

Det finnes imidlertid tilnærminger som fokuserer mer på positive opplevelser. Innenfor positiv psykologi er fokuset å undersøke positive opplevelser og egenskaper hos et individ (Seligman, 2002). Målet er å styrke de positive elementene i pasientens liv, som glede, engasjement og meningen med livet (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Seligman, (2002) mener at man i en behandlingssammenheng bør forsterke de gode egenskapene et menneske har, i stedet for å fokusere på å reparere svakhetene. Fredrickson (1998) fant i sin studie at når positive følelser oftere er til stede, så vil negative følelser forekomme sjeldnere, og at dette vil være nyttig for å hjelpe mennesker med å finne tilbake til de positive følelsene i stressrelaterte situasjoner. Positive hendelser i livet kan spille en viktig rolle for det emosjonelle og/eller fysiske og virke som en buffer mot negative hendelser (Cohen, McGowan, Fooskas, & Rose, 1984). Duckworth og kolleger (2005) mener at en positiv tilnærming vil kunne være til hjelp for å lette på den psykiske lidelsen.

Innenfor det psykiske helsefeltet er det et økende fokus på bedringsprosesser og hvordan disse prosessene kan lede til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan leve tilfredsstillende liv og mestre plagene sine. I internasjonal litteratur kalles slike prosesser ofte recovery-prosesser. Recovery handler om å gjenvinne eller komme tilbake til et normalt liv (Merriam-webster.com, 2012). Slike prosesser blir ofte beskrevet som indre prosesser hvor man har et ønske og mål om å leve et selvstendig liv, en vilje til å forandre, og å ha håp om og tro på framtiden (Salzmann-Erikson, 2013). Håp blir beskrevet som en viktig del av en bedringsprosess og blir omtalt som et viktig vendepunkt i behandlingen (Deegan, 1988). Jacobsen og Greenly (2001) mener at recovery-prosessen begynner i det man ser at det er håp for at man kan bli bedre.

Slade (2009) har beskrevet en modell hvor identitet og ansvar er nøkkelkomponenter i personlig recovery. Forskning viser at en bedringsprosess for mennesker med alvorlig psykisk

sykdom innebærer å kunne gjennomføre enkle hverdagslige aktiviteter og leve et normalt og meningsfylt liv på tross av den psykiske lidelsen. Dette kan dreie seg om alt fra å mestre hverdagslige oppgaver til det å fungere i en jobb (Aubin, Hachey, & Mercier, 1999; Borg, 2009). Det å ha et sosialt liv og finne sin plass i nærmiljøet blir også beskrevet som viktig. Flere studier viser at mennesker med psykiske lidelser ofte har problemer med å opprettholde kontakten med venner og familie og at de dermed ofte får lite nettverk rundt seg (Davidson, Borg, Marin, Topor, Mezzina, & Sells, 2005; Ridgway, 2001; Markowitz, 2001). I tillegg kan det ha svært stor betydning å være aktiv i bedringsprosessen (Borg, 2009). Fysisk aktivitet og trening kan være en måte å gjøre dette på, fordi det bygger på egne ressurser hvor en selv deltar aktivt for å bli bedre (Martinsen, 2004).

Det å oppleve positive ting i livet er viktig og gjør livet rikt og meningsfylt (Duckworth et al., 2005). Det er imidlertid få studier som har utforsket hvordan mennesker med psykiske plager opplever positive sider ved livet og hvilken betydning dette kan ha i en behandlingssammenheng (Duckworth et al., 2005; Davidson, Shahar, Lawless, Sells, & Tondora, 2006). For eksempel har ingen undersøkt hvilken effekt det kan ha å identifisere positive og sterke egenskaper hos mennesker med psykiske lidelser (Duckworth et al., 2005). De få studiene som har fokusert på det positive i pasientens liv har imidlertid beskrevet at dette er en viktig faktor i en bedringsprosess (Seligman, 2002; Salzman-Erikson, 2013; Ridgway, 2001; Borg, 2009; Cohen et al., 1984; Davidson et al., 2006; Duckworth et al., 2005). Verdien av å identifisere og fokusere på positive følelser, tanker, hendelser og gode egenskaper for mennesker med alvorlig psykisk sykdom er derfor uklar (Fredrickson, 2011). Et større fokus på disse sidene kan gi en bedre forståelse av hvilke sammenhenger det er mellom positive opplevelser og egenskaper på den ene siden, og bedringsprosesser og mestring av sykdom på den andre siden.

Mål med studien

Målet med denne studien var derfor å utforske hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser beskriver positive sider av livet og hvordan de setter dette i sammenheng med behandling, bedringsprosesser og mestring av sykdom.

METODE

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte begrepet deltaker for å beskrive pasientene som deltar i studien. Dette er et begrep jeg mener er passende siden utvalget mitt består av personer med alvorlige psykiske lidelser. Begrepet deltaker blir for meg et mer positivt ladet ord enn f.eks. pasient og bruker, og setter ikke deltakergruppen inn i en bestemt bås.

Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskningsmetode ble benyttet i denne studien. Metoden er egnet til å utforske menneskers forståelse når vi vil vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, holdninger, motiver og forventinger knyttet til det fenomenet vi ønsker å utforske (Malterud, 2011). Slike metoder gir oss muligheten til å få mangfoldig og nyansert kunnskap, og få en dypere forståelse av materialet enn dersom vi hadde valgt en kvantitativ metode. I denne studien var målet å utforske hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser beskrev positive sider av livet og hvordan de satte dette i sammenheng med behandling, bedringsprosesser og mestring av sykdom. Kvalitativ metode ble benyttet for å få en dypere og mer helhetlig forståelse av hva som ligger bak disse fenomenene (Malterud, 2011).

Kvalitativ metode egner seg også godt når man ønsker å undersøke fagområder hvor kunnskapsgrunnlaget er snevert, når man søker etter svar på problemstillinger hvor man ikke har oversikt over mulige svaralternativer og for å sette nye spørsmål på dagsorden (Malterud, 2011).

Setting

Studien ble gjennomført ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) i Midt-Norge. Senteret er ett av tre DPS tilknyttet St. Olavs Hospital. 96.000 innbyggere sokner til dette senteret som tilbyr døgnbehandling og poliklinisk behandling samt ambulante tjenester.

Deltakere og rekruttering

Datamaterialet bestod av åpne semi-strukturerte intervju med 23 brukere. Personer over 18 år med psykoselidelse eller bipolar lidelse og behov for langvarig behandling ble inkludert i denne studien. I tillegg skulle deltakerne ha et behandlingsforhold ved senteret. Alle pasientene deltok også i en randomisert kontrollert studie som undersøkte effekten av en kontrakt for brukerstyrt plass ved senteret (Gudde, Olsø, Antonsen, Rø, Eriksen, Vatne,

2013). De kvalitative forskningsintervjuene var knyttet til denne effektstudien. Deltakerne ble rekruttert via sine terapeuter som anbefalte dem å delta i studien.

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført mellom august 2010 og mai 2011. Deltakerne ble intervjuet i pasientens hjem eller på et kontor på senteret. Intervjuene var semi-strukturerte med åpne spørsmål basert på en intervjuguide (vedlegg nr.1). Deltakerne fikk i tillegg muligheten til å prate om temaer utenfor intervjuguiden. Hovedspørsmålene i intervjuguiden var hvordan deltakerne opplevde tilværelsen akkurat nå og om det var spesielle hendelser som hadde vært av betydning i den siste perioden.

Intervjuene varte mellom 20 og 60 minutter og ble gjennomført av helsepersonell ved DPSet. Totalt tre psykiatriske sykepleiere gjennomførte intervjuene. En representant for en brukerorganisasjon deltok i noen av intervjuene. Alle intervju ble ordrett transkribert.

Analyse

Problemstillingen og resultatene i denne oppgaven er basert på en ny analyse av ferdige innsamlede intervjuutskrifter. Jeg deltok altså ikke i datainnsamlingen. Intervjuerne hadde skrevet korte notater og refleksjoner etter hvert intervju. Disse notatene ble innlemmet i datamaterialet og brukt i analysen.

Analysen ble gjort med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering etter Malteruds beskrivelse (Malterud, 1993; Malterud, 2011). Først leste jeg gjennom fem av intervjuene for å danne meg et helhetsinntrykk av innholdet i tekstmaterialet og for å begynne tankeprosessen med å finne mulige hovedtema. Da jeg hadde lest de fem første intervjuene hadde jeg funnet fire hovedtema; 1) Fremtidsplaner, 2) Behandling som virker, 3) Familie, venner, pårørende, 4) Meningsfulle aktiviteter og gjøremål i hverdagen.

Jeg leste gjennom intervjuernes kommentarer til hvert enkelt intervju før jeg leste selve intervjuene. Dette gjorde jeg for å få en opplevelse av selve intervjusituasjonen og for å vite litt om personene som ble intervjuet. Dette gjorde det lettere å leve seg inn i samtalen mellom intervjuer og deltaker.

Trinn 2 bestod av å lese gjennom de fem første intervjuene på nytt for å identifisere de tekstbitene som kunne belyse problemstillingen. Malterud kaller disse tekstbitene for

meningsbærende enheter. Det første jeg gjorde var å gå gjennom teksten linje for linje og farge all den teksten jeg mente var relevant, slik at jeg lettere kunne finne tilbake til teksten senere. Deretter brukte jeg Word for å systematisere de meningsbærende enhetene, slik at de tekstbitene som hadde noe til felles ble plassert under en kode. Dette ble gjort ved å lage et kodeskjema med to kolonner. Den ene kolonnen bestod av navn på kodene samt et kort utdrag fra teksten. I den andre kolonnen skrev jeg inn hvor teksten var blitt hentet fra, både nummer på intervju og sidetall. Jeg analyserte fem og fem intervju av gangen. Etter å ha gått gjennom 23 intervju kom det ikke lenger opp nye tema eller vinklinger lenger og metning av dataene var oppnådd (Malterud, 2011). Jeg kom fram til disse kodene: Håp, Humor, Behandling (med underkategorier som medikamenter, oppfølging og tilbakemelding), En god dag, Et godt liv, Hverdagslige lyspunkt, Fremtidsplaner, Mestringsstrategier, Jobb, Trening, Friluftsliv og Dyr. Jeg så allerede nå at det var flere av temaene som lignet og som kunne slås sammen, men ventet med å gjøre dette for først å få en fullstendig oversikt over innholdet i disse kodene.

