

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 470
Mastergradsoppgave i
psykisk helsearbeid

Navn på kandidat:
Irene Beate Fjeldstad

«Vi deler erfaringer når det skjer»

En kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper

«We share experiences when it happens»

A qualitative study about health promotion processes in self-organized self-help groups

Dato: 21.04.17

Totalt antall sider: 76



www.nord.no

Forord:

Utdanningsinstitusjoner gir mulighet for faglig påfyll gjennom hele livet og tilbyr et mangfold av etter- og videreutdanninger for å stimulere fagpersoner til fordypning, personlig vekst og faglig bevissthet. Jeg har hatt gleden av å være Masterstudent i Psykisk helsearbeid ved Nord universitet, tidligere HINT, gjennom flere år. Prosjektet har drøyd ut i tid på grunn av viktige livsendringer. Etter 24 år i Trondheim flyttet familien tilbake til barndomstrakter på Østlandet. Det å kombinere studier med flytting, nye arbeidsgivere og full jobb har for meg vært en allsidig, interessant og krevende prosess som har påvirket både motivasjonsnivå og fremgang. Samtidig har jeg vært takknemlig for at vi har et utdanningssystem i Norge som gjør dette mulig. Jeg har til tider vært usikker på om jeg har hatt kapasitet til å fullføre prosjektet, både intellektuelt og tidsmessig. Mine tanker har da gått til rausheten og velviljen jeg møtte i gruppene jeg har intervjuet. Slutføringen av prosjektet står som en stor takk til informantene! Jeg vil også takke for hyggelig samarbeid med Anne Grete Tandberg i Selvhjelp Norge, uten hennes hjelp hadde det vært vanskelig å komme i kontakt med gruppene. Studieadministrasjonen ved Nord universitet ved Anne Berit Øvereng har også bistått med oppmuntring og praktisk hjelp underveis. Veileder Paul Greiff var en viktig samarbeidspartner tidlig i prosjektet. På hjemmebane er vi flere som ser frem til at prosjektet nå er slutt. Tusen takk for tålmodige heiarop!

Duken, 21.4.2017

Irene Beate Fjeldstad

Innholdsfortegnelse	Side
Forord.....	1
Sammendrag.....	4
Abstract.....	5
DEL 1 INNLEDNING.....	6
1.1 Oppgavens disposisjon.....	6
1.2 Psykiske lidelser – livssmerte – livsproblem	6
1.3 Psykisk helsearbeid.....	7
1.4 Selvhjelp	8
1.5 Selvhjelp som helsefremmende og forebyggende helsearbeid	9
1.6 Selvorganiserte selvhjelpsgrupper.....	10
1.7 Selvhjelpsmetodikk.....	11
1.8 Terapeutiske prinsipper og selvhjelp.....	13
1.9 Forskning på feltet.....	15
1.10 Helsefremmende teori.....	18
1.11 Problemstilling.....	22
DEL 2 KVALTATIV METODE.....	24
2.1 Forskningsdesign.....	24
2.2 Forskningsetikk.....	25
2.3 Utvalg.....	25
2.4 Beskrivelse av datamateriale.....	26
2.5 Datainnsamling – Fokusgruppe.....	28
2.6 Bearbeidelse.....	32
2.7 Analyse – Systematisk Tekstkondensering.....	32
DEL 3 RESULTATPRESENTASJON.....	38
3.1 Gruppeprosesser.....	38
3.2 Erfaringsdeling.....	44
3.3 Rekruttering	48
3.4 Oppsummering resultatpresentasjon.....	53

DEL 4 DISKUSJON	54
4.1 Kvalitetsvurdering.....	54
4.2 Metodediskusjon.....	56
4.3 Resultatdiskusjon.....	58
DEL 5 OPPSUMMERENDE KONKLUSJON	68
LITTERATURLISTE	69
VEDLEGG	73
Vedlegg 1 NSD.....	73
Vedlegg 2 REK.....	74
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring.....	76

Sammendrag

Bakgrunn: Norske helsemyndigheter har som målsetting at selvhjelp som verktøy kan brukes i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet innen psykisk helse og rusarbeid. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper er lederløse grupper med tydelig struktur og rammer. Inngangsbilletten er mennesker med et livsproblem hvor gruppa benyttes som verksted for bearbeiding av livsproblem i fellesskap.

Problemstilling: Studiens hensikt har vært å undersøke og sammenligne deltakeropplevelser i to eksisterende selvorganiserte selvhjelpsgrupper for å innhente kvalitativ kunnskap om fenomenet selvorganisert selvhjelpsgruppe som verktøy for mestring av livsproblem.

Metode og design: Kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervju. Utvalget bestod av to eksisterende selvorganiserte selvhjelpsgrupper, seks deltakere i hver gruppe. Den ene gruppen med ulike livsproblem relatert til psykisk helse, kroniske lidelser, somatikk og familieproblematikk. Den andre gruppen var en temabasert gruppe med felles livsproblematikk knyttet til rusavhengighet, fortrinnsvis alkohol. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, STC.

Resultat: Gruppene ble beskrevet å være positive sosiale fellesskap for deling av sårbare og fortrolige livserfaringer. Selvhjelpsgruppene var en forutsigbar og meningsfull aktivitet hvor de opplevde stor grad av tilhørighet og sosial støtte. Erfaringsutvekslingen og den gjensidige tilliten bidro til å styrke deltakernes mestringsressurser som igjen motiverte til helsefremmende handlingsvalg. For gruppa med blandet livsproblem ble den sosiale støtten beskrevet å være helsebringende hvor kunnskapen om hverandres livsproblem hadde gitt deltakerne utvidet forståelsesramme. For gruppa med rusproblematikk var kunnskapen om at alle hadde samme problem avgjørende for deltakelse. Fellesskapet fungerte som et ettervern og motivasjon for rusfrihet. Fagfolks innsats hadde vært avgjørende for at selvhjelpsgruppene kom i stand. Offentlige instanser, i denne sammenheng ildsjeler ved lærings- og mestringscenteret og offentlig rusklinikk, hadde betydning for hvorvidt det ble etablert gruppe på tvers av livsproblem eller temabasert gruppe.

Konklusjon: Selvorganiserte selvhjelpsgrupper er et helsefremmende og virksomt verktøy i psykisk helsearbeid. Fagfolks engasjement og kunnskap om selvhjelp er av stor betydning ved etablering av nye grupper.

Nøkkelord: Selvhjelp, selvorganiserte selvhjelpsgrupper, helsefremming, salutogenese

Abstract

Background: Norwegian health authorities wish that self-organized self-help could be used as a method for people with mental health or substance abuse problems in health promoting, preventive and rehabilitative purposes. Self-organized self-help groups are leaderless groups with clear structure and frameworks. The group is used as a tool to handle existential problems.

Purpose: The purpose of the study has been to investigate and compare participant experiences in two existing self-organized self-help groups to retrieve qualitative knowledge about the self-organized self-help phenomenon as a tool for managing existential problems.

Method and design: Qualitative method using focus group interview. Two existing self-organized self-help groups, six participants in each group. One group had participants with different life problems related to mental health, chronic disorders, somatic and family problems. The other group had substance abuse problem, mainly related to alcohol. The data was analyzed with systematic text condensation.

Result: The groups were described as a positive social fellowship for sharing vulnerable and confidential life experiences. The self-help groups were a predictable and meaningful activity where they experienced a high level of belonging and social support. Sharing experiences improved the individual's mastery resources, which in turn motivated to health promotion actions. For the group with mixed life problems, the social support was described to be health-promoting and the knowledge of each other's life problem had given an extended understanding framework. For the group with substance abuse problems, the knowledge that everyone had the same problem was crucial for participation. The fellowship served as an aftercare and motivation to stay sober. The groups had not been established without the efforts of professionals. Public services, in this context, enthusiastic professionals, had an impact on whether a group was established across life problems or theme-based groups.

Conclusion: Self-organized self-help groups are a health-promoting and effective tool in mental health care. Professionals' involvement and efforts are of great importance when new groups are to be established.

Key words: Self-help, self-organized self-help groups, health promotion, salutogenese

DEL 1 INNLEDNING

Masterstudiet i Psykisk helsearbeid ved NORD universitet er en tverrfaglig videreutdanning med målsetting å utdanne helse- og sosialfaglig personell til å ivareta mennesker med psykiske helseplager som har behov for helsehjelp. Utdanningen har til hensikt å gi særlig kunnskap om relasjonsarbeid og brukerperspektiv. Utdanningen gir også trening i kritiske og analytiske ferdigheter for bruk i praktisk arbeid i det helse- og sosialfaglige feltet (Nord Universitet, 2016, 25.01).

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov varierer fra person til person. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats eller med støtte fra familie og nettverk, andre har behov for tjenester fra det offentlige i kortere eller lengre perioder. Denne oppgaven har til hensikt å undersøke hvordan nettverksstøtte i form av selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan bidra til at folk klarer å opprettholde eller gjenvinne god psykisk helse til tross for utfordringer og livsproblem.

1.1 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt i 5 deler. Del 1 redegjør for temaene psykisk helsearbeid, selvhjelp og selvhjelpsteori, relevant forskning på feltet, valgt teori knyttet til helsefremmende prosesser og til sist problemstillingen. I del 2 beskrives valg og gjennomføring av studien med bruk av kvalitativt forskningsintervju og fokusgruppe i tillegg til at jeg redegjør for hvor hvordan datamaterialet er analysert med systematisk tekstkondensering. Studiens funn er presentert i del 3. I diskusjonskapittelet, del 4, er det foretatt en kvalitetsvurdering av studien i tillegg til at valgt metode blir diskutert. Videre drøftes funnene opp mot blant annet forskningsspørsmålene, relevant teori og forskning på feltet som er presentert i del 1. Studien avsluttes i del 5 med oppsummerende konklusjon samt nye refleksjoner.

1.2 Psykiske lidelser – livssmerte - livsproblem

Livssmerte har til enhver tid hatt en sentral plass i menneskers eksistens. Psykiske lidelser er en smerte som påvirker våre evner til å forholde oss til andre, den hemmer evnen til å omgås, den rammer relasjonsevnen, og kan bidra til at vi havner på siden av livet. Psykiske lidelser

antas å være den største årsak til sykdomsbelastning i den vestlige verden i årene fremover. I følge helsedirektoratet (2014a) har om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller et rusmiddelproblem. Alvorlighetsgrad, kompleksitet og behov for tjenester varierer fra person til person. I løpet av de siste 50 årene er antall sykdommer i det psykiatriske diagnosesystemet tredoblet. Det stilles spørsmål om vår forståelse av hva som er normalt er snevret inn og om vår vestlige terapeutiske kultur undergraver motstandskraft og toleranse for lidelser. Jo flere diagnoser, jo flere tilstander er i behov av profesjonell behandling (Brinkmann, Holthe, & Røen, 2015; Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, Maizels, & Engell, 2010).

Inngangsbillett for deltakelse i selvhjelpsgrupper er mennesker som har et problem - «noe i livet» det er behov for å gjøre noe med. Det kan være dagligdagse smertefulle følelser og opplevelser som angst, utbrenthet, sorg, rusproblem, kreft, samlivsbrudd, utfordringer på jobben med mere.

1.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et samlebegrep for den faglige og praktiske innsatsen i møtet med mennesker med psykiske lidelser og innebærer et mangfold som foregår på mange arenaer. Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og hjelpetiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse.

Tidsskriftet for psykisk helsearbeid definerer psykisk helsearbeid som

«et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt å påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø».

(Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008), s 102.

Min forståelse av psykisk helsearbeid er inspirert av fagbokforfatterne Bøe og Thomassen som beskriver psykisk helsearbeid som et etisk prosjekt for gode mellommenneskelige møter og arbeidsformer der relasjoner og dialoger levendegjøres. Forfatterne antyder dialogen som

et nytt paradigme i psykisk helsearbeid og har som grunnforståelse at mennesket må forstås i lys av det mellommenneskelige møtet, de mellommenneskelige relasjonene og i lys av det som skjer mellom mennesker. Det vi kaller psykiske lidelser har sammenheng med mellommenneskelige forhold, eller mangel på mellommenneskelige relasjoner. Virkeligheten skapes og gjenskapes gjennom dialog og det er i de mellommenneskelige møtene mulighetene for endring kan skje. Bøe og Thomassen beskriver de etiske kvalitetene i møter mellom mennesker som bærende i psykisk helsearbeid og bruker begrepet etisk språk. Det etiske språk beskrives som åpent, dialogisk og inkluderende med mulighet for nærhet, nyanser og detaljrikdom (Bøe & Thomassen, 2007).

1.4 Selvhjelp

Selvhjelp i betydningen gjensidig hjelp har eksistert til alle tider. I vanskelige situasjoner har mennesker slått seg sammen for å avverge farer eller samarbeidet om felles interesser. Gjensidig hjelp var i tradisjonelle samfunn basert på nærhet og slektskap, de som bodde i samme nabolag eller arbeidet sammen var med i foreninger og laug. Dagens selvhjelp er tuftet på det motsatte og kan forklare som et forsøk på å kompensere for avtagende tradisjonelle sosiale nettverk (Matzat, 1992b). Selvhjelp beskrives som en «moderne» form for kollektiv organisering hvor folk som ellers er fremmede for hverandre kommer sammen for å finne løsninger eller mestre vanskeligheter i fellesskap. Kulturelle og verdimeslige endringer i samfunnet i form av større oppmerksomhet og vektlegging av de mer eksistensielle og psykososiale sider ved tilværelsen, fremheves som viktige faktorer for å forklare selvhjelpsorganiserings fremvekst. Det er i dag større åpenhet og legitimt å snakke om problemer og grensen mellom det offentlige og private er endret. Temaer som tidligere var forbeholdt det private er i økende grad blitt offentlig (Hjemdal, Nilsen, Seim & Ribe, 1998).

Selvhjelpsgruppebevegelsen innen helsevesenet startet i USA på midten av 30-tallet med Anonyme Alkoholikere – AA - som en motsats til den dominerende avholdsbevegelsen, og ble etablert i Norge like etter krigen (Feiring, 2014; Matzat, 1992a). Utover 70 og 80 tallet kom flere selvhjelpsvirksomheter til med Angstringen som den ledende. Angstringen kan knyttes til ideologier fra frigjøringsbevegelse og kvinnefrigjøring. Med bakgrunn i erfaringsbasert kunnskap fra arbeid i Angstringen Oslo ble stiftelsen Norsk Selvhjelpsforum etablert på slutten av 1990-tallet (Feiring, 2014) med målsetting om å spre og videreutvikle selvhjelpsfilosofi og metode for å utnytte selvhjelp som ressurs i det helsefremmende arbeid

(Norsk Selvhjelpsforum, 2000). I dag er stiftelsens formål å være en kunnskapsleverandør og et nasjonalt kompetanse- og ressurscenter for bruk av selvhjelp, og har fra 2006 drevet senteret Selvhjelp Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet. Selvhjelp Norge har hovedsete i Oslo i tillegg til 7 distriktskontor spredt over hele landet. Arbeidsområdet er informasjonsarbeid og kunnskapsformidling om selvhjelp. De samarbeider med en rekke lokale bruker- og interesseorganisasjoner, frivillighetsentraler, frikslivssentre, lærings- og mestringssentre, høyskoler og universitet m.m. om opplæring og igangsetting av selvhjelpsgrupper. Flere kommuner har etablert egne sentre for selvhjelp og mestring, såkalte LINK, som tilrettelegger for at selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan komme i gang (Helsedirektoratet, 2014b).

1.5 Selvhjelp som helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid

Selvhjelp som verktøy ble første gang introdusert i folkehelsemeldingen Resept for et Sunnere Norge (St.meld nr. 16 (2002-2003)) som et av flere bidrag for å forebygge psykiske lidelser og fremme god helse. Gjennom Nasjonal plan for selvhjelp har utviklingen av selvhjelpsfeltet vært et stort satsingsområde i Norge de siste 10 årene. Planens hovedmål er å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp samt å bidra til at selvhjelp som verktøy kan brukes i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere (Helsedirektoratet, 2014b; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Planen peker på de store folkehelseutfordringene velferdssamfunnet står overfor og behovet for balanse mellom fellesskapets ansvar for befolkningens helse og den enkeltes ansvar for egen helse.

I forskningslitteraturen omtales Selvhjelp som en kollektiv virksomhet som utspilles i skjæringspunktet mellom den sivile og offentlige sfære hvor virksomheten på den ene siden er definert og organisert gjennom en form for selvstyring, samtidig som nettverksorganisering, kunnskapsutvikling og informasjonsspredning mottar faglig og økonomisk støtte fra det offentlige (Feiring, 2014). I følge Hjemdal (1998) inngår selvhjelp som en del av det sivile samfunns velferdsproduksjon.

Helsedirektoratet (2014a) omtaler selvhjelpsgrupper som et bruker-basert støttende fellesskap som kan bidra til mestring i hverdagen og anmoder tjenesteapparatet om å informere om og oppmuntre brukere med rusmiddelrelaterte eller psykiske helseproblemer til å opprette kontakt med brukerorganisasjoner, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige

organisasjoner. I veileder for kommunale frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2013) er både veiledet og selvorganisert selvhjelp nevnt som aktuelle verktøy i det helsefremmende og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Rent konkret handler det om henvisning til selvhjelpsmateriell, informasjonsarbeid og tilrettelegging for etablering av selvhjelpsgrupper. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten anbefaler at pasienter, pårørende og omsorgspersoner gis informasjon om selvhjelpsgrupper, støttegrupper og lærings- og mestringssentre samt lokale selvhjelpsgrupper som behandlere kan henvise til (Helsedirektoratet, 2009).

Et grunnleggende prinsipp i selvhjelpsarbeidet er at arbeidet drives på initiativ fra menneskene det gjelder og som har et problem. Selvorganisert selvhjelp skal derfor ikke være en del av det offentlige tjenestetilbud, men kan sees på som et supplement, en viktig læringsprosess som kan støtte opp under behandling. Frivillighetssentral, frisklivssentral, frivillige organisasjoner, NAV og andre instanser har sentrale roller som informatører, pådrivere og tilretteleggere for at selvorganisert selvhjelp kan finne sted. For at selvhjelpsarbeidet skal bli en naturlig del av det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet er det et mål at selvorganisert selvhjelp inkluderes som en del av utdanningsløpet for relevante yrkesgrupper (Helsedirektoratet, 2014b).

1.6 Selvorganiserte selvhjelpsgrupper

Selvorganiserte selvhjelpsgrupper er lederløse grupper med tydelig struktur og rammer. Inngangsbilletten er et livsproblem hvor gruppa benyttes som verksted for bearbeiding av livsproblem i fellesskap. Arbeidsformen kan minne om ulike behandlingsformer men det er vesentlig forskjell sammenlignet med gruppebaserte psykoterapier i og med behandlerens tilstedeværelse, lederrolle og fortolkningsmakt (Brottveit & Feiring, 2014). Deltakelse i selvorganiserte selvhjelpsgrupper har som målsetting å skape en forandring i egen situasjon ved hjelp av egen innsats og omfatter ulike aktiviteter, fra små, uformelle grupper med mer eller mindre organisert virksomhet, til større, formelle organisasjoner. Noen grupper oppstår spontant, igangsatt av deltakerne selv, mens andre er startet av offentlige instanser eller frivillige organisasjoner. Felles problem, gjensidighet, autonomi og erfaringsbasert kunnskap er sentrale kjennetegn for selvhjelpsvirksomhet. Felles problem avgrenser selvhjelp fra andre lignende kollektive hobby- og fritidsaktiviteter. Gjensidighetsprinsippet, det at det ikke er noe skille mellom den som mottar hjelp og den som blir hjulpet, avgrenser selvhjelp fra annen

frivillig og humanitær virksomhet. Gruppenes autonomi skiller selvhjelpsgrupper fra profesjonelt ledet gruppearbeid. Det er deltakerne selv som avgjør innhold og aktiviteter, og arbeidsformen i den gjensidige hjelpen bygger på egne erfaringer (Hjemdal et al., 1998).

1.7 Selvhjelpsmetodikk

Feiring (2014) hevder at selvhjelp både er en metode og et verktøy for å fremme brukermedvirkning og styrking av befolkningens psykiske helse. Det å erkjenne sitt problem og så ta et valg om å tørre å gå videre, er utgangspunktet for all selvhjelp (Berge & Repål, 2000). Stikkord for selvhjelp er problem, prosess, aktiv deltagelse, gjensidighet, egne erfaringer, motivasjon, eget valg og forandring. Målsettingen er endring i ønsket retning. Fokus handler om å endre seg selv – ikke «de andre». En søker ikke årsaksforklaringer eller plassering av skyld. Kunnskap tilføres ved mobilisering av egne kunnskaper, erfaringer og evner til samspill med andre (Godager & Talseth, 2013). Selvhjelp beskrives som et arbeidsredskap for bearbeiding av egne problem hvor mennesker med et opplevd og erkjent problem kommer sammen med andre og utvikler et arbeidsfellesskap hvor enhver har ansvar for sin egen deltakelse (Eidheim, 2000). Selvhjelp handler om hvordan fellesskap med andre kan gi styrke og mulighet til å mestre en tøff tilværelse og kan forstås som et instrument for personlig og eksistensiell utvikling (Hjemdal et al., 1998).

Norsk selvhjelpsforum definerer selvhjelp slik:

«Selvhjelp er å ta utgangspunkt i opplevelsen av eget problem, gå inn i en prosess sammen med andre, for gjennom denne å erverve innsikt som aktiverer bruk av egne erfaringer for å oppnå forandring» (Selvhjelp Norge, 2016b, 18.08).

Hjelpeprosessen

I den selvorganiserte selvhjelpsgruppa er alle både hjelpere og hjelpemottakere. Tradisjonelle humanitære og frivillige hjelpeformer har mange fellestrekk med selvhjelpsvirksomhet. Det viktigste skillet er forståelsen av hjelpeprosessen. I hjelpeprosessen i tradisjonell lineær forstand er forholdet mellom hjelper og hjelpesøker klar, hvor det som blir etterspurt er hjelp i form av råd, veiledning og støtte. Selvorganisert selvhjelp innebærer en sirkulær forståelse av hjelpeprosessen, hvor «hjelpen» inngår i et samspill mellom deltakerne basert på gjensidighet og felles erfaringer og hvor hjelpeprosessen enten vil oppheves eller transformeres til en relasjon grunnlagt på det gjensidige forholdet som utvikles mellom deltakerne.

Arbeidsprosessen er basert på gjensidige relasjoner hvor deltakerne må være villige til å inngå et fellesskap basert på motivasjon og vilje til å engasjere seg, vilje til å dele og lytte til hverandres erfaringer og evne til empati og innlevelse i hverandres situasjon.

God kjemi, en viss grad av felles ideologi og enighet om selvhjelpens særegne karakter er viktig for å få dette til (Hjemdal et al., 1998).

Kunnskapsgrunnlag

I motsetning til profesjonell kunnskap som er fundert på teori og empiri, er kunnskapsgrunnlaget i selvorganisert selvhjelp erfaringsbasert. Kunnskap og forståelse av problemet utvikles ved at deltakere formidler erfaringer gjennom utvikling av bevissthet og forståelse i samhandlingen i gruppa. Metoden er erfaringsutveksling med hensikt å oppmuntre til nye fakta, nye spørsmål eller nye måter å forstå ting på. Alle er velkomne til å dele sine erfaringer, og deltakerne oppmuntres til å være personlige, bruke egen erfaringsbakgrunn, formidle egne følelsesmessige reaksjoner og benytte en kommenterende form uten preg av kritikk eller velmenende råd. Forandringsprosessene kan være vanskelige og langvarige og kan for utenforstående oppleves som kaotiske og problematiske prosesser (Brottveit & Feiring, 2014; Hjemdal et al., 1998). Gruppen skal være et sted å øve seg på å drive selvhjelp, trygge seg selv i samhandling med andre. Ulikhet skaper dynamikk i gruppa og bringer med seg forskjellig erfaring hvor respekt for hverandres virkelighet er avgjørende. Målet med arbeid i selvhjelpsgrupper er å jobbe her og nå og fremover, ikke dvele ved fortiden. Sentrale stikkord for samtalen er erfaringsutveksling om egne opplevelser, aktiv lytting og åpenhet (Godager & Talseth, 2013).

Autonom gruppeform

I en selvhjelpsgruppe er det ingen leder og ingen profesjonelle hjelpere. Alle er deltakere og alle har ansvar. Selvorganisert selvhjelp krever selvstendighet og vilje til å ta felles ansvar for gruppas struktur og utvikling. Gruppeformen er selvstyrt, uavhengig og selvstendig. (Hjemdal et al., 1998). I følge Matzat (1992a) er det bare en veldig liten del av de som trenger hjelp som får tilgang til selvhjelpsgrupper. Prinsippet om lederløse grupper og det høye motivasjonsnivået, representerer høye krav til deltakerne og mange vil miste motivasjonen og falle fra etter få samlinger. Han fremhever at det er en fordel at deltakerne har erfaring fra og deltatt i psykoterapeutisk behandling eller en slags form for gruppevirksomhet tidligere da de lettere vil godta selvhjelpsgruppas forhåndsbetingelser.

Anonymitet

Anonymitetsregelen anses som en forutsetning for at mange vil våge å delta og snakke åpent om sine problemer. Nære relasjoner mellom deltakere eller at gruppa danner utgangspunkt for sosiale aktiviteter sammen anbefales ikke (Brottveit & Feiring, 2014). Taushetsplikten er med på å skape den tryggheten som gjør det mulig å arbeide i en selvhjelpsgruppe (Godager & Talseth, 2013).

Selvhjelpsagenter

Selvhjelpsarbeidet er avhengig av lokale foregangsmenn – såkalte selvhjelpsagenter hovedsakelig knyttet til igangsetting. Etablering og drift av selvhjelpsgrupper kan organiseres innenfor interessepolitiske organisasjoner som har selvorganisert selvhjelp som en del av sine aktiviteter. Noen grupper kommer i stand som et samarbeid mellom ulike frivillige organisasjoner innen helse- og sosialsektoren, gjerne i samarbeid med en frivillighetssentral eller etter kurs, f.eks. ved et lærings- og mestringssenter (Godager & Talseth, 2013).

De profesjonelles rolle i oppstartsfasen skal kun være som konsulenter eller rådgivere. De skal ikke blande seg inn i gruppas indre anliggender og dømme hvorvidt gruppa gjør feil, går i feil retning eller bruker «feil» metode (Matzat, 1992a). Dette begrunnes med at fagfolk eller utenforstående deltar på andre premisser enn øvrige deltakere og det kan være vanskelig for disse å la være å styre aktivt eller bidra med profesjonelt baserte løsningsmodeller, tiltak som vil kunne skape ubalanse i gruppa. Dialogen vil preges av at den profesjonelle bærer med seg en annen autoritet og andre forventninger inn i samtalen, deltakelse som ikke er basert på eget behov for hjelp (Hjemdal et al., 1998). Lærings- og mestringssenteret, offentlig rusklinikk og A-larm Norge (A-Larm, 2017, 16.04) har vært lokale selvhjelpsagenter til gruppene som deltok i mitt materiale.