Trinn tre bestod av å hente ut meningen i de meningsbærende enhetene. Jeg sammenfattet innholdet og kom fram til undergrupper som fikk hvert sitt avsnitt. Dette ble på et vis en oppsummering av innholdet i tekstbitene som igjen ble delt inn i mindre deler.

Jeg brukte kodeskjemaet for å hente de tekstbitene som tilhørte hver kode. Hver kode ble satt inn i hvert sitt Word-dokument hvor jeg dermed laget en oppsummering av teksten slik at jeg fikk en helhetlig tekst hvor hver undergruppe fikk hvert sitt avsnitt.

Etter dette satte jeg opp et tankekart over alle kodene for å utforske de overordnede temaene og plassere kodene der de hørte hjemme. Noen av kodene ble slått sammen fordi de lignet hverandre, mens andre koder ble flyttet eller fjernet.

I trinn 4 ble all tekst satt sammen til en helhet som presenterte funnene. Jeg laget overskrifter for hvert overordnede tema. Undergruppene fikk hvert sitt avsnitt, og utdrag i form av sitater ble satt inn. Overskriftene ble "Det går fremover - håp for fremtiden" med kodene "det går fremover, "håp" og "fremtidsplaner" fordi alt dette handlet om overordnede tanker om fremtiden. "Mening i hverdagen" ble en overskrift som samlet kodene som sa noe om meningsfulle aktiviteter for deltakerne. Dette var koder som jobb, studier, hverdagslige lyspunkt, trening, friluftsliv og dyr. "Forhold til andre mennesker" ble en overskrift som omhandlet relasjoner til andre, med underoverskrifter som "familie og venner" og "gode

relasjoner til profesjonelle". Den siste overskriften ble "Positive tanker", som innebar kodene "mestringsstrategier" og "humor" og som beskrev å tenke positivt.

Etikk

Denne studien ble godkjent av Den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i Midt-Norge og av Datatilsynet. Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og ga skriftlig samtykke før intervjuene ble gjennomført (vedlegg nr. 2). Data ble aidentifisert av forskerne som gjennomførte intervjuene. Det ble tatt høyde for at intervjuene kunne frembringe negative reaksjoner hos deltakerne. Deltakerne fikk derfor mulighet for å snakke med noen på senteret etter intervjuene dersom de skulle ha behov for det eller dersom intervjuerne mente det var nødvendig.

RESULTAT

Resultatene er basert på analyse av intervju med totalt 23 brukere ved et distriktpspsykiatrisk senter i Midt-Norge. De som deltok i intervjuene var i aldersgruppe 21 - 60 år med en gjennomsnittsalder på 36 år. Åtte av deltakerne var kvinner. Resultatene beskriver de ulike sidene som deltakerne trekker fram som positive i livene sine.

DET GÅR FREMOVER - HÅP FOR FREMTIDEN

Mange av deltakerne fortalte om fremgang i livene sine og snakket om håp for fremtiden. De aller fleste knyttet dette til å få god behandling og opplevde stor fremgang knyttet til at medisinerne virket slik de skulle. Å få riktig behandling og se at dette førte til bedring ga dem dermed håp for fremtiden. Det å kjenne på kropp og sinn at det skjedde en positiv endring, selv om det bare var små steg av gangen, ble beskrevet som positive hendelser i livet. Positive endringer som mindre psykisk ubehag, mindre alvorlig depresjon, mindre tid sengeliggende var eksempler som deltakerne fortalte om. En deltaker fortalte at han følte at han fikk mer viljestyrke.

Det har blitt bedre enn det har vært? Er ikke så mye sengeliggende, har ikke like mye av det psykiske ubehaget som jeg hadde før... så har jeg mer viljestyrke nå enn før..
(Mann, nr. 1).

Jeg føler at jeg endelig har fått noe hjelp [...] jeg ser jo noe av håpet her... jeg får litt håp.[...] Ja så har jeg positive dager også ikke sant. (Mann, nr. 2).

Deltakerne fortalte om flere dårlige opplevelser knyttet til medisiner, at det hadde vært mye utprøving av medikamenter og at det ofte hadde ført til fortvilelse og skuffelse da de ikke ga den positive effekten de hadde forventet. Å ha funnet riktig medikament og dosering var positive hendelser. Deltakerne beskrev det som en stor lettelse da de kjente at medikamentene hadde virkning. Deltakerne fortalte også at dette førte til at de ble mer motivert til å bli enda bedre. De fleste sa at medisinerne var til god hjelp på veien til å bli frisk, selv om de påpekte at medisiner ikke kunne "gjøre hele jobben". Flere av deltakerne fortalte at de ville prøve å holde seg på en lav dose med medikamenter på grunn av bivirkninger. Mange sa at de hadde innfunnet seg med at de kanskje ikke kunne leve et liv uten medikamenter.

[...] da jeg begynte på den [medikamentnavn] i fjor så var det som en ny verden og jeg tenkte... herregud, går det an å være så stabil? Er det sånn man kan ha det? Og jeg tenkte at... da skjønner jeg at det er greit å leve. (Kvinne, nr. 3).

Deltakerne fortalte også at de fikk større håp for fremtiden når de hadde positive dager og kunne oppleve de gode sidene ved livet. Slike dager styrket dem i troen på at fremtiden kunne bli bra og at livet kunne være godt.

Jeg gleder meg til at alt ikke er tungt og trist... og til jeg får lange perioder med glede og kan kjenne hvor godt det er å være til. (Kvinne, nr. 4).

Eksempler på fremskritt som ble trukket frem var å kunne trappe ned på medisiner, å komme ut av en periode med psykose og ikke lenger være tvangsinnlagt. Deltakerne beskrev at det å kjenne at det skjedde positive endringer førte til at de kunne tenke at livet gikk videre, og at det var mulig å komme seg ut av en vanskelig tid hvor alt følte håpløst. De snakket også om å få livsgleden tilbake igjen.

Det at jeg ikke er psykotisk lenger - det er jeg utrolig glad for. At jeg har kommet på plass i meg selv [...]man føler seg litt fri ... [...] det er en tøff periode som er over[...]
(Kvinne, nr. 5).

Noen beskrev et sterkt ønske om et normalt og stabilt liv med familie, venner, jobb og nettverk. En av deltakerne fortalte for eksempel at hun hadde et ønske om et godt liv i fremtiden, at hun skulle ta bedre vare på seg selv og gjøre ting hun hadde lyst til:

Psykologen sa at jeg ikke trengte å ta medisiner resten av livet. Så jeg kunne godt få barn og sånn. Jeg ble jo veldig glad da han fortalte det... at jeg kom til å bli frisk og kunne begynne å jobbe og sånn. (Kvinne, nr. 5).

Disse positive beskrivelsene stod i motsats til fortellingene til deltakere som ikke hadde like mye fremgang og positive opplevelser, og som derfor ikke beskrev like mye håp for fremtiden.

MENING I HVERDAGEN

Meningsfylte aktiviteter

Deltakerne beskrev et mangfoldig repertoar av aktiviteter som ga livene deres mening. Meningsfylte aktiviteter omfattet både små og store prosjekter og kunne være alt fra ukentlige avtaler med personer knyttet til helsetjenesten til større gjøremål som oppussing, flytting, studier og jobb. Deltakerne fortalte at det var godt å ha noe å gjøre - å ha noe å se fram til og ha noe å glede seg til.

Jeg skal kjøpe meg ny sofa. Det gleder jeg meg til! (Kvinne, nr. 5).

Jeg har lyst til å bli frisk til sommeren. Å få en kjempefin sommer – det har jeg lyst til. (Kvinne, nr. 5).

En deltaker beskrev sine meningsfylte aktiviteter på denne måten:

Det er en aktivitet der mange kan si: «dere sitter jo bare rundt bordet og later som dere er noen andre [rollespill] - det kan jo ikke være noe gøy.» Men det gir meg mening. Og jeg velger å gjøre det til en verdifull del av mitt liv. Handlingen eller aktiviteten er verdifull fordi jeg tilskriver den verdi. Det gjør den verdifull. Det behøver ikke å bety at den er verdifull for andre, men den er verdifull for meg. [...] Det er det samme med de bøkene og tegneseriene jeg leser, de filmene jeg ser på og de menneskene jeg omgir meg med. Alt er verdifullt fordi jeg gir det verdi. (Mann, nr. 6).

De deltakerne som studerte fortalte også at det å studere er en meningsfull aktivitet i deres liv. Selv om det kunne være utfordrende og vanskelig til tider å være student så var dette noe som opplevdes som svært viktig og som fikk de til å prøve å se fremover. Mange fortalte at viljen for å studere var tilstede men at mangel på konsentrasjon og energi var utfordrende. De beskrev det som meningsfullt å studere fordi de på den måten fikk muligheten til å utvikle sin kunnskap på områder de var interessert i, men også for å få en større mulighet til å kunne få en jobb i fremtiden. Selvutvikling ble også nevnt som en viktig faktor.

Det med historie synes jeg er kjempespennende. Men det er også det med å lære noe nytt, ikke sant, og tilegne seg ny kunnskap og forstå nye ting. Se på ting med nye øyne, det synes jeg er fantastisk artig. Det håper jeg at jeg skal få tilbake da. At jeg kan få oppleve det igjen, fordi det har vært en veldig viktig del av livet mitt lenge. Jeg har jo bestandig lest mye og interessert meg for nye ting og nye måter å tenke på og lære ting. Det er ganske viktig for meg. Så jeg håper på at det igjen skal bli en viktig positiv ting i livet mitt. Det hadde vært utrolig fint. (Mann, nr. 6).

De deltakerne som hadde jobb fortalte at det å ha en jobb å gå til var en positiv ting i livet. Det kom tydelig fram at de ønsket å bidra og at de opplevde det som et nederlag ikke å kunne jobbe. Deltakerne fortalte også at det å ha en jobb å gå til gjorde at de holdt seg mer «stabil». Det å ha en jobb med fast inntekt ble beskrevet som en god ting i livet og at det ga muligheten til å realisere planer som krever penger.

Det positive er jobben min.