1.8 Terapeutiske prinsipper og selvhjelp

Gruppeterapi tar på alvor at mennesker er sosiale og relasjonelle vesener, og har sitt utgangspunkt i at mennesket ikke bare forholder seg til andre enkeltmennesker alene, men til grupper av andre. Målet er å omsette kunnskap om mennesker og grupper til samhandling som kan hjelpe gruppemedlemmer til å kjenne trygghet, tilhørighet og fellesskap med andre, og til å høste positive erfaringer som delvis kan kompensere for negative opplevelser i andre grupper. Prinsipper for vekst i grupper er et ikke-hierarkisk og inkluderende fellesskap. Ubetinget varme, ekthet og empati beskrives som virksomme kvaliteter i en terapeutisk

gruppeprosess, likeledes at deltakernes behov for trygghet, mening og tilhørighet oppleves ivaretatt. Argumenter for å jobbe i gruppe er å styrke og bygge opp om en positiv selvoppfatning sammen med andre mennesker hvor samhold, medansvar og psykologisk støtte kan gi den enkelte uante krefter og pågangsmot. Uansett hva slags problem det settes ord på i en gruppe vil det alltid være noen i gruppen som har kommet litt lenger eller som kan se problemstillingen fra en annen synsvinkel (Kjølstad, 2004).

I selvorganiserte selvhjelpsgrupper hjelper deltakerne hverandre uten profesjonelle behandlere. Alle er eksperter i eget liv og gruppeaktiviteten er basert på erfaringsutveksling og gjensidig støtte med livsproblem som inngangsbillett for deltakelse. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper er ikke definert som terapi- eller behandlingsgrupper, men deltakelse kan ifølge Kjølstad ha terapeutisk effekt i form av personlig vekst, forandring og utvikling. Opplevelse av meningsløshet og fortvilelse kan reduseres når den deles med andre i fellesskap, det kan lette byrden og bidra til endringer i positiv retning. Kjølstad (2004) beskriver eventuelle terapeutiske effekter i selvhjelpsgrupper som «positive bivirkninger» ettersom målsetting er noe annet enn behandling

Psykologen Jurgen Matzat (1992a) omtaler selvhjelpsgrupper som grunnleggende psykosial terapi som kan dekke en komplementær funksjon etter eller samtidig med profesjonell behandling. Han utdyper dette med at deltakere i selvhjelpsgrupper er mennesker med en middels grad av lidelse som ikke lenger greier å fortrenge problemene samtidig som problemene ikke gjør dem håpløse eller hjelpeløse. Han hevder at selvhjelpsgrupper for mange kan være et alternativ til profesjonell terapi og betegner selvhjelpsgrupper som et identitetsverksted for å bygge opp selvfølelse. Han skiller mellom spesifikke og ikke-spesifikke virkninger av selvhjelpsgrupper. Reduksjon av depresjonsnivå, økning i autonomi og selvbevissthet, økt antall sosiale kontakter, forbedrede sosiale ferdigheter og en reduksjon i psykosomatiske symptomer fremheves som spesifikke virkninger av selvhjelpsgrupper. Ikke-spesifikke effekter kan være generell sosial aktivisering, overvinnelse av ensomhet og isolasjon, etablering av nye forhold og forsterket evne til å utvikle forhold – effekter som like gjerne kan oppnås ved andre former for sosiale nettverk. Forutsetning for å lykkes er regelmessig deltagelse over en lengre periode.

1.9 Forskning på feltet

Selvhjelpsgrupper og psykisk helse

En engelsk metaanalyse fra 2004 (den Boer, Wiersma, & van den Bosch) undersøkte hvorfor selvhjelp blir oversett som behandlingsmetode for mennesker med nedsatt stemningsleie.

Forskerne fant at det hovedsakelig er sosiologer som har forsket på selvhjelpsgrupper, og at disse benytter andre forskningsdesign enn medisinene. Dette har ført til mangel på kontrollerte, randomiserte studier, noe som igjen har diskvalifisert selvhjelpsgrupper fra kategorien evidensbasert medisin/ behandling.

Dette bekreftes i en systematisk litteraturstudie utført av Kunnskapscenteret (Loland, 2006) som fant få randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekter av selvhjelpsgrupper. Rapporten konkluderte med at det er behov for mer forskning på feltet som undersøker effekter av selvhjelpsgrupper, samt fokuserer på mekanismene og prosessene i selvhjelpsgruppene for på den måten å forstå fenomenet.

En systematisk litteraturstudie fra England (Pistrang, Barker, & Humphreys, 2008) fant lovende, men begrenset støtte for at mennesker med kroniske psykiske lidelser som angst, depresjon og sorg styrket sin psykososiale helse gjennom deltakelse i selvhjelpsgrupper. 7 av de 12 studiene som oppfylte inklusjonskriteriene rapporterte positive endringer, hvorav 2 randomiserte studier viste samme effekt av selvhjelpsgrupper sammenlignet med vesentlig mer kostbar profesjonell behandling. 5 av studiene fant ingen forskjell mellom selvhjelpsgrupper og andre. Ingen av studiene viste negative effekter. Forfatterne konkluderte med at det er behov for å gjennomføre flere studier av høy kvalitet for å evaluere effekten av selvhjelpsgrupper innen psykisk helse.

NIBR, Norsk institutt for by- og regionforskning, har gjennomført et større forskningsprosjekt som skal bidra til kunnskaps- og metodeutvikling på selvhjelpsfeltet. Brottveit & Feiring (2014), drøfter deltakererfaringer fra norske selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Forskningen sammenligner to modeller for selvorganisert selvhjelp, Selvhjelp Norge og Anonyme alkoholikere. Videre sammenlignes disse med behandlingsformer som gjør bruk av grupper. Prosjektet hadde til hensikt å rette søkelyset på hvilke terapeutiske mekanismer som antas å være virksomme i de ulike gruppetyperne i betydning i å utløse personlige endringsprosesser. Funn fra studien trekker frem anonymitet og gjensidighet som virksomme elementer i en selvhjelpsgruppe og introduserer begrepet «fortrolige fremmede» om mennesker som deltar i en selvhjelpsgruppe i et lokalsamfunn. Studien konkluderer med at det er fellestrekk mellom

behandlingsgrupper som nettverksmøte/terapi gruppe og selvorganiserte selvhjelpsgrupper når det gjelder vektlegging av gruppedynamikk, kommunikasjon mellom lekpersoner og kollektiv læring basert på det deltakerne bringer inn i gruppa gjennom sine historier og personlige utleveringer.

Selvhjelp og rus

Forskning viser at nettverksstøtte for rusavhengige, det vil si samvær med mennesker som ikke ruser seg eller har klart å rehabilitere seg fra rusavhengighet, har større sjanse for å lykkes i sin egen rehabilitering (Litt, Kadden, Kabelá-Cormier, & Petry, 2009).

Vederhus (2012) har undersøkt ansatte og pasienters holdning til og kunnskap om 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige og fant at det er potensiale for mer aktiv bruk av 12-trinnsgrupper i norsk sammenheng. Studien konkluderte med at ansatte trenger å høyne sitt kunnskapsnivå om de vanlig forekommende selvhjelpsgruppene og bli mer kjent med deres filosofi og praksis. Ved at ansatte i rusinstitusjoner motiverer pasienter til å delta i selvhjelpsgrupper som en del av sin vanlige behandlingsaktivitet, vil pasientenes deltagelse i slike fellesskap øke og deres langsiktige prognose vil kunne bedres.

Selvhjelp og helsefremming

En forstudie i Angstringen beskriver deltakere i selvhjelpsgrupper som mennesker med svært ulike livssituasjoner og sykdomshistorier. Bedring av hverdag og større livsutfoldelse med tro på egne ressurser og muligheter trekkes frem som effekter av deltakelse i selvhjelpsgrupper (Eidheim, 2000).

En engelsk studie blant 68 kreftsyke med minoritetsbakgrunn (Avis, Elkan, Patel, Walker, Ankti & Bell, 2008) fant at verdien av å delta i selvhjelpsgrupper er opplevelse av fellesskap, gjensidighet og læring av hverandre. Deling av erfaringskunnskap kan hjelpe deltakerne til å finne mening og sammenheng til livshendelser. Studien konkluderte med at det er viktig å legge til rette for at folk finner selvhjelpsgrupper som passer for den enkelte.

Agderforsknings prosessevaluering av selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid fant at deltakerne hadde positive erfaringer med deltakelse selvhjelpsgruppe.

Suksessfaktorene med selvhjelpsgruppa syntes i all hovedsak å handle om homogenitet, tillit og klare strukturelle rammer. Selvhjelpsgruppa syntes å bidra indirekte med å styrke brukerperspektivet og brukervedvirkningen i arbeidet med individuell plan (Kvamme & Nilsen, 2011).

Høgskolen i Nord-Trøndelags prosjekt «Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper» fant at deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til opplevelse av positiv helse gjennom å få en sammenheng i livet, tilhørighet, emosjonell styrke, innsikt, og at smerter og vansker blir tålelige. Samspillet mellom deltakerne er avgjørende. Studien fant videre at selvhjelpsarbeid kan resultere i Empowerment ved å bidra til endringsarbeid for mestring av sykdom eller funksjonsnedsettelse (Hedlund & Landstad, 2011).

En masteroppgave fra høyskolen i Hedmark med tema Selvhjelp i et folkehelseperspektiv, definerte selvorganiserte selvhjelpsgrupper som et mentalt treningsstudio og fremhevet at tilrettelegging for Selvorganisert Selvhjelp i lokalsamfunnet kan bidra til å skape økt fokus og aksept for menneskers mentale helse (Majormoen, 2013).

Oppstart og rekruttering til selvhjelpsgrupper

Hasle og Risstubben (2007) fant i sitt prosjekt at pårørende til pasienter i psykiatrien er positive til bruk av selvhjelpsgrupper. Likeverdighet i gruppa, gjenkjenning i de andre, tid og vilje til å jobbe med problemet fremheves som sentrale faktorer for å få til et vellykket selvhjelpstilbud. Forfatterne konkluderte med at det er sårbart og uforutsigbart å overlate selvhjelpsarbeidet for pårørende kun til det frivillige feltet og mener at det offentlige helsetilbudet må ta rollen som pådrivere, ta ansvar for rekruttering samt hjelpe til med gode gruppesammensetninger i selvhjelpsarbeidet. Prosjektet hadde til hensikt å skaffe kunnskap om belastninger, mestring og selvhjelp blant pårørende innen psykiatrien.

Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU har evaluert hvorvidt selvhjelpsgruppe som metode er et hensiktsmessig oppfølgingstilbud etter et ordinært behandlingstilbud til personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Jakobsen og Lillefjell (2011) fant at selvhjelpsgruppa hadde vært til hjelp for den enkelte i dagliglivet men fant ikke grunnlag for at selvhjelp som metode passer for alle. Gruppedynamikken, hvilken informasjon deltakerne hadde fått på forhånd samt igangsetters bistand i oppstartsfasen var faktorer som hadde betydning for hvorvidt deltagerne valgte å delta eller ikke.

Et annet delprosjekt gjennomført av NIBR beskriver arbeid og erfaringer med etablering og igangsetting av selvhjelpsgrupper. Rapporten peker på at igangsetting av selvhjelpsgrupper forutsetter personlig motivasjon og fremhever to hovedfaktorer som har betydning for at grupper blir satt i gang. Den ene er hvordan igangsettere har fått kjennskap til selvhjelp og tilegnet seg kunnskap for å starte opp gruppe. Den andre faktoren er hvorvidt igangsetter er i posisjon til å sette i gang grupper, relatert til arbeidssituasjon eller funksjon i frivillig arbeid.

Støtte fra ledelse, fleksibel arbeidssituasjon og samarbeid med andre igangsettere er momenter som trekkes frem. Når det gjelder informasjonsarbeid for rekruttering til grupper har måten selvhjelp presenteres på stor betydning. Personifisering med for eksempel oppslag eller intervju med konkrete personer i lokalpresse/media antas å være mer virkningsfullt enn plakater og annonser. Rapporten belyser videre forhold som påvirker selvhjelpsgruppers levedyktighet, alt fra praktiske forhold som reiseavstand, møtetidspunkt og hyppighet, til kunnskap og forventninger om hva en selvhjelpsgruppe er og skal være. Kjønn og alder trekkes fram som viktige faktorer for gruppas dynamikk. Rapporten belyser også ulike erfaringer med temabaserte grupper eller grupper på tvers av problematikk (Gotaas, 2012).

1.10 Helsefremmende teori

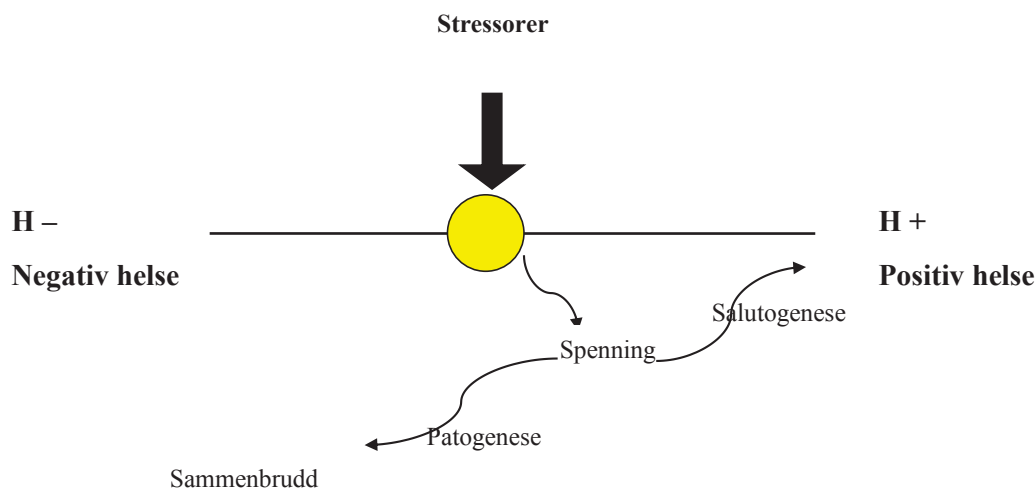
Jeg har gjennomført studien ut fra et ønske om å utforske fenomenet selvorganisert selvhjelp som et helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid. Teoretisk vil jeg forklare helsefremmende arbeid ut fra et salutogent perspektiv.

Salutogense

Fagområdet salutogenese er kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer helse og motvirker risikoen for sykdom (Skårderud et al., 2010). Ved å innta en salutogen tilnærming retter vi oppmerksomheten mot faktorer som fremmer helse, i motsetning til patogenese som ser på forhold som forårsaker sykdom. Salutogenese ser på forhold som forklarer sunnhet og helse, hvordan det har seg at noen klarer å opprettholde eller gjenvinne god helse til tross for store utfordringer og livsproblem. Det endelige målet for helsefremmende aktiviteter er å legge til rette for et godt liv.

Salutogen tenkning ble introdusert av sosiologen Antonovsky på 1970-tallet som i forbindelse med et forskningsprosjekt ved en tilfeldighet ble oppmerksom på en liten andel kvinner som var ved rimelig god psykisk helse til tross for at de hadde opplevd umenneskelige påkjenninger i konsentrasjonsleirene under den 2. verdenskrig. Funnene inspirerte til utarbeidelse av den salutogene modell hvor han stilte spørsmålene: «Hvordan kan det ha seg at noen over hodet klarer det?» og «Hvordan kan vi forklare sunnhet i stedet for sykdom?» (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Salutogen tenkning ser på mennesket i lys at et kontinuum mellom helse og uhelse og søker å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt befinner seg til enhver tid. Antonowsky illustrerte helsekontinuumet som en horisontal linje mellom den subjektive opplevelsen av dårlig helse (H-) og den subjektive opplevelsen av god helse (H+). *Figur 1.*



Figur 1 Helsekontinuumet mellom helse og uhelse

Figuren forklares slik:

Vi mennesker befinner oss til enhver tid et eller annet sted på denne linjen hvor vi samtidig kan ha både positive og negative helsekomponenter. Daglig utsettes vi for stressorer som kan påvirke oss slik at vi opplever spenning. Enten blir vi overmannet av patogene krefter og bryter sammen, eller så opprettholder eller gjenvinner vi vår gode helse ved hjelp av salutogenese og beveger oss i retning av Helse. Det salutogene perspektivet retter oppmerksomheten mot alt som går i retning av helseenden (H+) av kontinuumet (Lindström, Eriksson, & Sjøbu, 2015).

I følge Bøe og Thomassen (2007) bryter en slik forståelse med forestillingen om at mennesker med psykiske lidelser er rammet av «noe», en sykdom eller liknende, som gjør deres psykiske helse kvalitativt annerledes enn «det normale». Alle har vi en psykisk helse og denne psykiske helsen befinner seg til enhver tid på et eller annet sted på spekteret mellom god og dårlig psykisk helse. I løpet av livet beveger vi oss opp og ned på dette spekteret.

En kunnskapsoppsummering fra NAPHA (Langeland, 2014) peker på at kunnskap om salutogenese kan kaste lys over hvordan helse kan forstås og anvendes i psykisk helsearbeid og fremhever viktigheten av at fagpersonell har kunnskap om hvordan salutogene tilnæringer virker, og faktorer som kan fremme og hemme implementering av en slik tilnærming.

Mestringsressurser

Det salutogene perspektivet retter seg mot mestringsressurser, såkalte helsebringende buffere. I salutogen tilnærming anses stressfaktorer å være potensielt helsefremmende i motsetning til patogen tilnærming hvor stress anses å være sykdomsskapende.

Skjematisk illustreres forskjellen på salutogen og patogen tilnærming slik:

	Salutogenese	Patogenese
1	Mennesket befinner seg på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse	Mennesket klassifiseres som enten friske eller syke.
2	Kartlegger hele personens historie og opplevelse	Ensidig fokus på diagnose
3	Motstandsressurser / helsefremmende faktorer	Minimere risikofaktorer
4	Spennning og stress er potensielt helsefremmende	Stress er potensielt sykdomsskapende
5	Aktiv tilpasning til et miljø der det finnes stressfaktorer over alt.	Rett kur basert på rett diagnose

- 1- Helsekontinuum: Det salutogene perspektivet bygger på kunnskap om helse og hvordan helse kan økes. Hovedmålet er å styrke og fremme helse. Personer som evner å bruke tilgjengelige motstandsressurser vil ifølge salutogen tenkning overvinne stressfaktorer og bevege seg mot helseenden av kontinuumet.
Metaforen livets elv er sentral, helse handler om å «svømme på best mulig måte».
- 2- Historien og erfaringer viktig: I salutogent arbeid rettes oppmerksomheten mot hele personens livssituasjon og erfaring i samspill med omgivelsene. Å forholde seg til personer på denne måten, fremfor et ensidig fokus på diagnose, kan bidra til alminneliggjøring og avstigmatisering, noe som i seg selv er helsefremmende.
Ved å vektlegge det erfaringsnære vil mestringshistorier komme frem.
Å dele mestringshistorier kan ha stor betydning for den enkelte ved å bidra til å skape mening og sammenheng om seg selv, optimisme og tillit til egen styrke.

- 3- Helsefremmende faktorer: Salutogen tilnærming handler om å tilføre positive handlinger, muligheter og betingelser, i motsetning til patogen tilnærming hvor man har fokus på å eliminere risikofaktorer. Helse handler om mer enn fravær av eller å ha få risikofaktorer. Tilstedeværelse av helsefremmende faktorer bidrar direkte til helse. For å ha helse må helsefremmende faktorer være til stede og benyttes. Bevisstgjøring av hver enkeltes helsefremmende faktorer er grunnleggende. Risikofaktorer vil alltid være tilstede, men investering av helsefremmende faktorer kan gi bedre helse.
- 4- Stress: I salutogen teori forstås stressfaktorer som naturlig stimuli og potensielt helsefremmende. Stress skaper behov for endring, først på det kognitive planet, deretter på det atferdsmessige og sosiale plan. Ved å akseptere spenning og stress som et naturlig element kan folk utvikle seg ved å fokusere på hva som er passende utfordringer for den enkelte framfor å unngå det.
- 5- Aktiv tilpasning: Salutogenese henvender seg til alle som er opptatt av å forstå og fremme menneskets evner til aktiv tilpasning. Aktiv mestring beskrives som en prosess hvor personen fokuserer på sin egen situasjon på en fleksibel, tilpassningsdyktig og fremtidsrettet måte i et miljø hvor stressfaktorer er tilstede hele tiden. Aktiv tilpasning er sentralt ved styrking av menneskets evne til å håndtere daglige detaljer i egen helsesituasjon.

(Antonovsky & Sjøbu, 2012; Langeland, 2014)

Opplevelse av sammenheng OAS

Sentralt for salutogenese er begrepet OAS – opplevelse av sammenheng – hvor de 3 komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er avgjørende for at personer bevarer sin plassering på kontinuumet og eventuelt beveger seg i retning av helseenden (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Opplevelse av sammenheng beskrives som en livsinnstilling, en måte å tenke, være og handle på og kan betraktes som en mestringsressurs som gjør individet i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse forskjellige problemer eller håndtere hendelser i livet. Personer med en sterk OAS opplever at livet er preget av sammenheng, at det er begripelig, håndterbart og meningsfylt, faktorer som igjen bidrar til ulike grader av mestring, helse og velvære (Langeland, 2014; Lindström et al., 2015).

Antonowskys svar på det salutogene spørsmålet «Hvordan kan vi forklare bevegelse mot helseenden på kontinuumet mellom helse og uhelse?» er at Opplevelse av sammenheng bestemmer hvordan vi mestrer hverdagens stress på en måte som ikke bare opprettholder helsen, men også fremmer den (Langeland, 2014).

OAS er en mestringsressurs som dreier seg om å håndtere stress og belastninger når livsproblem oppstår. Eksempler på livsproblem kan være sykdom, skilsmisse, seksuelt misbruk, mobbing, vold og krig. I følge Lindstrøm og Eriksson (2015) har mennesker som utvikler en sterk OAS tendens til å velge positive levevaner, de takler stress og negative livshendelser og oppsummerer at sterk OAS beskytter mot angst, depresjon og utbrenthet. Arbeidslivsundersøkelser viser at sterk OAS har helsefremmende effekt særlig relatert til håndtering av jobbrelatert stress. Innen kreftforskning er sterk OAS forbundet med høy livskvalitet (Lindstrøm et al., 2015).

Generelle motstandsressurser

Antonovsky beskriver motstandsressurser som fenomener som skaper komplekser av livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning. Meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner er generelle motstandsressurser som må være på plass for å kunne utvikle en sterk opplevelse av sammenheng (Lindstrøm et al., 2015). I følge Antonovsky fungerer sosial støtte som en buffer som har direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

1.11 Problemstilling - selvhjelp som helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid

Jeg har nå redegjort for selvhjelp som metode i psykisk helsearbeid og relatert dette til helsefremmende teori. Som nevnt innledningsvis er hensikten med prosjektet å undersøke hvordan nettverksstøtte i form av selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan bidra til at folk klarer å opprettholde eller gjenvinne god psykisk helse til tross for utfordringer og livsproblem. Min motivasjon for arbeidet har vært å undersøke hvordan selvorganisert selvhjelp kan løftes frem som helsefremmende ressurs i psykisk helsearbeid. Mitt utgangspunkt er forståelsen av mennesket som sosialt og relasjonelt vesen. Behovet for tilhørighet til andre mennesker er grunnleggende for alle. Vår selvoppfattelse og identitet skapes, utvikles, opprettholdes, forandres eller brytes ned i relasjoner. Gjennom hele livet strever vi med å finne oss til rette i ulike gruppesammenhenger, i familien, blant venner, på arbeidsplasser og andre organiserte gruppefellesskap. Mennesker som sliter med psykiske plager føler seg ofte ensomme og på siden av det mellommenneskelige fellesskap (Kjølstad, 2004). Selvhjelp bygger på erkjennelsen av at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres, gjenerobres og mobiliseres når livsproblemer oppstår.

I følge Helsedirektoratet handler selvhjelpsarbeidet om å ta disse ressursene i bruk for å oppnå økt mestring (St.meld nr. 34 (2012-2013), 2013, s. 57). Selvorganiserte selvhjelpsgrupper beskrives som øvingsverksted for sosial samhandling i det virkelige liv hvor det utvikles en kollektiv kunnskap gjennom prosessene deltakerne gjennomgår sammen som gruppe (Brottveit & Feiring, 2014). Grappa er et sted å trygge seg selv i samhandling med andre, selvhjelpsgruppa er verkstedet, selvhjelp er verktøyet (Godager & Talseth, 2013).

Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å utforske helsefremmende prosesser i selvorganiserte selvhjelpsgrupper hvor jeg som forsker søker kunnskap om menneskers opplevelser og erfaringer av å delta i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Fenomenet jeg skal undersøke er selvhjelpsgruppe som verktøy for mestring av livsproblem.

Forskningsspørsmålene jeg stiller er:

- 1) Hva motiverer mennesker med et livsproblem til å delta i en selvorganisert selvhjelpsgruppe?
- 2) Hvilken betydning har selvorganisert selvhjelp som helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid?

Jeg har intervjuet to selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Den ene gruppen hadde deltakere med ulike livsproblem relatert til psykisk helse, kroniske lidelser, somatikk og familieproblematikk. Den andre gruppen var en temabasert gruppe med felles livsproblematikk knyttet til rusavhengighet, fortrinnsvis alkohol. Studien undersøker også hvorvidt det er vesentlige forskjeller mellom gruppene.

DEL 2. KVALITATIV METODE

Vitenskapsmenn og filosofer har gjennom årtusener påvirket menneskers måte å forstå verden på. «Hva som forbindes med vitenskapelighet er ikke fastlagt en gang for alle, men endres med historiske og samfunnsmessige forhold» (Thornquist, 2003, s. 7). Kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring. Målet er utforskning av meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for de involverte (Malterud, 2012). Vitenskapsteoretisk snakker vi om hermeneutikk og fenomenologi. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Tjora (2010) definerer fenomenologi som en filosofisk og sosiologisk retning som kjennetegnes av en opptatthet av *hvordan* fenomener og situasjoner oppleves. I følge Kvale og Brinkmann (2009) søker fenomenologisk metode å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig hvor objektivitet uttrykker troskap mot de undersøkte fenomenene.

Jeg har gjort en kvalitativ studie hvor jeg har undersøkt fenomenet selvorganisert selvhjelpsgruppe som verktøy for håndtering av livsproblem. Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for hvordan jeg ved bruk av kvalitativt forskningsintervju og kvalitativ analyse har gjennomført min forskning. Forskningsdesign, forskningsetikk, rekrutteringsarbeid, beskrivelse av datamateriale, gjennomføring av intervjuer, bearbeidingsprosess og systematisk analysearbeid blir beskrevet.