Det er godt å ha det der... å ha noe å gå til. (Mann, nr. 7).

Deltaker: I dag kommer det penger inn på kontoen også (ler).

Intervjuer: ja, det er en fin ting i livet.

Deltaker: Ja, det er det (ler). (Kvinne, nr. 8).

Noe deltakerne beskrev som mest givende var aktiviteter hvor de fikk brukt seg selv og sine kreative eller sterke egenskaper. Det var alt fra fint håndarbeid som strikking og syng til mekking av biler.

Aktiviteter hvor deltakerne kunne gi av seg selv til andre ble også beskrevet som svært meningsfylt.

Å gjøre godt - det som er godt både for meg selv og andre - og ikke bare for meg selv. Da har jeg opplevd at jeg har fått god samvittighet og gode dager. (Mann, nr. 9).

En deltaker fortalte at dyr var noe av det viktigste i livet hennes, ga livet hennes mening og gjorde henne lykkelig. Ved å hjelpe til i en forening for dyr følte hun også at hun bidro og at hun gjorde en viktig jobb.

Ja, jeg har jo et krisehjem for dyrebeskyttelsen, så jeg får jo katter hjem da med jevne mellomrom og det er veldig viktig for meg for da føler jeg at jeg bidrar litt. (Kvinne, nr. 3).

Mange av deltakerne fortalte at små hverdagslige lyspunkter var svært viktig for å ha et meningsfylt liv. Noen fortalte at en god dag og et godt liv bestod av å være god mot seg selv. En deltaker fortalte for eksempel at det var svært viktig for henne å gjøre positive ting i hverdagen – ting hun selv hadde mye glede av:

[..] det er viktig for meg med positiv input. Det å være i lag med venninner for eksempel, klatring og gå tur. (Kvinne, nr. 3).

Små opplevelser i hverdagen ble høyt verdsatt og beskrevet som store og gledelige lyspunkt i hverdagen. Eksempler på slike lyspunkt var å spise middag med familien samlet rundt bordet,

å ha en god samtale med en datter, eller å ta små utflukter. En deltaker som nettopp hadde blitt pappa beskrev en god dag som en dag hvor han kunne føle de positive tingene i livet:

Det er jo kanskje det [...] når jeg våkner og det første jeg kjenner er at jeg er syk... eller at jeg har det ille. Men at jeg bare kjenner de positive sidene ved livet... at jeg er pappa og sånn. Det er egentlig det største som har skjedd. (Mann, nr. 2).

Trening og friluftsliv

Svært mange deltakere beskrev trening, mosjon og friluftsliv som en viktig og positiv del av livet. Noen fortalte at treningen var en helt nødvendig del av behandlingen og at trening hadde stor innvirkning på behandlingsprosessen. Trening og fysisk aktivitet ga - ifølge deltakerne - mer energi, bedre selvfølelse og en sterkere kropp. Noen beskrev det også som en måte å forebygge forverring av symptomer og holde seg «stabil». En av deltakerne fortalte at treningen var et lyspunkt i hverdagen og noe som hun gledet seg til:

Jeg synes det [treningen] gjorde at jeg fikk litt bedre kroppsfølelse og kroppen følte mer stødig. Jeg gikk liksom ikke ti centimeter over bakken og flakset. Fikk liksom beina på jorda og kjente at musklene ble sterkere og ryggen ble rakere [...] I tillegg fikk jeg god kondisjon. Nå går jeg på afrikansk dans og zumba [...] og det blir jeg glad av. [...] Jeg kan være forferdelig sliten før jeg går inn, men det er noe med gruppedynamikken ... når det er flere som er der... når du ser flere som blir glade. (Kvinne, nr. 10).

Flere deltakere fortalt også at det var sosialt å holde på med trening og friluftsliv. For noen var det sosiale de fikk gjennom fysisk aktivitet og trening det viktigste.

Jeg holdt fast på klatringa [...] jeg klatrer ikke like mye som før, men det er for det sosiale. Jeg er jo sammen med venninner. (Kvinne, nr. 3).

Friluftsliv blir også beskrevet som en viktig del av deltakernes liv. Naturen blir for mange et pusterom som de føler er nødvendig for at de skal kunne klare å fungere i hverdagen. Naturen blir et fristed som oppsøkes for å få ro og stillhet og for å klare å håndtere vanskelige tanker og bekymringer i en travel hverdag.

[...] Jeg er en sånn person som hører hjemme i naturen [...] jeg får liksom ikke puste uten det. (Kvinne, nr. 3).

FORHOLD TIL ANDRE MENNESKER

Deltakerne fortalte at det var positivt å være sammen med andre mennesker. Det kunne være å ha noen som var tilstede og holdt en med selskap, å spille spill sammen, prate og være sammen. Et godt liv ble knyttet til å være sammen med andre og å være glad i andre.

Familie og venner

Deltakerne snakket mye om at familie var noe av det viktigste i livene deres, og at de også var til stor hjelp og støtte i vanskelige perioder. Familie ble knyttet til trygghet og kjærlighet. Deltakerne fortalte at det å bli hørt og forstått av de nærmeste var godt og viktig. Flere deltakere trakk fram familiehendelser, som for eksempler fødsler og andre nye familiemedlemmer, som svært positive hendelser og lyspunkt. Familie ble også beskrevet som en viktig motivasjonsfaktor og drivkraft for å bli bedre eller frisk. De aller fleste ønsket å kunne bidra i familien og være sammen med dem de var glade i.

Deltaker: Så har jeg et lite barn hjemme... og samboer... så det har mye å si at jeg kommer meg ut.[...] føler at vi har vi har bra kontakt liksom, jeg og han da.. men jeg skulle ønske at jeg bidro mer... men det håper jeg at kommer da.

Intervjuer: Hva er det du håper at kommer da?

Deltaker: Nei, jeg håper jo at jeg kan bli bedre da. Bedre generelt. (Mann, nr. 2).

Jeg er veldig glad for at jeg har kontakt med den yngste som er 15 år. Det er det som berger meg føler jeg. (Kvinne, nr. 10).

Deltakerne fortalte også at vennskap betød mye i livet. Å ha gode venner som stiller opp og er til stede når livet buttet imot var til stor hjelp, enten det var hjelp til praktiske gjøremål eller gode samtaler. Deltakerne fortalte at de ofte søkte til mennesker som er i samme situasjon, mennesker som har de samme utfordringene og som derfor har samme forståelse av hvordan livet er. Flere beskrev at det er lettere å ta kontakt med andre mennesker som også er innlagt, og at det ofte er slik nye vennskap blir til. Nye vennskap ble beskrevet som positive hendelser i livet.

Han heter [navn] og bor der jeg bor. Ja her på [behandlingssted]. Han ble nesten litt lei seg da jeg sa at jeg skulle skrive meg ut. Og da sa jeg sånn spontant: du kan jo komme og besøke meg. Så han har fått telefonnummeret mitt... så da skal jeg prøve å holde kontakten med ham. Han hadde også vanskeligheter med å holde kontakten med andre venner. [...] Vi snakker masse sammen... når vi står ute og røyker, så prater vi

sammen. [...] Det er litt godt... jeg er ikke alene i verden om å ha det sånn og sånn. (Kvinne, nr. 5).

Deltakerne fortalte også at det ofte var vanskelig å opprettholde kontakten med tidligere venner og at de derfor hadde lite nettverk. Gamle vennskap ble dermed beskrevet som svært verdifulle. Noen deltakere sa at det å ha venner var det som betød mest i livet. En deltaker fortalte hvor høyt hun satte vennskapet med en gammel venninne:

I løpet av de siste to månedene har en venninne kommet [...] Vi har kjent hverandre i mange år.... Hun [har mange barn] og er kjempetravel, men hun har faktisk brukt to av fridagene sine til å komme og hjelpe meg fra morgen til kveld. Det er utrolig redelig. I min tafatthet så ordner hun opp [...] kasser og alt... laget middag og god mat og hadde ordentlig omsorg. Noe bedre vennskap kan ikke jeg tenke meg. En gang kom hun i snøstorm og dro i snøstorm. Det er sånne flotte dager, kjærligheten vises, det er godt at hun kommer. (Kvinne, nr. 10).

Det å ha gode venner som sliter med de samme psykiske utfordringene ble beskrevet som verdifullt og til stor støtte. Den gjensidige forståelsen for hverandre og at man ble akseptert slik man er ble høyt verdsatt. En deltaker beskrev det slik:

[...]Vennene er veldig viktige for meg, fordi jeg ikke har hatt så mange av dem.[...] jeg vokste opp som mobbeoffer som liten. Gjennom store deler av min oppvekst og som ung voksen så hadde jeg veldig få venner og veldig mange fiender. [...]Det har satt sitt preg og det igjen gjør at venner har blitt så viktige for meg og at det har blitt viktig for meg å omgi meg med mennesker som er verdifulle for meg og som aksepterer meg for den jeg er, samtidig som jeg blir satt pris på.[...] jeg har jo faktisk mange venner som har hatt en befatning med psykiatrien.. Enten dem kjenner noen som har vært i psykiatrien eller som har vært innlagt eller dem har en diagnose selv. Og det resulterer i at jeg har mange forståelsesfulle venner da som er interesserte og som på en måte ikke dømmer meg for det da. Det er jeg veldig fornøyd med. (Mann, nr. 6).

Gode relasjoner til profesjonelle

Deltakerne fortalte at det var svært verdifullt med god kommunikasjon og gode relasjoner til profesjonelle hjelpere. De fortalte at det var viktig og til god hjelp å ha noen å snakke åpent og fortrolig med. Det var også viktig å bli sett og lyttet til - og at noen var tilgjengelig når det var behov for det. Flere trakk fram at det var viktig å være involvert i behandlingen, å vite hva som skulle skje videre, og å kunne være med på å påvirke og bestemme. En deltaker fortalte at hun hadde hatt mindre gode opplevelser knyttet til tidligere innleggelse, men at hun denne gangen har hatt en bedre opplevelse. Dette handlet i hovedsak om at hun følte at hun ble sett og hørt av de ansatte på avdelingen.

Etter hvert så ble jeg glad for at jeg ble innlagt... Det har jeg ikke alltid vært før. Jeg har hatt blandede opplevelser av det å være innlagt, men det var veldig bra denne gangen.