2.1 Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt design hvor jeg ved bruk av fokusgruppeintervju har hentet datamateriale fra 2 selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Studien har til hensikt å utvikle kvalitative data om deltakeropplevelser i selvorganiserte selvhjelpsgrupper ut fra forskningsspørsmålene: Hva motiverer mennesker med et livsproblem til å delta i en selvorganisert selvhjelpsgruppe og hvilken betydning har selvorganisert selvhjelp som helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid? Studien undersøker også hvorvidt det er vesentlige forskjeller mellom gruppene. Som verktøy/metode for å systematisere og analysere datamaterialet har jeg benyttet systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgis (1985) teori om fenomenologisk analyse, modifisert av Malterud (2003).

2.2 Forskningsetikk

Før jeg startet arbeidet med å rekruttere grupper meldte jeg prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, og søkte prosjektet forhåndsgodkjent hos Regional Etisk komite, REK. Prosjektet ble godkjent av NSD (vedlegg 1). REK vurderte prosjektet som nyttig og viktig, men vedtok at prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virkeområde da det ikke var egnet til å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (vedlegg 2). I forkant av gruppeintervjuene fikk informantene skriftlig informasjon om prosjektet og at det var frivillig deltakelse med mulighet til å trekke seg underveis. Alle deltakerne var positive og flere gav uttrykk for at de synes det er flott at det forskes på selvhjelp og at de var stolte over å få være med på dette. Samtlige deltakere gav skriftlig samtykke (vedlegg 3). I forbindelse med bearbeiding av data ble deltakerne gitt fiktive navn i det transkriberte materialet. I det videre arbeidet med analysen ble navnene byttet om til sifre, dette for å ivareta enkeltpersoners integritet og sikre anonymitet. I resultatdelen er meningsinnhold og valgte sitater gjengitt på en slik måte at det skal være vanskelig for utenforstående å identifisere enkeltpersoner. Lydopptakene ble slettet etter avsluttet transkriberingsarbeid.

2.3. Utvalg

Selvorganisert selvhjelp drives av og med mennesker som deltar i gruppene. Hvor mange grupper og hvem som deltar finnes det ingen oversikt over. Årsaken til dette er prinsippet om anonymitet og taushetsplikt som er en viktig forutsetning for etablering av selvhjelpsgrupper (Helsedirektoratet, 2014b).

Inklusjonskriterier for studien var selvorganiserte selvhjelpsgrupper. På bakgrunn av tilgjengelighet (Kvale et al., 2009) fant jeg det hensiktsmessig å benytte et allerede eksisterende utvalg for best mulig å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Jeg hadde ingen begrensninger med tanke på alder, kjønn, hvor lenge gruppen hadde eksistert eller type livsproblem. Den første gruppen ble rekruttert ved hjelp av Selvhjelp Norges distriktsleder for Buskerud, Vestfold og Telemark som formidlet kontakt mellom meg og kontaktperson for en eksisterende selvhjelpsgruppe. Kontaktpersonen presenterte prosjektet for sin gruppe og fikk klarsignal for gjennomføring. Avtale om tidspunkt for intervju ble gjort pr e-post og telefon. Intervju med den første gruppen ble gjennomført i april 2015.

Et par uker etter intervjuet deltok jeg på en erfaringsamling om selvorganisert selvhjelp, arrangert av Selvhjelp Norge og Lærings- og mestringssenteret, hvor jeg fikk anledning til å

presentere prosjektet. Her kom jeg i kontakt med tre deltakere i en annen selvhjelpsgruppe som ønsket at deres gruppe skulle delta. Kontaktperson for denne gruppa informerte og forespurte øvrige gruppemedlemmer om det var interesse for å være med. Klarsignal fra gruppa ble gitt og det andre gruppeintervjuet ble gjennomført i mai 2015. Ca. to uker i forkant hadde jeg et forberedende møte med gruppa.

I forskningsplanen hadde jeg antydning at jeg ville gjennomføre intervju med 3-4 fokusgrupper. Under drøfting med veileder konkluderte vi med at det ville være tilstrekkelig med disse to gruppeintervjuene, og at det i tillegg til å hente ut erfaringsbasert data, ville være interessant å sammenligne gruppene.

2.4 Beskrivelse av datamateriale

Jeg har intervjuet to selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Den ene gruppen, heretter kalt gruppe 1, bestod av seks gruppemedlemmer, hvorav to menn og fire kvinner i alderen 35 – 60 år. Til vanlig utgjorde gruppa 8 deltakere. Dette var en lukket gruppe som hadde holdt på i noen år. Gruppen møttes regelmessig, hver torsdag kveld, fra kl. 18 – 20 i Lærings- og mestringssenterets lokaler. Ulike livsproblem knyttet til psykisk helse, kroniske lidelser, somatikk og familieutfordringer var inngangsport til selvhjelpsgruppa. De hadde blitt introdusert for selvhjelp etter å ha gjennomført KiD-kurs (kurs i mestring av depresjon), ulike kurs i regi av Lærings- og mestringssenteret og via venner. Gruppa var helt selvstendig, uavhengig av brukerorganisasjon, og ble i sin tid etablert ved hjelp av igangsettere tilknyttet lærings- og mestringssenteret.

Den andre gruppen, heretter kalt gruppe 2, bestod av seks gruppemedlemmer, hvorav alle var menn i alderen 30 – 80 år. Dette var en åpen kjønnsblandet gruppe, dvs. at nye deltakere var velkommen inn i gruppa. For tiden var det bare menn som benyttet seg av tilbudet. Deltakerne som var til stede under intervjuet utgjorde «kjernen». Gruppa møttes regelmessig hver onsdag formiddag fra kl. 11 – 13 i Røde Kors-huset. Dette var en temabasert gruppe med felles livsproblem som inngangsport. Livsproblemet var rusavhengighet, fortrinnsvis knyttet til alkohol. Alle hadde tidligere deltatt i langvarig gruppeterapi gjennom mange års behandling i en offentlig rusklinikk og ble introdusert for selvhjelp etter avsluttet behandling ved klinikken. Gruppa var tilknyttet A-larm som er en landsomfattende bruker- og pårørendeorganisasjon innen rusfeltet.

Variabler	Gruppe 1: Gruppe med ulike livsproblem	Gruppe 2: Temabasert gruppe
Antall:	6 informanter	6 informanter
Kjønn:	2 herrer, 4 kvinner	6 herrer
Alder:	Mellom 36 og 60 år	Mellom 30 og 83 år
Møtested:	Lærings- og mestringssenteret	Røde Kors-huset
Hypighet:	Ukentlig, hver torsdag ettermiddag	Ukentlig, hver onsdag formiddag
Fagfolk:	Tett kontakt med fagpersonell på lærings- og Mestringssenteret	Tett kontakt med A-larm samt tidligere veileder på offentlig rusklinikk
Livsproblem:	Blandet gruppe, somatisk, kronisk, psykisk helse, familiesituasjon	Temabasert gruppe, avhengighet, fortrinnsvis alkohol
Åpen/Lukket	Lukket	Åpen gruppe
Rekruttert via:	Lærings- og mestringssenteret, KiD-kurs, god venn	Offentlig rusklinikk
Oppstart:	2008	Januar 2015 (før det fagledet behandlingsgruppe i regi av rusklinikk fra ca 2005)
Kunnskap om selvhjelp i forkant?	Nei	Nei
Informanter:	Rekruttert via Selvhjelp Norges distriktskontor	Rekruttert i forbindelse med erfaringsmøte om selvhjelp i regi av Selvhjelp Norge og Lærings- og mestringssenteret

2.5 Datainnsamling: Fokusgruppe

Kvalitative metoder egner seg ved utforskning av erfaringer og meninger. Datainnsamlingen kan gjøres ved bruk av observasjon, kvalitative intervju, fokusgrupper, dokumentstudier eller spørreskjemaer med åpne spørsmål (Malterud, 2003).

I min studie har jeg benyttet fokusgruppeintervju. Fokusgruppe er en form for kvalitativt gruppeintervju hvor det fokuseres på et bestemt emne og hvor interaksjonen mellom intervjupersonene er utgangspunktet for produksjon av data (Hviid Jacobsen & Qvotrup Jensen, 2012). Argumenter for fokusgruppe er at det er en effektivt (tidsbesparende) og økonomisk forskningsmetode for innhenting av kvalitative data. Forutsatt at det foregår i trygge rammer kan informantene stimulere hverandre til å belyse flere sider og opplevelser, noe som i neste runde kan gi merverdi (Malterud, 2012) i nye tanker og refleksjoner omkring fenomenet (Tjora, 2010). Fokusgrupper er velegnet til eksplorative undersøkelser da den kollektive ordvekslingen kan bringe frem flere spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter enn ved bruk av andre individuelle intervjumetoder (Kvale et al., 2009). Forskningslitteraturen argumenterer ulikt hva gjelder antall grupper, antall deltakere i hver gruppe og utvalg. I følge Tjora (2010) bør fokusgrupper vare mellom 1 til 2 timer og ha mellom 6 til 12 deltakere. Antallet bør være høyt nok til at flere meninger blir representert, men lavt nok til at deltakerne føler seg trygge. Det kan benyttes eksisterende grupper eller det kan være en strategisk sammensatt gruppe. Jeg har gjort gruppeintervju med to eksisterende selvhjelpsgrupper hvor utvalget kjente hverandre fra før. Utvalget bestod av totalt 12 informanter, 6 i hver gruppe.

Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan nettverksstøtte i form av selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan bidra til at folk klarer å opprettholde eller gjenvinne god psykisk helse til tross for utfordringer og livsproblem. Temaer jeg ønsket særskilt belyst var: motiveringsprosess, gruppeprosess, rekrutteringsprosess, hvorfor selvhjelpsgruppe, selvhjelpsgruppe kontra andre erfaringer, samt gruppas betydning for den enkelte.

Temaene var styrende for utforming av intervjuguiden jeg utviklet i forkant av begge intervjuene (Tjora, 2010).

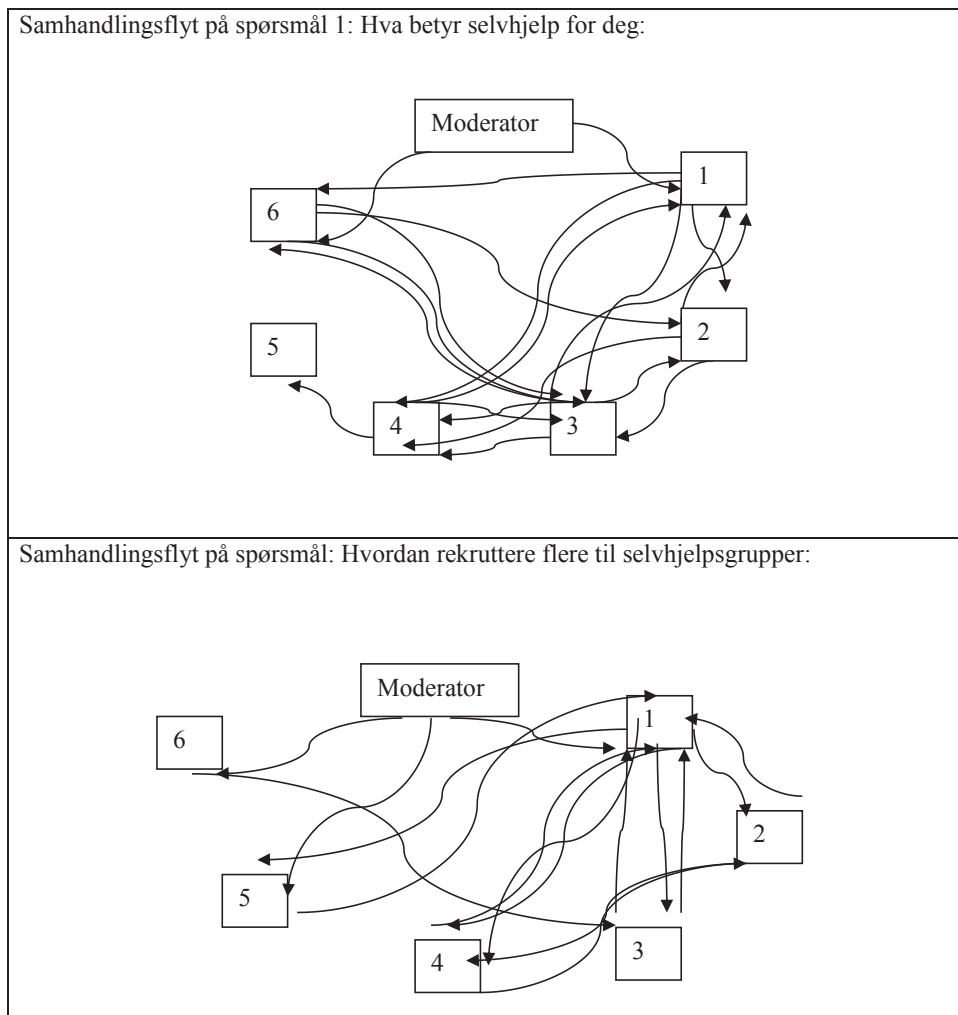
- 1) Hva betyr selvhjelp for deg / dere?
- 2) Hvordan er livet i gruppa?
- 3) Hvordan ble dere introdusert for selvhjelp?
- 4) Hva var inngangsport til selvhjelp - livsproblem
- 5) Hvordan er erfaring med selvhjelpsgruppe kontra behandling
- 6) Hvordan rekruttere flere til å delta i selvhjelpsgrupper

Jeg var innom alle temaene i begge fokusgruppene, dog med ulik rekkefølge og ordlyd. Som forberedelse til intervjuene hadde jeg testet i-phonens opptaksfunksjon i samtale med flere kollegaer for å sikre at langvarig lydopptak med mange stemmer og kanskje litt bakgrunnsstøy lot seg gjennomføre.

Begge intervjuene ble gjort i respektive grupperes møtelokaler i tidsrammen de pleide å møtes i selvhjelpsgrupper. Som moderator var min rolle å styre ordet og sørge for at alle kom til ordet (Tjora, 2010). Viktige egenskaper for moderator er å være lyttende og nysgjerrig og stille spørsmål på en ikke-styrende, åpen, fleksibel, empatisk og oppmerksom måte (Hviid Jacobsen & Qvotrup Jensen, 2012) for på den måten få frem forskjellige synspunkt på saken. Utfordringen med en slik intervjustil er at samspillet i gruppa kan ta en livlig form og redusere moderators kontroll over intervjuforløpet, noe som igjen medfører at transkribert materiale kan få et kaotisk preg (Kvale et al., 2009).

Den første gruppa møtte jeg for første gang der og da, seks gruppemedlemmer utgjorde utvalget i gruppeintervjuet. Etter en kort hilserunde informerte jeg om prosjektet og vi gikk gjennom samtykkeerklæringen som alle signerte. Opptaksutstyret la jeg på bordet og intervjuet startet. Intervjuet ble gjort sammenhengende og varte i 110 minutter.

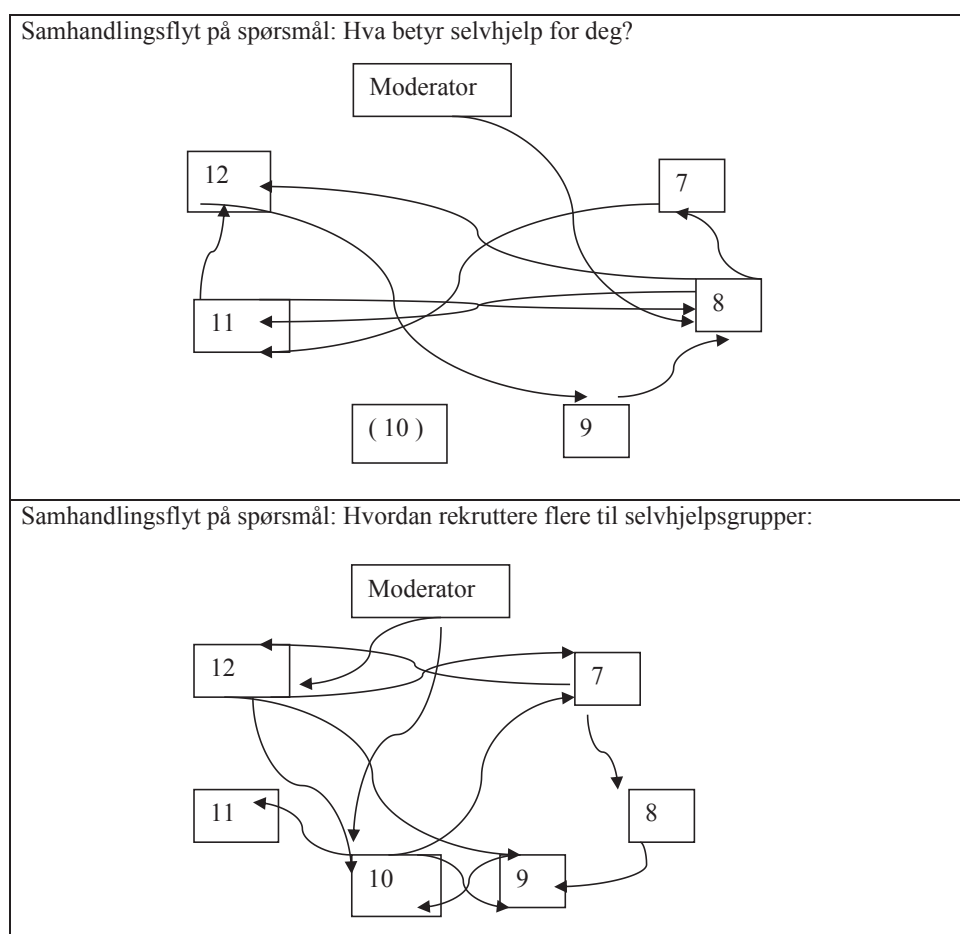
Tabell 1: Samhandlingsflyt gruppe 1



Den andre gruppa hadde jeg møtt en gang tidligere uten intervju og opptak. Dette etter ønske fra gruppa, for at de skulle bli kjent med meg og få tilstrekkelig informasjon om prosjektet. Syv gruppedeltakere var til stede på det forberedende møtet. På intervjudagen var det bare fire deltakere som møtte til tiden. Vi gikk gjennom samtykkeerklæringen og alle signerte. Opptaksutstyr ble lagt på bordet og intervjuet startet. En kort stund etter oppstart kom en femte deltaker, og så til slutt den sjette deltaker. Dvs. at utvalget i fokusgruppeintervjuet bestod av seks av de syv gruppedeltakerne som hadde vært til stede på det forberedende møte.

I tillegg til disse seks kom tidligere fagveileder fra rusklinikken samt representant fra a-larm en stund ut i intervjuet. For meg kom dette uforberedt på. Begge hadde lyst til å delta i samtalen. Jeg opplevde deres inntreden forstyrrende mens gruppa så ut til å være upåvirket. Jeg ba de besøkende innta rollen som tause observatører eller å gå, da jeg risikerte at diskusjonen ville ta en annen retning med deres innspill. De valgte å bli værende, tause. Intervjuet ble gjort i 4 deler med pauser innimellom, og varte i tilsammen 116 minutter.

Tabell 2: Samhandlingsflyt gruppe 2



2.6 Bearbeidelse

Etter gjennomførte intervju hadde jeg lydopptak fra to fokusgrupper, tilsammen ca. fire timers opptak. Begge opptakene var vellykket med god lyd kvalitet, alles stemmer var med.

Lydopptaket ble transkribert til en skriftlig versjon av fokusgruppeintervjuene, et arbeid som krevde mye og tid og konsentrasjon. Deltakerne ble anonymisert med sifre fra 1 til 12, hvorav 1 til 6 var informanter i gruppe 1 og 7 til 12 var informanter i gruppe 2. Se tabell 1 og 2 over samhandlingsflyt.

2.7 Analyse: Systematisk tekstkondensering STC

Som verktøy/metode for å systematisere og analysere datamaterialet har jeg benyttet fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (1985), modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering STC. STC er en tverrgående analysemetode for sammenfatning og fortolkning av kvalitative data (Malterud, 2003).

Formålet med fenomenologisk analyse å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Fenomenet jeg skal utvikle kunnskap om er selvhjelpsgruppe som verktøy for mestring av livsproblem. Datamaterialet (deltakeres erfaringer om selvhjelpsgruppe) er innhentet ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Analysen gjennomføres i 4 trinn:

Danne seg et helhetsinntrykk	Identifisere meningsbærende enheter	Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter	Sammenfatte betydningen
------------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------

Disse 4 trinnene utgjør hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003) som jeg har benyttet som veivisende metode i min analyseprosess. Jeg har forsøkt å holde meg til Malteruds anbefalinger men det er viktig å bemerke at analyseprosessen ikke har vært lineær og dermed vanskelig å beskrive.

Trinn 1: Helhetsinntrykk

Trinn 1 i analyseprosessen handlet om å bli kjent med materialet. For min del startet dette allerede under arbeidet med transkribering. I følge Malterud (2003) er det i denne fasen viktig å være åpen for hva materialet kan formidle og forsøke å høre informantenes stemmer samtidig som forskeren bestreber seg på å legge egen forforståelse og teoretisk referanseramme til side. På dette stadiet var målet å danne meg et helhetsbilde og merke meg temaer som intuitivt vekket oppmerksomhet, kunnskap eller erfaringer. Ferdig transkribert materiale bestod av 54 sider tetskrevet uredigert tekst. Jeg merket meg temaene: Venner for livet, statutter, ildsjel, vi snakker samme språk.

Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Neste trinn i analysen bestod i en mer systematisk gjennomgang og organisering av materialet. Jeg gjennomgikk teksten systematisk, linje for linje, fjernet unødvendige ord og setninger som ikke gav mening og reduserte teksten til 30 sider. Hver tekstlinje ble nummerert og knyttet til informantens sifre. Se tabell 3.

Tabell 3: Organisert materiale med nummererte tekstlinjer

Informant nr.	Linjenr.	Tekstlinjer
		Gruppe 1
3	74	Vi møtes utenom gruppa, av og til. Vi skiller mellom gruppemøte og privatmøte.
	75	Her snakker vi om problemer og ting som er taushetsbelagt. Ute gjør vi ikke det.
	76	Vi er flinke til å holde på det. Om jeg hadde kommet gående med kona og truffet et
	77	gruppemedlem, hadde vi falt hverandre om halsen. Kona mi er ikke sjalu.
1	78	Jeg har sagt til mannen min: Gruppa mi får du aldri.
6	79	Vi har sommeravslutning, julebord og har vært hjemme hos hverandre. Da koser vi oss og
	80	snakker om vær og vind og alt mellom himmel og jord.
3	81	Praten går lett og naturlig også når vi er utenfor møtet. De fleste av oss kjente
	82	ikke hverandre fra før. Vi har blitt gode så venner.
2	83	Det er veldig lærerikt, vi er forskjellige, vi lærer.
		Gruppe 2
8	413	Det er samholdet.
12	414	Her føler vi oss trygge på hverandre. Det bidrar til at vi har det bedre.
	415	Samhold, trygghet og forutsigbarhet. Vi samles her hver onsdag. De aller fleste
	416	prioriterer den dagen.
9	417	Vi har noe felles i bånd, vi veit hva vi snakker om. Vi trenger ikke lange utredninger om
	418	oss sjøl for vi har hatt et problem og døyva det med rus. Så har rusen blitt et problem.
	419	Dette veit vi. Vi kan utveksle noen erfaringer om det. Det er ikke rusen det handler om.
	420	Det er mer det å kunne takle livet.
8	421	Takle hverdagen og få et allright liv etter rusen.
7	422	Omstendighetene rundt en i livet kan legge grunnlaget for at en kommer på skråplanet.
	423	Det ligger mye der, i det private livet. Vi snakker om forhold hjemme og familie, slekt
	424	og myndigheter og økonomi. Det er mange grunner til at en tar seg en pinne.
11	425	For min del er det mye med sosial trening. Spesielt i begynnelsen da sleit jeg kraftig med
	426	sosial angst. Det å lære seg å prate i større forsamlinger, det var et kjempe problem.

Etter å ha fortettet og nummerert teksten startet arbeidet med å sortere tekstlinjene til meningsbærende enheter (se tabell 4), i første omgang knyttet til temaene jeg innledningsvis hadde merket meg. Samtidig som jeg samlet de meningsbærende enhetene i teksten begynte jeg å systematisere dem. Gjennom dette arbeidet som kalles koding, forsøkte jeg å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med temaene jeg innledningsvis hadde merket meg. Dataene ble samtidig organisert i en matrise med den hensikt å sikre en komplett versjon av materialet i tillegg til å vise hvor de ulike tekstene stammet fra og hvordan hver enkelt informant bidro til de ulike kodene. Se tabell 5. Dette for senere å kunne kvalitetssikre gyldigheten i resultatdelen. Etter hvert fikk de opprinnelige temaene mer presise og flere koder.

Tabell 4: Eksempel meningsbærende enhet - Læring

Gruppe 1	Gruppe 2
Læring	Læring
<p><i>I en selvhjelpsgruppe på tvers av sykdommer får vi innsikt og innblikk i andre sykdommer som kan hjelpe en selv til å bli reflektert. Selvhjelp; at du kan vokse sjøl. Jeg kan vokse fordi jeg våger å si noe. Jeg har vokst via gruppa. Det er utrolig deilig. Så ser du at andre vokser også, det er så godt. Vi sitter med erfaringer og det er ikke farlig. Vi bare vokser. Du kan ta det med deg ut blant venner, symøter, andre, familie, så er du styrka. Det er veldig lærerikt, vi er forskjellige, vi lærer. Det jeg har lært her trengte jeg å lære. Det er gøy, utvikles, det tok litt tid, før jeg turte åpne munnen. Det er lærerikt. Og du lærer, jeg har blitt en mer tålmodig person, har lært mye. Vi ser forandringer på hverandre og oppdager litt. På seg selv kjenner en andre. Det ville jeg tenkt sjøl. Nå tenker jeg ikke sånn lenger. Det er mye mer med mennesker enn du trur. Det er deilig. Da har det vært godt å få komme hit og få fortelle. Få utløp for frustrasjon. Det er artig å se hvordan det forandrer seg fra teori til praksis. Vi har erfart at det ikke nytter å styre følelsene.</i></p>	<p><i>Vi utveksler erfaringer om det. Det er ikke rusen det handler om. Det er mer det å kunne takle livet. Det er noen 100 års erfaring rundt dette bordet totalt sett, men også det å kjenne seg igjen. Hva hadde jeg gjort hvis jeg var i den situasjonen. Ta i bruk sin egen erfaring og dele den i et sånt tilfelle. Det er en fin måte å gjøre det på. For min del er det mye med sosial trening. Spesielt i begynnelsen da sleit jeg kraftig med sosial angst. Det å lære seg å prate i større forsamlinger, det var et kjempe problem. Du er skoleeksempel på utvikling. For meg har denne gruppa redda livet mitt. Jeg var på en mørk plass da jeg starta her. Ting skjer veldig gradvis. Det er vanskelig å ta tak i alt som har skjedd, som har hjulpa, det er små drypp hele veien. Jeg var negativ til å begynne med. Etter at jeg ble aktivt med i gruppa har jeg forandra syn. Jeg er nysgjerrig på dynamikken i gruppa opp gjennom åra. Gruppa har forandra seg mye. Jeg må følge med og tenke hva er det som skjer og hvorfor.</i></p>

Tabell 5: Matrise.