[...] At sykepleierne var der og var opptatt av hvordan jeg hadde det... kunne lytte... og at jeg følte meg sett. Det var spesielt en som het [navn]. Jeg følte virkelig at hun så meg. Så det var godt. [...] Og det har jeg ikke hatt i tidligere innleggelses... og det er jo akkurat det man trenger... i hvert fall jeg, men det har jeg ikke hatt før.

[...] For min del... når jeg har det vanskelig så... Jeg trenger bare at noen er villig til å høre på meg og kan tåle det, ikke minst. Og gir meg den oppmerksomheten som jeg egentlig ikke føler eller synes at jeg fortjener. Og at de da gjennom handlinger viser at det gjør jeg jo. [...] Det er veldig godt. (Kvinne, nr. 3).

Deltakerne fortalte også at det var nyttig å få kunnskap fra profesjonelle om selve sykdommen, slik som typiske symptomer ved den psykiske lidelsen. Dette dreide seg også om hvordan medikamenter fungerer og å få en forklaring på hvordan og hvorfor medisinerne påvirker. Kunnskap om dette gjorde at deltakerne opplevde at medikamentene fungerte bedre. De deltakerne som fremdeles ikke hadde fått en klar diagnose beskrev at det var vanskelig å forholde seg til behandlingen og at livet og behandlingsprosessen ble stående på vent. Disse deltakerne fortalte at det ville være en lettelse å få en diagnose å gå ut ifra.

Deltakerne fortalte at positive tilbakemeldinger fra helsepersonell ga dem inspirasjon og motivasjon til å bli bedre. Det var for eksempel viktig å få tilbakemelding på hva som gikk bra i behandlingsprosessen. I tillegg beskrev deltakerne at det var nyttig og motiverende at profesjonelle ga tilbakemeldinger om deltakernes sterke sider og gode egenskaper. Dette ga deltakerne selvtillit, håp, inspirasjon og økt motivasjon til å dyrke disse egenskapene i fremtiden. En av deltakerne fortalte at hun hadde fått mange tilbakemeldinger på at hun er flink med farger og at dette hadde ført til et ønske om å jobbe med interiør i fremtiden.

Intervjuer: Du fortalte at du hadde noen planer med jobb.

Deltaker: Ja, noe innen interiør. Det blir det.

Intervjuer: Hva er det som gjør at du har lyst til å jobbe med interiør?

Deltaker: De sier at jeg er veldig flink med farger [latter] jeg skifter gardiner ofte.

(Kvinne, nr. 5).

POSITIVE TANKER

Det kom tydelig fram i intervjuene at det var flere positive ting i deltakernes liv. Når deltakerne snakket om jobb, hobbyer, hverdagslige lyspunkt og familierelaterte ting ble de ivrige og ønsket å fortelle om dette. Latter og smil ble oftere notert i utskriftene i forbindelse med disse temaene. Mange av deltakerne fortalte at de forsøkte å tenke positivt, både i forhold til sykdommen og for livet i fremtiden og at dette på en måte ble en slags mestringsstrategi. Det kom tydelig fram i intervjuene at den positive tankegangen førte til økt motivasjon og vilje til å bli bedre.

Deltaker: Det her skal jeg ut av.. Det her er ikke mine problemer. Det går på ren trass.

Intervjuer: Er det det samme som å tenke positivt?

Deltaker: Ja, det er det. (Mann, nr. 7).

Humor ble også mye brukt av deltakerne, spesielt når de fortalte om vanskelige hendelser eller beskrev symptomer og egen adferd. Noen fortalte at de brukte humor fordi de var usikre på hvordan andre ville reagere dersom de snakket om sine egne opplevelser knyttet til den psykiske lidelsen.

METODEDISKUSJON

Kvalitative intervju

Kvalitativ metode var godt egnet for denne studien siden vi ønsket å utforske hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplevde og beskrev positive sider ved livet, og hvordan dette kunne henge sammen med behandling, bedringsprosesser og mestring av sykdom. Kvalitative intervju kan gi et rikt og variert innhold fordi intervjueren får muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål for å få deltakerne til å utdype og forklare mer om det man ønsker å vite mer om. Et semi-strukturert intervju legger også til rette for å innhente mangfoldig og nyansert informasjon, da deltakerne får muligheten til å fortelle om og utdype utover hovedtemaene i en intervjuguide (Malterud, 2011).

Individuelle intervju gir i tillegg deltakerne muligheten til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer innenfor trygge rammer. Fokusgruppeintervju er også en mye brukt måte å samle inn data innenfor kvalitative metoder. Dette er en mindre ressurskrevende måte å gjøre intervju på som kan gi informasjon med større bredde enn individuelle intervju. Denne studien inkluderer en gruppe pasienter som er sårbare og handler om tema som det kan være problematisk å fortelle om i en gruppe. Alvorlige psykiske plager kan gjøre det vanskelig å utveksle personlig informasjon i en gruppe. Selv om temaet i denne studien, positive sider av livet, ikke trenger å være spesielt sårbart, kunne noen av temaene i den overordnede studien berøre personlig og sensitiv informasjon. Dette betyr at en individuell intervjuform sannsynligvis egnet seg bedre enn fokusgruppeintervju i denne studien.

Intervjuene ble gjennomført av psykiatriske sykepleiere som var ansatt ved senteret og som hadde god kjennskap til deltakerne. Noen av deltakerne fortalte at de ikke ville ha latt seg intervju av noen de ikke kjente. Samtidig kan innholdet i intervjuene ha blitt påvirket av at de ble intervjuet av ansatte ved dette behandlingstilbudet. Deltakerne kan dermed ha vært mindre åpne om sine negative og kritiske synspunkter på senteret og behandlingstilbudet. Det ble tatt høyde for at intervjusituasjonen kunne frembringe sensitive opplevelser hos deltakerne. Intervjuene ble derfor gjennomført av psykiatriske sykepleiere for å beskytte deltakerne og gi tett oppfølging.

Utvalget

Noe av det som skiller kvantitativ metode og kvalitativ metode er utvalget (Malterud, 2011). I kvantitative studier ønsker man et representativt utvalg, mens i kvalitative studier vil man ha et strategisk utvalg. Deltakelsen i denne studien var frivillig og dermed kan det settes spørsmålstegn ved om det var de friskeste deltakerne som deltok. Ved gjennomlesing av intervjuene var det allikevel tydelige forskjeller fra deltaker til deltaker, noe som tilsier at utvalget var variert. Noen var svært åpne og fortalte mye, mens andre ikke var like villige til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Det kom tydelig frem i intervjuene at noen var mer alvorlige psykiske syke enn andre. Av 23 intervju var det tre intervju jeg fikk nokså lite informasjon fra. Disse intervjuene var kun med på å støtte opp under og bekrefte de felles beskrivelsene og opplevelsene.

Selv om antallet deltakere i denne studien var relativt stort, er ikke resultatene nødvendigvis representative for andre utvalg ved andre tilsvarende senter, senter i andre områder av Norge eller andre land, eller for andre deler av psykisk helsevern.

Analysearbeidet

Jeg deltok ikke i utforming eller innsamling av data i denne studien. Det er generelt en god ting at et allerede innsamlet datamateriale kan benyttes til å belyse en annen problemstilling enn det som var utgangspunktet i den opprinnelige studien.

Det kan allikevel være både fordeler og ulemper ved å ikke delta i datainnsamlingen og analysere ferdig transkriberte intervju. En fordel er at man får et objektivt syn på intervjuene, og at man muligens kan se og oppleve nye sider av datamaterialet sammenlignet med de som har vært med i hele prosessen.

Å ikke være involvert i datainnsamlingen innebærer at man mister mye informasjon som kan være vesentlig for analysearbeidet. Man går glipp av den helhetlige observasjonen, for eksempel kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmeleie, og å tolke humor og ironi. Dette opplevde jeg som utfordrende. Intervjuerne hadde skrevet korte notater og refleksjoner etter hvert intervju. Dette var til stor hjelp for å kunne leve seg inn i intervjusituasjonen og få en større forståelse av deltakerne. Jeg fikk heller ikke muligheten til å påvirke intervjuguiden eller å stille oppfølgingsspørsmål for å få mer utfyllende svar på områder som var spesielt interessant for problemstillingen i min studie. Allikevel kan det være slik at intervjuguiden i det

opprinnelige prosjektet klarte å hente ut informasjon som jeg ikke hadde fått tak i gjennom å stille spørsmål ut fra problemstillingen min og en mer spesifikk intervjuguide.

Det var både spennende, emosjonelt og vanskelig å lese gjennom datamaterialet. Det var mange av intervjuene som gjorde sterke inntrykk fordi deltakerne delte mye av sine egne personlige erfaringer og vanskelige opplevelser knyttet til sykdommen sin. Noen av intervjuene var vanskelige å lese på grunn av lange pauser og ufullstendige setninger, og ofte brukte jeg lang tid på å forstå hva deltakerne formidlet i teksten. Ut fra kommentarene som intervjuerne hadde skrevet var det tydelig at ikke alle deltakerne var helt tilfredse under intervjuet. For noen var det vanskelig og truende å bli intervjuet formelt og å bli tatt opp på lydbånd. Det ble tatt høyde for at intervjuene kunne frembringe negative reaksjoner hos deltakerne. Deltakerne fikk derfor mulighet for å snakke med noen på senteret etter intervjuene dersom de skulle ha behov for det eller dersom intervjuerne mente det var nødvendig.

Mitt inntrykk er at det var en fordel at intervjuene ble gjort av personer med klinisk bakgrunn, og at det i noen av intervjuene deltok en person som hadde erfaring som bruker av psykiske helsetjenester. Den opprinnelige studien handlet om en del vanskelige og sårbare tema. Å skape en trygg og åpen atmosfære rundt deltakeren, å ha kunnskap som gjorde det mulig å stille relevante og gode oppfølgingsspørsmål, og å kunne være varsom med ikke å trå over sensitive grenser hos deltakerne kan ha gjort det lettere å hente inn rik informasjon (Friis, & Vaglum, 1999). Dette ville nok ha vært mer utfordrende dersom jeg skulle ha gjennomført disse intervjuene selv. Jeg opplevde intervjuerne som dyktige og forståelsesfulle mennesker som på en forsiktig måte klarte å hente ut interessant og nyansert informasjon.