		INFORMANT →					
KODE ↓		1	2	3	4	5	6
Læring Gruppe 1		194 Trengte å lære 195 diskuterer 196 erfaring 224 Lærerikt 225 ikke-dømmende 226 mer tålmodig 226 forandringer 227 oppdagelser 227 komplimenter 234 Tenker ikke sånn lenger	83 Lærerikt 219 Ikke sykdomsfokus 220 innsikt og erfaring 221 Gi, bidra 223 Enormt til liv 333 Vokser sammen 334 Hjelp til selvhjelp	213 Bidra 212 Få noe også	24 erfaring – ikke færlig 24 Vi vokser 25 styrking 43 Erfært 71 forandrer seg underveis 171 Styrken fra gruppa 179 erfart mye personlig og som gruppe 204 Gruppe på tvers: Stor gevinst 206 Gøy, utvikles 207 Tok tid før jeg åpnet munnen 229 Ikke domme 231 Vokst 232 Forståelsesfull 341 Våge	194 Trengte å lære 195 diskuterer 196 erfaring 224 Lærerikt 225 ikke-dømmende 226 mer tålmodig 226 forandringer 227 oppdagelser 227 komplimenter 234 Tenker ikke sånn lenger	83 Lærerikt 219 Ikke sykdomsfokus 220 innsikt og erfaring 221 Gi, bidra 223 Enormt til liv 333 Vokser sammen 334 Hjelp til selvhjelp
		7	8	9	10	11	12
Læring Gruppe 2		423 Snakker om livet	421 takle hverdagen 471 Gjør noe 531 Gjør noe selv 533 Si det selv. 539 jobben må jeg gjøre 573 obs for fort frem	419 Erfaringer 420 Takle livet 476 Vekst 479 Dele når det skjer 584 Gjenkjennelse 586 Dele erfaring	718 Negativ 719 Endret syn 733 Svar fra hele verden 734 holder sam talen i gang	425 Sosial trening 426 Prate i forsamlinger 428 ordleder 430 100 års erfaring 431 Livreddende 614 Råd / tips 615 individuelt 617 påminnelse	

Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening

Tredje trinn i analyseprosessen bestod i å sammenfatte kunnskapen hver av kodegruppene representerte. Den delen av materialet som ikke identifiserte meningsbærende enheter ble lagt til side. Innholdet i de meningsbærende enhetene fra forrige analysetrinn ble systematisert og sortert videre i subgrupper. Innholdet i hver subgruppe ble sammenfattet og fortettet ved at jeg utviklet kunstige sitat basert på informantenes egne ord. Se tabell 6. Det kunstige sitatet ble siden brukt som arbeidsnotat for bruk i neste trinns sammenfatning.

Tabell 6: Eksempel kondensering

Tema	Gruppeprosesser	
Subtema	Gruppe 1	Gruppe 2
Trygghet	I selvhjelpsgruppa tar vi opp ting vi ikke snakker med venner og familie om. Her er du trygg, det er forståelse og ingen som dømmer deg. Jeg har vokst via gruppa. Vi kjenner hverandre og hva vi sliter med og vi blir tryggere på hverandre.	Her føler vi oss trygge på hverandre. Det bidrar til at vi har det bedre.
Forståelse	Her er det forståelse, vi snakker fritt om ting vi sliter med, og som vi ikke snakker med andre om. Vi har blitt mer forståelsesfulle og mindre fordømmende.	Alle forstår hva jeg snakker om og håper at jeg gjør noe med det.
Tilhørighet	Jeg fikk tilhørighet til andre mennesker. Det er en veldig tilhørighet. Vi møtes hver torsdag. For mange av oss som har falt ut av arbeidslivet, blir det tilhørighet i forhold til å være litt med. Gruppa er å ha et sted å gå til.	Samholdet i gruppa er unikt. Samhold, trygghet og forutsigbarhet. Vi samles hver onsdag, de aller fleste prioriterer den dagen. Vi er et sosialt miljø.

Trinn 4: Sammenfatning

I analysens siste og 4. trinn har jeg satt sammen funnene til nye beskrivelser for deling med andre. Med basis i de kondenserte tekstene og sitatene laget jeg en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe hvor subgruppene fikk sine egne avsnitt. Den kvalitative analyseprosessen resulterte i hovedtemaene gruppeprosesser, erfaringsutveksling og rekruttering. Temaene er presentert i oppgavens resultatdel.

DEL 3 RESULTATPRESENTASJON

Studiens resultat er basert på analyse av intervju med to selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Den ene gruppen med blandet livsproblem, den andre temabasert gruppe. Oppgavens formål har vært å søke kunnskap om deltakererfaringer i selvorganiserte selvhjelpsgrupper med forskningsspørsmålene: «Hva motiverer mennesker med et livsproblem til å delta i en selvhjelpsgruppe» og «Hvilken betydning har selvhjelpsgrupper som helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid» samt å undersøke hvorvidt det er vesentlige forskjeller mellom gruppene. Tre hovedtemaer utkrystalliserte seg gjennom analyseprosessen: Gruppeprosesser, erfaringsutveksling og rekruttering. Jeg har valgt å hente titlene på underkapitlene fra intervjuene, i tillegg har jeg krydret presentasjonen med enkeltsitat. Dette for å vise informantenes stemmer.

Gruppeprosesser

Du føler deg trygg, det er viktig

Det er godt å være her

Alle kjenner min bakgrunn

Vi gjør det på vår måte

Erfaringsutveksling

Vi snakker samme språk

Å dele når det skjer – det er da det er viktig

Det er noen 100-års erfaring rundt dette bordet

Rekruttering

Jeg er beviset på at det kan gå bra

Vi er helt vanlige mennesker

Jeg visste ikke at det var noe som het selvhjelpsgruppe

3.1 Gruppeprosesser

Fokusgruppe 1 var en kjønnsblandet selvhjelpsgruppe med 6 deltakere, 4 kvinner og 2 menn, som hadde ulike livsproblem knyttet til psykiske, kroniske, somatiske og familierelaterte helseutfordringer. Gruppen hadde eksistert i mange år. Fokusgruppe 2 bestod av 6 mannlige deltakere med problemer knyttet til rusavhengighet, fortrinnsvis alkohol, og hadde eksistert som selvorganisert gruppe i ca. et halvt år da intervjuet ble gjennomført. De fleste av

informantene i begge gruppene hadde deltatt i fagledede gruppefelleskap før de ble introdusert for selvorganiserte selvhjelp. Flere av informantene i gruppe 1 hadde erfaring fra KiD-kurs, andre hadde deltatt på diagnoserettede lærings- og mestringskurs. Alle informantene i gruppe 2 hadde gjennom mange år deltatt i fagledede oppfølgingsgrupper gjennom offentlig rusklinikk.

Begge gruppene beskrev en gruppekultur preget av trygghet og forståelse, tilhørighet og vennskap. Gruppene hadde utviklet egen struktur for gjennomføring av møtene og hadde jevnlig kontakt med fagpersoner. Hver av gruppene fremhevet fordelene med «sin» gruppesammensetning.

Du føler deg trygg, det er viktig!

Informantene i begge gruppene vektla betydningen av trygghet på spørsmål om hva selvhjelp betød for hver enkelt. De beskrev en fordomsfri og forståelsesfull kultur hvor livsproblem ble delt i trygge og tillitsfulle rammer. Ved å dele personlige temaer hadde de blitt godt kjent med hverandre og visste hva hver enkelt slet med, noe som igjen hadde ført til at de ble tryggere på hverandre. De hadde erfart at sårbare og fortrolige temaer forble i gruppene, at det ikke lakk videre eller i neste runde ble brukt imot dem. Dette forsterket deltakernes mot til å åpne seg og snakke fritt om vanskelige ting, temaer de ikke nødvendigvis snakket med andre om, som familie og venner.

«Her er du trygg, her kommer ikke noe videre, her er det forståelse og ingen som dømmer deg.» (informant i gruppe 1)

«Jeg har bare gruppa å snakke med. Mitt problem er et ikke-tema hjemme. Det blir aldri snakket om.» (informant gruppe 2)

En av informantene i gruppe 1 knyttet trygghet til personlig utvikling:

«Jeg har vokst via gruppa, det er utrolig deilig. Vi kjenner hverandre og hva vi sliter med og vi blir tryggere på hverandre.» (informant i gruppe 1)

En av informantene i gruppe 2 knyttet trygghet til bedring:

«Her føler vi oss trygge på hverandre. Det bidrar til at vi har det bedre.» (informant i gruppe 2).

Det er godt å være her!

Informantene i begge gruppene beskrev fellesskapet som unikt og verdifullt og knyttet dette til opplevelse av tilhørighet, samhold, forutsigbarhet og vennskap. De var takknemlige for alle de flotte menneskene de hadde blitt kjent med og beskrev gruppefellesskapet som fantastisk, unikt og et godt sted å være.

«Det er en fantastisk og suverren gjeng.» (informant i gruppe 1)

«Vi har mange ganger prøvd å finne ut hvorfor gruppa vår er sånn som den er.

Den er helt unik.» (informant gruppe 2)

Vennskapet og samholdet i gruppene ble beskrevet med begeistring og kjærlighet. Informantene i gruppe 1 uttrykte stor takknemlighet for at de hadde kommet sammen. En av informantene takket sykdommen for at hun hadde blitt kjent med alle de flotte menneskene, en annen uttrykte takknemlighet for å få være del av et så godt fellesskap.

«Jeg kan ikke beskrive det på en annen måte enn at jeg kjenner det i hjertet.»

«Jeg var heldig som kom med i denne gruppa. Det var fantastisk.»

«Jeg ble veldig glad i gruppa.»

«Vennskapet som har oppstått er viktig.»

«Jeg tror vi kommer til å kjenne hverandre for livet.»

(informanter fra gruppe 1)

Flere informanter i gruppe 2 fremhevet verdien av støtte, omsorg og omtanke som deltakerne viste hverandre, spesielt når noen i gruppa hadde det vanskelig.

«Måten de møter meg på, jeg behøver omtrent ikke si noe.»

«Det er omtanken, men også det å kjenne seg igjen.»

(informanter fra gruppe 2)

Flere av informantene i gruppe 1 beskrev selvhjelpsgruppa som en identitetsskapende aktivitet som styrket selvfølelse og opplevelse av å være verdifull. Tilhørighet ble fremhevet som betydningsfullt i forhold til å ha et sted å gå til og å ha noe å vise til.

«For mange av oss som har falt ut av arbeidslivet blir det tilhørighet i forhold til å være litt med.»

«Gruppa er noe jeg kan vise til på en måte, noe som bare er mitt og som ingen andre i min krets har noe med.»

«Det er en veldig tilhørighet, dette er gruppa mi!»

«Jeg kaller det gruppa mi, og fleiper det bort, men de har skjønt at gruppa betyr mye for meg.»

(informanter i gruppe 1)

En av informantene i gruppe 2 trakk religiøse paralleller for å beskrive selvhjelpsgruppas suksess.

«Vi er nesten som et trossamfunn, litt sekt. Vi er spesielle, det gjør gruppa så verdifull.» (informant i gruppe 2)

En annen beskrev gruppa som et sosialt miljø:

«Mange vet at jeg går i gruppe, men ingen vet hva gruppa er for noe.

Vi er et sosialt miljø.» (informant gruppe 2)

Gjensidighet og opplevelsen av å være betydningsfull for hverandre ble fremhevet som virksomme prosesser. De deltok i gruppene primært for seg selv, samtidig som de betød mye for hverandre. Dette kom frem i begge gruppeintervjuene.

«Du er ikke der bare for deg sjøl. Du kan gi noe, du kan bidra.»
(informant i gruppe 1)

«Jeg begynte i gruppe fordi jeg følte jeg hadde mye å bidra med, noe å gi. Jeg tenkte ikke at jeg kanskje kunne få noe også.» (informant i gruppe 1)

«Jeg synes det er allright å bety noe.» (informant i gruppe 2)

Begge gruppene poengterte betydningen av ukentlige møter. For gruppe 1 ble hyppighet begrunnet med at de hadde så mye å snakke om. Gruppe 2 knyttet behovet for ukentlige møter til opplevelse av trygghet og forutsigbarhet.

Alle kjenner min bakgrunn!

Begge gruppene fremhevet fordelene med sin gruppesammensetning. Informantene i gruppe 1 fortalte om betydningen av å gå i en gruppe på tvers av livsproblem. De hadde fått innsikt og innblikk i andre sykdommer og livsproblem, noe som hadde hjulpet hver enkelt til å bli mer reflektert og forståelsesfull i møte med andre mennesker. En av informantene fortalte at hun i utgangspunktet var skeptisk til å starte i gruppe på tvers, hun hadde mer enn nok med sin egen sykdom og orket ikke tanken på å skulle lytte til de andres. Hun oppdaget imidlertid at gruppe på tvers ble en større gevinst enn hun hadde trodd. En annen fortalte hvor berikende det var å komme inn i en gruppe hvor det ikke var fokus på sykdom samtidig som hun fikk bredere innsikt og nye erfaringer ved å lytte til andres fortellinger.

*«Det ble en større gevinst å være i en gruppe på tvers.»
(informant gruppe 1)*

I gruppe 2, som var en temabasert gruppe med deltakere med samme livsproblem, var argumentene motsatt. Her opplevde de trygghet ved at alle hadde samme bakgrunn og problem. Språket og opplevelsen av å ha noe felles i bunn ble fremhevet som viktig. Erfaringsutvekslingen handlet bl.a. om at alle hadde døyvet problemer med rus, noe som hadde ført til at det var rusen som var blitt hovedproblemet.