At flere intervjuere gjennomførte intervjuene kan både ha vært en styrke og en svakhet. En svakhet kan være at spørsmålene i intervjuguiden kan ha blitt stilt på ulike måter og det kan ha variert hva som ble lagt vekt på i intervjuene. Det er allikevel en styrke med flere intervjuere fordi dette kan bidra til at datainnsamlingen gir et bredere utvalg i informasjon og vinklinger enn om kun en person gjennomfører alle intervjuene.

Forskerens ståsted

Uansett hvilken forskningsmetode en velger å bruke vil resultat- og analysedelen bli påvirket av forskerens faglige bakgrunn og personlige erfaringer. Kvalitative metoder kan være spesielt sårbare siden forskeren må gjøre sine egne tolkninger av hva informantene gir av informasjon, en tolkning som vil prege de endelige resultatene i stor grad (Malterud, 2011).

Selv har jeg ikke mye erfaringsbasert kunnskap på dette fagområdet og denne pasientgruppen. Jeg har riktignok dannet meg en del erfaringer fra å jobbe som assistent for mennesker med fysiske og psykiske funksjonshemminger og gjennom å ha skrevet en bacheloroppgave om fysisk aktivitet og depresjon. Det kan være en svakhet å ha lite kunnskap om et område, men det kan også være en styrke. Jeg hadde ingen bestemte forventninger til hva jeg kom til å finne i intervjuene og fikk dermed muligheten til å se på datamaterialet med nye øyne. Kanskje bidro dette til at jeg kunne finne nyanser som fagpersoner innenfor området ikke ville ha lagt merke til. En person som er erfaren innenfor et område kan ha en mer lukket innstilling og kan ha vanskelig for å tenke helt nytt. Forskere på eget fagfelt må ofte jobbe mer for å være mer åpne til hva man kan finne (Malterud, 2011).

DRØFTING AV RESULTATER

Håpet

Et viktig funn i denne studien var at deltakerne mente at håp og tro på fremtiden er en svært viktig del av behandlingsprosessen. Håp og tro på fremtiden beskrives også som svært viktig i mye av litteraturen omkring recovery. Innenfor det psykiske helsefeltet beskrives recovery som en indre prosess (Salzmann–Erikson, 2013). Salzmann–Erikson (2013) skriver at en indre prosess innebærer det å akseptere seg selv i de omstendighetene man er i og at man har et ønske og mål om å leve et selvstendig liv. Håp og tro på fremtiden beskrives som en viktig del av denne prosessen. Deegan (1988) beskriver sine egne erfaringer (og en annen person i lignende situasjon) med å være psykisk syk og recovery-prosessen. Hun skriver at denne prosessen består av flere steg, men at det viktigste vendepunktet for henne var da hun øynet et håp om at livet kunne være noe mer enn bare et uendelig mørke. Dette glimtet av håp førte med seg en vilje til å ville gjøre en endring. Tiden før håpet kom til syne ble beskrevet som en tilstand der man har gitt opp og mistet all tro og håp for fremtiden. Jacobsen og Greenly (2001) støtter Deegan i at recovery-prosessen begynner i det man ser at det er håp for at man kan bli bedre. I min studie kom det tydelig fram at det å oppleve fremgang og positive hendelser hadde stor betydning for deltakernes tro på og håp om en god framtid. De deltakerne som beskrev mindre fremgang og færre positive opplevelser ga heller ikke like sterkt uttrykk for at de hadde håp for fremtiden. Clarke (2003) skriver at håp er et fundamentalt konsept for oss mennesker som inspirerer og driver oss fremover.

Håp og optimisme er også forbundet med positive helseutfall, mens håpløshet er forbundet med dårlige utfall, som for eksempel høyere risiko for dødelighet, hjerte og karsykdommer og kreft (Everson, Goldheim, Kaplan, Cohen, Pukkala, Tuomilehto, & Salonen, 1996).

Deltakerne i min studie fortalte at det å kjenne på kropp og sinn at det skjedde en positiv endring, selv om det bare var små steg av gangen, var positive hendelser. Deegan (1988) har i likhet med dette beskrevet at behandlingsprosessen ikke er en lineær prosess hvor man går fra det ene nivået til det andre og kun oppnår fremskritt, men at den består av mange små skritt i riktig retning og stadige tilbakefall. Med tanke på dette vil man kunne tro at det å dyrke håpet er vesentlig for å opprettholde viljen til å prøve på nytt igjen etter tilbakefall. Håp er i følge Schrank, Bird, Rudnick og Slade (2012) en nøkkelkomponent for bedring, og derfor en viktig faktor i en bedringsprosess. Dette stemmer med funnene i min studie. Deltakerne fortalte at

positive endringer førte til at de kunne tenke at livet gikk videre og at det var mulig å komme ut av en vanskelig og håpløs tid. Spesielt dreide dette seg om bruk av medikamenter.

Det å finne riktig medikament og dose var positive hendelser i deltakernes liv, og førte til økt motivasjon for å bli bedre. Spaniol, Wewiorski, Gagne og William (2002) fant i sin studie at når medisinerne ga effekt følte deltakerne mer håp. Siden medikamentbehandling er en så stor del av behandlingen i psykisk helsevern, blir det å finne riktig medikament og dose en viktig brikke å få på plass for å føle at det går fremover. I min studie kom det frem at deltakerne hadde opplevd mye utprøvinger av medikamenter som førte til mange skuffelser siden de ikke hadde gitt den forventede positive effekten. Deltakerne fortalte at det var som å få en ny opplevelse av selve livet da medikamentene endelig begynte å virke – at livet kunne være godt. Littrell, Herth og Hinte (1996) fant i deres studie at håpet ble sterkere da pasientene opplevde bedring i form av færre symptomer og bedre fungering i dagliglivet. I min studie ble det beskrevet et stort ønske om et normalt og stabilt liv med familie, venner, jobb og nettverk. Det kan være slik at det å oppleve positive fremskritt i behandlingen blir verdifullt fordi det gir håp om at det en dag er mulig å ha et normalfungerende liv, til tross for en psykisk lidelse.

Flere av deltakerne i studien min fortalte at de hadde innfunnet seg med at de kanskje ikke kunne leve et liv uten medikamenter. I en studie gjennomført av Lam, Pearson, Roger, Chiu, Law og Chen (2010) fortalte deltakere at de var bekymret for at bivirkningene av medikamentene ville hindre de i å leve et normalt liv. Selv om deltakerne i studien min påpekte at medikamentene ikke kunne "gjøre hele jobben", så ble de beskrevet som god hjelp på veien til å bli frisk. Det kom tydelig fram hos deltakerne at det er viktig å få avklart riktig medikamentbehandling tidlig, siden dette blir en viktig faktor for håpet og troen på fremtiden. Selv om utprøving av medikamenter kan ta tid, så kan det være viktig med et sterkere fokus på effektiv behandling i fremtiden. Helsearbeidere bør også legge vekt på å fremme håp som en del av en recovery-prosess gjennom å formidle og uttrykke at det finnes håp for fremtiden og at det er mulig å bli frisk av eller leve et godt liv med en psykisk lidelse.

Deltakerne i min studie fortalte at de fant mening i flere ressurser, slik som familie, venner, religion, jobb, studier, og personlige prosjekter. Emmons (1997) mener at det å ha flere kilder til mening i livet beskytter oss mot å føle meningsløshet. Hvis man skulle miste en meningsfull ressurs i livet så har man fremdeles flere kilder til mening. Mennesker med psykiske lidelser har ofte symptomer slik som håpløshet og meningsløshet (Martinsen, 2004) og i psykiatrien blir nettopp dette mye omtalt (Clarke, 2003).

Deltakerne i min studie fortalte også at de forsøkte å tenke positivt omkring sykdommen og livet i fremtiden og at dette ble en slags mestringsstrategi. Flere studier viser viktigheten av å tenke positive tanker. Fredrickson (1998) fant i sin studie at når positive følelser oftere er til stede, så vil negative følelser forekomme sjeldnere. Mennesker som klarer å tenke positivt har også større sannsynlighet for å finne mening i negative hendelser, og igjen snu den negative tankegangen (Fredrickson & Joiner, 2002). Duckworth og kolleger (2005) mener at en positiv tilnærming vil kunne være til hjelp for å lette på den psykiske lidelsen. Dette stemmer overens med funnene i min studie, hvor deltakerne fortalte at de søkte etter ting som gjorde livet bedre, og at den positive tankegangen førte til økt motivasjon og vilje til å bli bedre.

Hverdagslige aktiviteter

Resultatene i min studie viste at hverdagslige aktiviteter var svært verdifullt for deltakerne. Dette handlet om å finne mening i hverdagen og i livet generelt. Små selvfølgeligheter i hverdagen blir ofte trukket fram som viktig for mennesker med alvorlige psykiske problemer (Borg, 2009). Det handler først og fremst om å kunne klare å utføre dagligdagse oppgaver og fungere som "andre normale mennesker" (Borg, 2009; Aubin, Hachey & Mercier, 1999). I Slades (2009) recovery-modell er identitet og ansvar nøkkelkomponenter i personlig recovery. Verdien av små hverdagslige gjøremål kan derfor være viktig for å føle mestring over eget liv, og kjenne på at man klarer å være selvstendig og håndtere ting på egen hånd. Aubin og kolleger (1999) fant at jo mer deltakerne følte seg kompetente og opplevde glede ved å gjøre hverdagslige aktiviteter, jo bedre livskvalitet hadde de. Selv om mange av aktivitetene kun oppfylte deres grunnleggende behov, så ble disse hverdagslige oppgavene viktig for å få rutiner i dagliglivet. Rutiner i hverdagslivet kan være spesielt viktig for mennesker med dysfunksjon for å opprettholde en balanse i livet (Kielhofner, 1995). Dette stemmer med funnene fra min studie. Det å ha noe å sysselsette seg med ble beskrevet som godt. Selv små hverdagslige gjøremål og aktiviteter, som å handle i butikken og ha noen avtaler i løpet av uka, ble sett på som viktige. Aubin og kolleger (1999) har vist at mange med psykiske lidelser ikke er klar over hvor mye meningsfylte aktiviteter betyr. De mener derfor at helsepersonell må ha større fokus på verdien av å identifisere meningen av slike aktiviteter for psykiske syke mennesker. Hverdagslige gjøremål og aktiviteter kan derfor være helt grunnleggende i en recovery-prosess - å starte i det små med å etablere dagligdagse rutiner og vaner. Å fokusere på hva en får til av slike aktiviteter kan også være viktig. På den måten vil man kunne få en økt følelse av selvstendighet og mestring i sitt eget liv. At hverdagslige

aktiviteter er en så viktig faktor i en bedringsprosess kan også skyldes at det er positivt å kjenne på at man har et vanlig liv, og ikke bli stemplet som "syk" av omgivelsene.

Jobb og studier som ressurs

For deltakerne i min studie var det viktig å kunne være med å bidra i samfunnet og å være til nytte. Det å ha en jobb ble sett på som en positiv og viktig ting i livet og som et bidrag til en strukturert og stabil hverdag. Å ha en jobb ble også assosiert med positive følelser, det å føle seg kompetent, verdsatt, stolt og å være til nytte. Flere har tidligere vist at det å ha en jobb gir en følelse av at en bidrar og gir noe tilbake til samfunnet (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Deltakerne i studien min fortalte også at det å studere ble sett på som en meningsfull aktivitet, selv om studietilværelsen ble beskrevet som krevende. Personlig utvikling og gleden av å studere ble verdsatt, selv om hovedårsaken til at de ønsket å studere var å få seg en jobb etter endt studie. Aubin og kolleger (1999) undersøkte betydningen av meningsfulle hverdagsaktiviteter på en gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Den viste at arbeidsrelaterte aktiviteter var det som ble verdsatt høyest, og som ble rangert som den viktigste aktiviteten i deltakernes liv. I følge Strauss, Harding, Silverman, Eichler og Lieberman (1988) kan mennesker med alvorlige psykiske lidelser ha nytte av å være i en jobb, spesielt med tanke på å få struktur i hverdagen, men også for muligheten til sosialisering. Deltakerne i studien min fortalte også at de ikke hadde mye nettverk rundt seg. Dette stemmer godt overens med tidligere forskning. Flere studier viser at mennesker med psykiske lidelser ofte har problemer med å opprettholde kontakten med venner og familie og dermed havner i en situasjon med lite nettverk rundt seg (Davidson, Borg, Marin, Topor, Mezzina, & Sells, 2005; Ridgway, 2001; Markowitz, 2001).

I studien til Perry, Taylor og Shaw (2007) blir jobb beskrevet som viktig for å unngå isolasjon. Det å ha en jobb kan derfor være viktig fordi det gir muligheten for å få et godt og stabilt nettverk rundt deg. En møter sine kolleger hver dag på jobb sånn at man kommer inn i ett trygt sosialt nettverk som gir muligheten til videre utvidelse av egen omgangskrets. Borg og Kristiansen (2008) mener at man i en jobbsammenheng får tilhørighet og en positiv identitet, en identitet som ikke består av å være kategorisert som psykisk syk, men som et normalt menneske i jobb. Samtidig kommer man inn i ett annet miljø og får et avbrekk fra en psykiatrisk setting.

Deltakerne i studien min fortalte at det å ikke ha en jobb ble sett på som et nederlag. Leete (1989), som selv har erfaringer med recovery fra en mental lidelse, forteller at det å ha en jobb

å gå til økte hennes følelse av å være akseptert i samfunnet. Recovery blir av Samuel og Smith (2005) beskrevet som å ha tilgang til fritidsaktiviteter og ha mulighet til å være i jobb, og at man på den måten ikke blir stemplet fra samfunnet. May (2000) forteller ut fra personlig erfaring at forventningene fra samfunnet var mer utfordrende enn sykdommen i seg selv. Hun hevder at den sosiale konteksten har stor betydning i en recovery-prosess. Flere av deltakerne i min studie fortalte at det var godt å ha en jobb å gå til, selv om det kunne være utfordrende. En av deltakerne fortalte at hun drev med frivillig arbeid, og at det var det som ga livet henne mening. Det å ha en ordinær jobb, selv bare en deltidsjobb eller frivillig arbeid blir sett på som å være på riktig vei i å være inkludert og knyttet til samfunnet (Borg, & Kristiansen, (2008). Deltakerne i min studie verdsatte også den økonomiske siden ved å jobbe, fordi en jobb med fast inntekt gir muligheten til å realisere fremtidsplaner og drømmer og dermed positive sider ved livet. Jobb gir større økonomisk frihet som gjør det mulig å delta på sosiale arenaer (Salzmann-Erikson, 2013). I studien til Bradshaw, Armour og Rosenborough (2007) fortalte deltakerne at det å ha nok penger bidro til at de ble mer selvstendige og fikk muligheten til å være mer involvert i samfunnet ved å kunne delta på aktiviteter og være mer sosiale.

Jobb og studier synes altså å være viktig for mening i livet, struktur i hverdagen, det sosiale, og det å føle seg som et normalt menneske. Det kan derfor tenkes at det å ha en tilknytning til jobb bør settes enda mer på dagsorden, siden dette kan bidra positivt i en recovery-prosess. Dette kan gjøres ved å legge bedre til rette for inkludering i arbeidslivet og at den psykiatriske helsetjenesten legger mer vekt på å inspirere, motivere og støtte mennesker med psykiske helseplager til å finne seg en jobb.

Trening og friluftsliv

Deltakerne i min studie beskrev trening, mosjon og friluftsliv som en viktig og positiv del av livet. Noen fortalte også at treningen var en helt nødvendig del av behandlingen og at trening hadde stor innvirkning på behandlingsprosessen. Menneskekroppen er skapt for å brukes, og det som ikke brukes, forfaller. Inaktivitet svekker muskler og skjelett og gir større risiko for skader og overbelastning (Martinsen, 2004). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser viser seg å være mindre fysisk aktive en den generelle befolkningen (Brown, Birtwistle, Roe et al., 1999). Martinsen (2004) støtter dette og skriver at mennesker med psykiske helseplager vil kunne oppleve at fysisk aktivitet er gunstig for deres helse, både fysisk og mentalt, da man opprettholder den kroppslige helsen og slipper å bekymre seg for den i tillegg til de psykiske helseplagene. I en studie gjort av Martinsen og Medhus (1989) ble pasienter med depresjon

bedt om å svare på et spørreskjema om hvilken behandlingsform som hadde hjulpet dem mest i den tiden de var innlagt. De pasientene som hadde deltatt i treningsprosjektet rangerte fysisk aktivitet som det som hadde hjulpet mest.

Trening og fysisk aktivitet ga - ifølge deltakerne i min studie - mer energi, bedre selvfølelse og en sterkere kropp. Noen beskrev det som en måte å forebygge forverring av symptomer og å holde seg "stabil". Det er funnet en rekke positive psykologiske virkninger av fysisk aktivitet, som for eksempel økt selvfølelse, bedre søvn, buffer mot stress, redusering av muskelspenninger og økt kreativitet og problemløsende tenkning (Martinsen, 2004). Disse faktorene kan bidra til å øke overskuddet til å kunne utføre dagligdagse gjøremål, noe som igjen kan styrke livskvaliteten (Gjerset, Haugen, Holmstad, 2006).

Fysisk aktivitet bygger på pasientenes egne ressurser og hvor en selv deltar aktivt for å bli bedre. Fysisk aktivitet kan også være en kilde til nye utfordringer, nytt stimuli, spenning og glede (Martinsen, 2004). Flere av deltakerne i studien min fortalte at det viktigste de fikk gjennom fysisk aktivitet og trening var sosialt samvær. Også her nevnte de viktigheten av å tilbringe tid sammen med andre. Fysisk aktivitet og trening synes å være viktig i en recovery-prosess med tanke på symptomlindring, men også med tanke på at det gir positivitet og glede i livet - en meningsfull aktivitet som også kan gjøres sammen med andre. Fysisk aktivitet kan også tenkes å gi økt mestringsfølelse hvis det legges opp til aktiviteter med stor sannsynlighet for å lykkes. Flere av deltakerne fortalte at de oppsøkte naturen for å få et pusterom i hverdagen og at det var viktig for å kunne fungere. Mange finner glede av å være ute i naturen fordi naturen byr på helt andre kvaliteter enn det man får gjennom å være i en idrettshall, med et mangfoldig sanseinntrykk fra omgivelsene (Martinsen, 2004).

Forhold til andre mennesker

Deltakerne i denne studien fortalte at familie og venner var det viktigste i livene deres og at de var til stor hjelp og støtte i en vanskelig tid. Recovery er ifølge Ridgway (2001) en prosess som involverer flere mennesker, selv om ingen kan tvinge eller gjøre forandringene som trengs for å bli bedre eller frisk, så er de av stor betydning i en slik bedringsprosess. Det å ha en alvorlig psykisk lidelse gjør det vanskelig å fungere i dagliglivet og det å ha mennesker rundt seg som man kan stole på og som stiller opp i en vanskelig tid blir derfor svært viktig (Topor, Borg, Mezzina, Sells, Marin, & Davidson, 2006). I studien til Bradshaw og kolleger (2007) blir familie beskrevet som viktig fordi det er de som kjenner deg best og som ser

hvordan en har det. Det å bli hørt og forstått av sine nærmeste ble beskrevet av mine deltakere som godt og viktig.

Familie ble av deltakerne i studien min beskrevet som en viktig motivasjonsfaktor og drivkraft for å bli bedre eller frisk. Foreldre, søsken og egne barn kan være det som gjør at en person velger å ikke gi opp når alt håp er borte. I studien til Bradshaw og kolleger (2007) fortalte deltakerne at når symptomene avtok var det viktig å gjenoppta kontakten med familie og venner.

Deltakerne i studien min fortalte også at det å gi av seg selv til andre opplevdes som godt og meningsfylt og som ga god samvittighet og gode dager. I studien til Davidson, Shahar, Lawless, Sells, og Tondora (2006) fortalte deltakerne at det å gi noe til andre mennesker blir sett på som viktig og verdifullt, gir mening og samt tilfører livene deres positivitet. Det kunne være den miste ting, bare det ble det oppfattet som verdifullt for en annen person. Davidson og kolleger (2006) mener at det kan være fordi de kjenner på at de har vært i en situasjon hvor de har vært passive mottakere av hjelp fra andre mennesker over lengre tid, (både fra helsetjenesten og familie og venner), at de har lyst til å gi noe tilbake. Menneskelige forhold består av gjensidighet, det å bry seg om andre og dele med andre. Det å alltid være i den posisjonen hvor man behøver hjelp representerer en ubalanse som for mange blir viktige å jevne ut (Borg, & Davidson, 2008). Deltakerne i studien min formidlet at det var viktig å ta vare på seg selv og det å være god mot andre var meningsfylt og ga gode dager. Dette samme fortalte deltakerne i studien til Borg og Davidson (2008). Det å være god mot seg selv innebar ofte å være gode mot andre også.

Deltakerne i studie min fortalte også at vennskap betød mye. Å ha gode venner som stiller opp og er til stede når livet butter imot var til stor hjelp. I studien til Bradshaw og kolleger (2007) fortalte deltakerne at samvær med venner og det å holde kontakten med venner er viktig for å holde seg stabil og at det virker som en buffer for å unngå nye innleggelsler. Deltakerne i min studie fortalte også at de ofte søkte venner i samme situasjon, mennesker som har de samme utfordringene og som derfor deler en forståelse av hvordan livet er. Kontakt med andre mennesker som også har en psykisk lidelse kan føre til et spesielt felleskap, hvor en ikke trenger å forklare seg eller unnskyldes seg. Man får en umiddelbar forståelse og aksept. Samvær med andre i samme situasjon kan være starten på nye vennskap (Topor et al., 2006). Også det å ha kontakt med andre mennesker som deler lignende erfaringer, men som har blitt bedre eller frisk av en psykisk lidelse, kan gi håp og motivasjon i en recovery-prosess.

Gode relasjoner til profesjonelle

Deltakerne i min studie fortalte også at det var svært verdifullt med god kommunikasjon og gode relasjoner til profesjonelle hjelpere. De fortalte at det var viktig å ha noen å snakke åpent og fortrolig med, og bli sett og lyttet til - mennesker som var tilgjengelige når det var behov for det. Profesjonelle helsearbeidere som både viser empati og respekt, og som er aktive og interesserte lyttere blir beskrevet som essensielt i en recovery-prosess (Topor et al., 2006). Andre forfattere har også trukket fram viktigheten av at helsepersonell er tilgjengelige og som ser når det er behov for assistanse ved ulike praktiske gjøremål. Deltakerne i studien til Borg og Davidson (2008) fortalte for eksempel at det er godt å snakke med helsearbeidere som ikke bare er interesserte i kun å snakke om problemene knyttet til den psykiske lidelsen. Studien til Topor og kolleger (2006) viser til at det å kunne snakke med profesjonelle helsearbeidere om både vanskelige problemer og om generelle ting i livet, som for eksempel hverdagslige hendelser var viktig. Det som synes å være spesielt viktig er hvilket forhold man klarer å etablere mellom profesjonelle helsearbeidere og pasienten. Et langvarig forhold bygget på tillit og åpenhet blir sett på som dyrebart og til stor hjelp (Borg, & Kristiansen, 2004). I studien til Topor og kolleger (2006) fortalte deltakerne om viktigheten av at helseprofesjonell gjorde noe mer enn det som ble forventet av dem, som å gi mer tid og oppmerksomhet eller det å gjøre ting som deltakerne så på som uvanlig og uventet og som avvek fra deres profesjonelle rolle.

En deltaker i studien min fortalte om en spesiell sykepleier som så henne og som tok seg tid til å kunne lytte når ting var vanskelig. Det samme fortalte deltakerne i studien til Borg og Kristiansen (2004). Det ser ut til å være viktig å finne en som man får en god kjemi og kontakt med og som man utvikler et spesielt vennskapsforhold til. Deltakerne i studien min fortalte også at det var nyttig å få kunnskap fra profesjonelle om selve sykdommen, symptomene knyttet til den og den pågående medikamentbehandlingen. Topor og kolleger (2006) understreker behovet for at helseprofesjonelle har nok kunnskap til å veilede og hjelpe pasienten gjennom symptomene.

Deltakerne i min studie fortalte også at positive tilbakemeldinger fra helsepersonell ga dem inspirasjon og motivasjon til å bli bedre. Tilbakemeldinger om sterke sider og gode egenskaper ga deltakerne selvtillit, håp, inspirasjon og økt motivasjon til å dyrke disse egenskapene i fremtiden. Seligman (2002) fant i sin studie at egenskaper som mot, optimisme, arbeidsmoral, mellommenneskelige ferdigheter, håp, tro og ærlighet fungerer som buffere mot mentale sykdommer. Han mener at man i en behandlingssammenheng bør forsterke de gode

egenskapene et menneske har, i stedet for å fokusere på å reparere svakhetene. Han mener at ved å legge til rette for utvikling av disse styrkene - gjennom å opprette klima for utvikling som samarbeid med familie, skoler og trossamfunn vil kunne fremme disse styrkene. I studien til Topor og kolleger (2006) ble profesjonelle helsearbeidere beskrevet som viktig for å legge til rette for muligheter og for å gi inspirasjon til å prøve ut noe nytt. Deltakerne fortalte at de var en god støtte å ha når de forsøkte seg på nye oppgaver og aktiviteter i hverdagslivet. En deltaker i studien min fortalte at hun hadde fått gode tilbakemeldinger på at hun var så flink med farger, og at dette førte til et ønske om å jobbe med interiør i fremtiden.

Tilbakemeldinger fra profesjonelle helsearbeidere på gode egenskaper og sterke sider synes å være verdifullt i en recovery-prosess, fordi det kan fremme troen på seg selv og gi håp, motivasjon og inspirasjon til å tørre å prøve ut nye ting i fremtiden. Det kan også tenkes at slike tilbakemeldinger kan veilede og stake ut en retning i livet, både innenfor jobb og hobby.

KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt hvordan mennesker med alvorlige psykiske helseplager beskriver positive sider ved livet. Resultatene viste at håp og tro på fremtiden, hverdagslige gjøremål, fysisk aktivitet og gode relasjoner var viktige positive faktorer i deltakernes liv. Flere av disse faktorene samsvarer godt med litteraturen omkring recovery-prosesser, hvor disse sidene av livet blir beskrevet som viktige for å bli frisk av eller kunne leve med den psykiske lidelsen. Dette betyr at helsearbeidere i fremtiden bør legge større vekt på å fremme håp, og dermed styrke recovery-prosessen, gjennom å formidle og utrykke at det finnes håp og at det er mulig å bli frisk av - eller leve et godt liv - med en psykisk lidelse. Funnene tyder også på at det er spesielt viktig å finne riktig medikament og dose så tidlig som mulig i behandlingsprosessen, både for å fremme motivasjon og vilje til å bli bedre, og for å styrke troen på at fremtiden kan bli god. Hverdagslige og meningsfulle aktiviteter ble tilegnet svært stor verdi og bør derfor være et viktig fokus for helsetjenesten i fremtiden gjennom å legge mer til rette for inkludering i arbeidslivet og veilede, motivere og inspirere pasienter til å gjennomføre aktiviteter i hverdagen. Funnene i denne studien stemmer godt overens med tidligere litteratur om betydningen av fysisk aktivitet, og understreker at fysisk aktivitet kan være et viktig og nyttig supplement i behandling av psykiske lidelser. Resultatene viser også at relasjoner til andre mennesker er av stor betydning i pasientenes liv, noe som samsvarer godt med tidligere litteratur på recovery-prosesser. Det kan derfor være gunstig å legge mer opp til å arbeide for langvarige og gode forhold mellom pasient og behandler, forhold som er bygget på tillit, åpenhet, gjensidig respekt, og som omfatter tilbakemeldinger som fokuserer på pasientens mestring, gode egenskaper og sterke sider.

REFERANSELISTE

Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning of Daily Activities and Subjective Quality of Life in People with Severe Mental Illness. *Scandinavian Journal of Occupation Therapy*, 6:53-62.

Barbosa da Silva, A. (Red.), (2006). *Humanistiske og ikke-humanistiske menneskesyn. Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 59 flg.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 46. 452-459.

Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2): 129-140.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: Everyday life research from Norway on the meaning of work for people recovering from severe mental health distress. *Disability & society*, 23(5): 511-523.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13(5): 493-505.

Bradshaw, W., Armour, M.P., & Rosenborough, D. (2007). Finding A Place in the World: The Experience of Recovery from Severe Mental Illness. *Qualitative Social Work*, 6(1): 27-47. doi: 10.1177/1473325007074164.

Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L, et al. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3): 697-701.

Chan, M. (2010). *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. World Health Organization. Hentet 30. april 2013, fra http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf

Clarke, D. (2003). Faith and Hope. *Australas Psychiatry*, 11(2): 164-168. doi: 10.1046/j.1039-8562.

Cohen, L. H., McGowan, J., Fooskas, S., & Rose, S. (1984). Positive life events and social support and the relation between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology*, 12; 567-587.

Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3): 177-201. Doi: 10.1080/15487760500339360.

Davidson, L., Shahar, G., Lawless, M. S., Sells, D., & Tondora, J. (2006). "Play, Pleasure, and Other Positive Life Events: "Non- specific" Factors in Recovery from Mental Illness? *Psychiatry*, 69(2): 151-163. doi: 10.1521/psyc.2006.69.2.151.

- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. (Revised version) *Psychological Rehabilitation Journal*, 11(4): 11-19. doi: 10.1037/h0099565.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Positive Psychology Center, University of Pennsylvania, Philadelphia*, 1:629-651. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154.
- Dunn, E.C., Wewiorski, N.J., & Rogers, E.S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1): 59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62.
- Emmons, R. A. (1997). *Motives and goals*. In R. Hogan., J.A. Johnson., S.R. Briggs (Red.), *Handbook of personality psychology*; 485-512. San Diego, CA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-012134645-4/50021-4.
- Everson, S.A, Goldheim, D.A., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J.T. (1996). Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine, Journal of Biobehavioral Medicine*, 58(2):113-121.
- Folkehelseinstituttet (2011, 11. januar). Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet 1. mai 2013, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3): 300–319. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.300.
- Fredrickson, B.L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2):172-175. doi: 10.1111/1467-9280.00431.
- Gjerset, A., Haugen, K., & Holmstad, P. (2006). *Treningslære*. Oslo: Gyldendal undervisning.
- Gudde, C.B., Olsø, T.M., Antonsen, D.Ø., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2) 185-190. doi:10.1177/1403494812472265.
- Hummelvold, J.K. (2004). *HELT – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsen, N., & Greenly, D. (2001). What is recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52 (4) doi.10.1176/appi.ps.52.4.482
- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application*. (2. utgave). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

- Lam, M.M., Pearson, V., Roger, M.K., Chiu, C. P.Y., Law, C.W., & Chen, E. Y.H. (2010). What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first-episodes patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6) : 580-587. doi: 10.1177/0020764010374418.
- Leete, E. (1989). How I manage and perceive my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Littrell, K.H., Herth, K.A., & Hinte, L.E. (1996). The experience of hope in adults with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4) :61-65. doi: 10.1037/h0095421.
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract*; 10(2):201-6.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Markowitz, F.E. (2001). Modelling Processes in Recovery from Mental Illness: Relationships between Symptoms, Life Satisfaction, and Self- Concept. *Journal of Health and Social Behavior*,42(1) : 64-79.
- Martinsen, E. W., & Medhus, A. (1989). Exercise adherence and patients` evaluation of physical exercise in a comprehensive treatment program for depression. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*, 43; 411-415.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- May, R. (2000). Routes to recovery from psychosis. The roots of a clinical psychologist. *Clinical Psychology Forum*, 146; 6-10.
- Merriam-webster.com. (2012). *Recovery*. Hentet 8. mai 2013, fra <http://www.merriam-webster.com/dictionary/recovery>
- Nami. (udatert). *What is mental illness: Mental illness facts*. Hentet 30. april, 2013, fra http://www.nami.org/template.cfm?section=about_mental_illness
- Perry, B. M., Taylor, D., & Shaw, S. K. (2007). "You've got to have a positive state of mind" : An interpretative phenomenological analyses of hope and first episode psychosis. *Journal of mental health*, 16(6): 781-793. doi: 10.1080/09638230701496360.
- Ridgway, P. (2001). ReStorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (4) :335-343. doi: [10.1037/h0095071](https://doi.org/10.1037/h0095071)
- Salzmann- Erikson, M. (2013). An Intergrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34 (3): 185-191. doi: 10.3109/01612840.2012.737892.
- Samuel, G., & Smith, J. (2005). A step up. *Open Mind (Mind News)* 135, 3.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4) : 554-564.

Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology*. 2,3-12. (pp.3-9). London: Oxford University Press.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental illness*. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press.

Spaniol, L., Wewiorski, N.J., Gagne, C., & William, A.A. (2002). The process of recovery from Schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4): 327-336.
doi:10.1080/0954026021000016978.

Statistisk Sentralbyrå (Lunde, E.S) (2001, 1 november) *Større åpenhet om psykiske lidelser*. Hentet 1. mai 2013, fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>

Strauss, J.S., Harding, C.M., Silverman, M., Eicher, A., & Lieberman, M. (1988). Work as treatment for psychiatric disorder: A puzzle in pieces. In J.A. Ciardiello & M.D. Bell (RED.), *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp.47-55). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: the role of family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1) : 17-37. doi: 10.1080/15487760500339410.

Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2): 320–333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.

Wright, J.H. (2006). Cognitive Behavior Therapy: Basic Principles and Recent Advances. *FOCUS, American Psychiatric Association*, 4(2): 173-178.

Zalsmann- Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34 (3): 185-191.
doi:10.3109/01612840.2012.737892.

Vedlegg nr. 1 – Intervjuguide

Intervju-guide "Brukerstyrt plass"

1. Hvordan er livet for deg nå?

2. Har det vært spesielle hendelser i det siste som har vært av betydning for deg? (Trenger ikke være store ting, men også hverdagslige hendelser)

3a. Har du vært innlagt i det siste? Eller fått hjelp for dine psykiske problemer på annen måte?

Evt hvor og hvor lenge innlagt? Innlagt frivillig eller mot din vilje?

Ble du utsatt for noen form for tvang, trusler, overtalelser eller påvirkninger i forbindelse med innleggelsen?

Hvis man skal rangere denne innleggelsen på en skala fra maksimal bruk av tvang (=10) til minimal bruk av tvang (= 1), hvor vil du plassere den?

Hva var evt. bakgrunnen for innleggelsen?

3b. Hvis du ikke har vært innlagt, har du tenkt at du skulle vært innlagt?? Eller fått hjelp på annen måte?

4. Hvordan har den psykiske formen vært i det siste (stabil/ustabil)?

4a. Hvis stabil:

Er det noe spesielt du kan tenke deg som har sammenheng med at du har vært i stabil psykisk form i det siste? For eksempel at du har gjort noe som du vet hjelper for å unngå at du blir i dårlig psykisk form (for eksempel ikke drukket alkohol eller brukt andre rusmidler, prøvd å opprettholde stabil døgnrytme, hatt kontakt med folk du har tillit til? Kontakt med hjelpeapparatet etc etc??)

4b. Hvis ustabil:

På hvilken måte har du forholdt deg til at du har hatt en periode hvor du ikke har hatt det så bra? (Eks tatt kontakt med andre for å få hjelp?, brukt alkohol eller andre rusmidler for å prøve å glemme at du har det vanskelig?, prøvd å skyve tankene unna??)

5. Medisinbruk:

Har det vært noen endringer i medisinbruken i det siste? Endret type medisin, eller dosering?

Vedlegg nr. 2 – Samtykke



St. Olavs Hospital
Universitetssykehuset i Trondheim
Psykisk Helsevern

Nidaros Distriktpsykiatriske Senter
Rehabiliteringsseksjonen

Besøksadresse:
Østmarkveien 21

Telefon: Telefaks:
73 86 54 00

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Evaluering av tilbudet Brukerstyrt plass"

Bakgrunn og hensikt med prosjektet

Det er et mål for oss på Nidaros DPS at du som bruker skal bli tatt med mer i behandlingen og i større grad enn tidligere skal oppleve at du har en mulighet til å påvirke tilbudet du får. På bakgrunn av dette ønsker vi å innføre et nytt tilbud om "Brukerstyrt Plass", som gir deg rett til på eget initiativ å ta kontakt med avdelingen og søke deg innlagt for en kortere periode. For å få ny kunnskap om effekten av dette tilbudet, ønsker vi å gjennomføre en vitenskapelig evaluering.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsundersøkelse for å vurdere nytten av Brukerstyrt plass ved Nidaros Distriktpsykiatriske senter (DPS). Dette innebærer en tilfeldig fordeling av deltagerne til 2 grupper hvor den ene får kontrakt om Brukerstyrt plass umiddelbart og den andre gruppen må vente 1 år før de får dette tilbudet. I forskningsprosjektet er begge gruppernes erfaringer med hjelpeapparatet viktig.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst.

Hva innebærer studien for deg?

Du får muligheten til å benytte Brukerstyrt plass ved Nidaros DPS i en periode på 1 år hvis du i) inkluderes i gruppen med umiddelbar oppstart og ii) underskriver en kontrakt om Brukerstyrt plass (som inneholder en del betingelser for når og hvordan den Brukerstyrte plassen skal benyttes). Etter 1 år må det skrives en ny kontrakt hvis du fortsatt har behov for det, og ønsker tilbudet. De som må vente på Brukerstyrt plass får i venteperioden samme tilbud som de har hatt. Hvem som må vente og hvem som får tilbudet med en gang, avgjøres tilfeldig ved hjelp av loddtrekning. Både de som må vente i 1 år og de som får tilbud om Brukerstyrt plass med en gang, vil bli bedt om å fylle ut noen spørreskjema og delta i korte individuelle intervju med en forsker. Varigheten på samtykke vil være 1 år uavhengig om du er i ventegruppen eller oppstartsgruppen. Intervjuet ønskes tatt opp på lydband for å sikre oss at det du sier blir riktig nedtegnet. Lydopptakene slettes så snart prosjektet er avsluttet. Spørsmålene handler om din psykiske tilstand, og hvordan du mesterer hverdagen din, dine hjelpebehov og i hvilken grad du opplever at du er involvert i behandlingen din. Vi ber deg også om tillatelse til å hente følgende opplysninger som angår deg og din kontakt med Psykisk Helsevern fra sykehusregistrene: personalia, diagnose, opplysninger om varighet av innleggelse, og om eventuell tvang i behandlingen. I tillegg ber vi om å hente opplysninger om de kommunale tjenestene du evt. mottar fra kommunenes datasystem.

Hva skjer med informasjonen du gir?

Alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt og oppbevart i godkjent låsbart arkiv.

HELSE  MIDT-NORGE

St. Olavs Hospital HF
www.stolav.no

Bankkonto: Foretaksnr.:
8601.05.10270 NO 883 974 832
Nidaros-DPS@stolav.no

Postadresse:
Postboks 1893
7440 Trondheim

Alle opplysninger du gir vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer og andre gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Studien er planlagt å starte høsten 2009 og avsluttes i 2015. Etter dette vil datamaterialet bli lagret med personopplysninger i fem år etter prosjektslutt for en mulig oppfølgingsstudie. Dersom det blir aktuelt å gjennomføre en oppfølgingsstudie, vil du få ny informasjon og ny forespørsel om å delta. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det er kun forskere med taushetsplikt knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Frivillig deltakelse

Det er selvsagt helt frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, underskriver du kontrakt og samtykkeerklæringen nederst på siden.

Ta gjerne kontakt dersom du har kommentarer eller noe du vil spørre om:

Inger Elise Opheim Moljord, prosjektleder, FoU, Nidaros DPS.

Trude Solem, seksjonsleder, Rehabiliteringsseksjonen, Nidaros DPS.

Marit Rø, prosjektmedarbeider/psykiatrisk sykepleier, FoU/Rehabiliteringsseksjonen, Nidaros DPS.

Alle kan nås på telefon Tlf. 73 86 54 00

Samtykke til deltakelse i studien:

*"Evaluering av tilbudet Brukerstyrt plass" ved Nidaros DPS,
Rehabiliteringsseksjonen*

**Jeg har fått informasjon om studien, jeg har hatt mulighet til å stille spørsmål
og er villig til å delta i studien**

Dato

Navn