*«Jeg hadde ingen å forholde meg til på det nivået. De skjønte ikke hva jeg snakket om og jeg var ikke villig til å snakke med dem. Det gikk to-veis. Grappa ble holdepunktet mitt.»
«Gjengen her – de snakker samme språk. Vi veit hva vi snakker om.»
«Hver gang det kommer nye her, har jeg fortalt om mitt liv. Alle kjenner min bakgrunn. Alle har samme problem. Det i seg selv er en trygghet for meg.»
(informanter i gruppe 2)*

Vi gjør det på vår måte!

Begge gruppene fortalte at de hadde vært usikre på om de passet inn i Selvhjelp Norges rammer for hvordan en selvhjelpsgruppe skal være, om de i det hele tatt kunne kalle seg en selvhjelpsgruppe. De nevnte regler som de opplevde rigide; som at deltakerne ikke skal bli venner, at det ikke skal være servering på møtene og at gruppene etter en begrenset tid skal oppløses. Etter dialog med representanter fra Selvhjelp Norge hadde de fått avklart at dette kun er retningslinjer og at hver gruppe driver på sin måte, hver gruppe er unik.

«Det er dynamikk, avhengig av personer og situasjoner.»

(informant i gruppe 2)

Gruppe 1 hadde eksistert i flere år. Deltakerne fortalte at de hadde utviklet et nært og kjært vennskap og kunne ikke se for seg at gruppa noen gang ville bli avvirket. Gruppemøtene ble holdt hver torsdag e.m. i lærings- og mestringssenterets lokaler. Gruppa hadde jevnlig kontakt med ansatte ved lærings- og mestringssenteret og Selvhjelp Norge og hadde ved flere anledninger bidratt på erfaringsamlinger og fylkesseminar i regi av Selvhjelp Norge.

«Friends for live time.» (informant i gruppe 1)

Gruppe 2 hadde som gruppe eksistert i mange år, men det var først fra januar 2015 at de hadde fungert som en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Før det var de ei behandlingsgruppe i regi av en offentlig rusklinikk. Også denne gruppa fortalte om et nært samhold preget av trygghet og forutsigbarhet. Selvhjelpsmøtene ble holdt ukentlig, hver onsdag i Røde-Kors sine lokaler. Gruppa hadde laget egne rutiner for gjennomføring av møtene. Det ble servert kaffe og rundstykker og møteledelse gikk på omgang. Gruppa beskrev prosessen med å bli en selvorganisert selvhjelpsgruppe som svært utfordrende preget av redsel. Gruppa hadde vært under profesjonell og faglig ledelse gjennom 9 år og skulle plutselig bli overlatt til seg selv. De hadde ikke tro på at de ville klare seg alene uten lederskap og var redd for at gruppa skulle løse seg opp og koke bort i kålen. I ettertid hadde de erfart at overgangen hadde gått fint og at frykten kanskje var ubegrunnet. De hadde valgt å knytte seg til a-larm for å unngå å stå helt alene og mente at dette hadde medvirket til en vellykket overgang. De opplevde det trygt å ha en organisasjon i ryggen som kunne bidra med praktiske ting som leie av lokaler og kostnader. Representant fra a-larm deltok med jevne mellomrom på møtene. Tidligere fagleder og veileder på klinikken hadde også fortsatt kontakt med gruppa. Tilfeldighetene gjorde det til at begge representantene var til stede under intervjuet.

«Vi har mange ganger prøvd å finne ut hvorfor gruppa vår er sånn som den er, den er helt unik.»

«A-larm kom inn med en variant som vi kjente oss igjen i.»

(informanter gruppe 2)

3.2. Erfaringsdeling

Begge gruppene beskrev erfaringsdeling som avlastende hvor taushetsplikten var overordnet. Samtaletemaene dreide seg ikke nødvendigvis om probleprat, men mere om det å takle livet.

Vi snakker samme språk!

Nøytralitet var et tema som ble løftet frem i gruppe 1. Det å ha nøytrale personer å snakke med når livet røyner på, som ikke dømmer på bakgrunn av tanker og handlinger. Informantene fortalte at selvhjelpsgruppa fungerte som en nøytral samtalepartner i medgang og motgang og på den måten sparte deltakerne fra å slite ut venner og familie med probleprat.

«Alle mennesker har utfordringer i livene sine hvor det blir behov for å prate med andre. Da er det allright å ha noen som er nøytrale, for det er ikke alltid lett å snakke med familie og venner.» (informant i gruppe 1)

Informantene i gruppe 2 fremhevet selvhjelpsgruppas fortrinn fordi alle deltakerne hadde samme problem. Det å snakke med likeverdige personer med samme erfaringsbakgrunn ble beskrevet som svært virksomt fordi de snakket «samme språk». Noen av deltakerne fortalte at de hadde erfaring med individuell samtalebehandling hos psykolog som de ikke hadde klart å nyttiggjøre seg fordi de ikke følte seg forstått. I selvhjelpsgruppa var det annerledes, der var alle likeverdige i og med de hadde felles erfaringsbakgrunn, avhengighet til alkohol og rus.

«Jeg har gått til psykolog, det har ikke gitt meg noe. Jeg fortalte psykologene om meg sjøl, samme som jeg gjør her. Her er det en annen atmosfære. Gjengen her, de snakker samme språk.»

«Vi er så samstemt. Alle er enige i at jeg må slutte å drikke.

Det er ikke nødvendig å si det.»

(informanter gruppe 2)

Det å dele når det skjer – det er da det er viktig!

Informantene i begge gruppene fremhevet fordelene av å ha en arena hvor en kan snakke fritt om problemer, luften som er krevende og slitsomt, temaer det er vanskelig å drøfte med venner og familie. Det å kunne dele erfaringer når det er ferskt, når de står midt oppe i vanskelige situasjoner, få utløp for frustrasjoner, tanker og grublerier, ble beskrevet som avlastende og verdifullt. I begge selvhjelpsgruppene kunne samtaletemaene dreie seg om «alt mulig», om det å takle hverdagen og livet, gleder og sorger, ulike utfordringer hver enkelt stod i. Taushetsplikten var overordnet. Begge gruppene var opptatt av ikke å gi hverandre råd, kun dele erfaringer.

«Det kan være godt å få komme hit å fortelle, få utløp for frustrasjon.»

(informant i gruppe 1)

«Ting du grubler på hjemme, kan du ta opp her, si det på en annen måte.»

(informant gruppe 2)

Et par av deltakerne i gruppe 1 beskrev selvhjelpsgruppa som et fristed og hvilested hvor de i vanskelige livsperioder hadde klart å få tankene over på noe annet ved å få lov til bare å være til stede og lytte til de andre. Forståelse og omtanke fra de øvrige gruppedeltakerne, uten forventning om å måtte fortelle eller forklare, bidro til at de hadde klart å hente seg inn igjen. En av informantene fortalte at tryggheten og tilhørigheten var avgjørende for at hun i det hele tatt klarte å komme til møtene i en periode da hun var veldig dårlig og maktet lite.

«De skjønte så mye uten ord, jeg behøvde ikke forklare noe. Det var et fristed.»

«Tryggheten og tilhørigheten gjorde at jeg ville prøve å komme hit. Det klarte jeg.

Å få bli møtt med at det ikke var noe press og stress om prat, få tankene bort på noe annet og få lytte til de andre.»

«Det er mange ganger jeg har kommet hit og bare slappet av hvis det har vært veldig krevende. Jeg har funnet lenestolen og bare sitti der. Her kan jeg slappe av hvis jeg ikke har kunnet gjort det hjemme.»

(informanter i gruppe 1)

Deltakerne i gruppe 1 fortalte at de hadde fokus på løfte hverandre og var opptatt av å ikke trykke hverandre ned. De oppmuntret hverandre og var flinke til å gi hverandre komplimenter samtidig som de forsøkte å unngå å gi hverandre råd.

*«Vi skal ikke komme med voldsomme råd til hverandre,
men det er lov å gi tips. Det er ikke den at vi veit bedre enn deg.»*

*«Vi må passe på, ikke å gi råd, for det er ikke lov i gruppa,
men vi kan si hva vi har erfart.»*

(Informanter i gruppe 1)

Gruppe 2 opplevde fellesskapet som samstemt fordi de hadde felles erfaringsbakgrunn. Samtaletemaene handlet ikke nødvendigvis om rus, men om å utveksle erfaringer med mennesker som hadde samme problem, alkohol og rusavhengighet. Informantene fortalte at de var mer opptatt av å snakke om hvordan de taklet hverdagen enn å snakke om rusen i seg selv. Fokuset handlet om hvordan få et allright liv uten rus.

«Vi veit hva vi snakker om.»

«Det er ikke rusen det handler om. Det er mer det å kunne takle livet.»

«Vi snakker om forhold hjemme, familie, slekt og myndigheter og økonomi.

Det er mange grunner til at en tar seg en pinne.»

(informanter i gruppe 2)

Under intervjuet med gruppe 2 fikk jeg som forsker innblikk i hvordan gruppedeltakerne kommuniserte med hverandre. Et av medlemmene hadde et alvorlig, akutt problem som måtte deles der og da. Jeg observerte en ærlig, ikkedømmende og ivaretagende dialog uten bruk av «gode» råd og strenge formaninger. Ved hjelp av utforskende og åpne spørsmål, oppmuntrende og støttende kommentarer underveis, styrket gruppa personen til å komme frem til handlingsalternativ som hadde betydning for vedkommendes helse.

«De må gjerne si det, men det er mye mer effektivt når jeg sier det selv. Jobben som ligger foran meg nå, er det bare meg som kan gjøre.» (informant i gruppe 2)

Det er noen 100 års erfaringer rundt dette bordet!

Flere av informantene i begge gruppene beskrev hvordan selvhjelpsgruppa fungerte som en arena for læring, personlig vekst og sosial trening. De hadde erfart at det ikke er farlig å åpne seg. Ved å våge å fortelle om seg selv, lytte til hverandre og dele erfaringer om hva hver enkelt slet med, opplevde de at de hadde endret seg som mennesker. Innsikten i hverandres problemer hadde gjort dem mer forståelsesfulle, reflekterte og bevisste på egne handlingsvalg, kunnskap de kunne ta med videre og bruke i eget liv.

«Vi sitter med erfaringer og det er ikke farlig, vi bare vokser. Du kan ta det med deg ut blant venner, symøter, andre, familie, så er du styrka.» (informant i gruppe 1)

«Jeg har vært den typen som har dømt folk med en gang. Nå har jeg blitt en mer tålmodig person. Jeg har lært mye.» (informant i gruppe 1)

*«Ting skjer veldig gradvis. Det er vanskelig å ta tak i alt som har hjulpet, det er små drypp hele veien, men gruppa er noe av det største.»
(informant i gruppe 2)*

En av informantene i gruppe 2 fortalte at språket og atmosfæren i gruppa, hadde vært avgjørende for at han hadde åpnet seg. En annen fortalte hvordan han nyttiggjorde seg gruppas kunnskap. Ved å lytte til de andres erfaringer stilte han seg selv spørsmålet om hvordan han ville ha gjort det hvis han kom i tilsvarende situasjon. Gjenkjennelseeffekten og de stadige påminnelsene om hvor krevende et tilbakefall er, var viktig motivasjon for å klare å holde seg rusfri.

*«Det er så individuelt hva som hjelper. Gruppas erfaringer er ideell for meg, for hva jeg kan bruke. Det er den store styrken for meg med en sånn gruppe.»
(informant gruppe 2)*

Begge gruppene beskrev selvhjelpsgruppene som en sosial treningsarena. De hadde sett forandring på hverandre og opplevd forandring på seg selv. Ved å våge å være ærlige og vise hverandre tillit, hadde de utviklet mot til å dele og fortelle, og de hadde erfart at det går bra. De hadde vokst som mennesker og klart å gjøre positive endringer i livene sine.

«Vi har opplevd andre som er stille, så ser du at det forandrer seg underveis. Det er gøy, jeg utvikles. Det tok litt tid før jeg turte å åpne munnen.» (informant i gruppe 1)

«Det gir oss troen på å være åpne for hverandre.» (informant gruppe 1)

«For min del er det mye med sosial trening, det å lære seg å prate i større forsamlinger, det var et kjempe problem.» (informant gruppe 2)

«Jeg har vokst ved at du viste meg tillit.» (informant i gruppe 2)

«Jeg var negativ til å begynne med. Etter at jeg ble aktivt med i gruppa har jeg forandret syn. Gruppa har forandra seg mye.» (informant gruppe 2)

3.3 Rekruttering

Begge gruppene pekte på behovet for å etablere flere selvhjelpsgrupper. Informantene hadde svært god erfaring med å delta i en selvorganisert gruppe og unnet mange mennesker å oppleve det samme. Informantene hadde innspill til hva den enkelte kunne bidra med for å gjøre selvhjelpsarbeidet kjent. Begge gruppene mente det er nødvendig med et apparat med fagfolk eller ildsjeler som organiserer og systematiserer rekrutteringsarbeidet på et overordnet nivå.

«Det å få lov å være med på dette, det gjør noe med deg.

Derfor er vi opptatt av at det når ut til andre.» (informant i gruppe 1)

«Det er synd at ikke flere går i sånne grupper som oss.» (informant i gruppe 2)

Jeg er beviset på at det kan gå bra!

Gruppene hadde ulik erfaring med og tanker om hvordan hver enkelt kan bidra i rekrutteringsarbeidet. Gruppe 1 hadde ved flere anledninger bidratt på erfaringssamlinger og konferanser om selvhjelp. På noen av disse samlingene hadde de i plenum presentert seg og åpent fortalt om hva selvhjelp har gjort både på personlig og gruppenivå. En av informantene fortalte om sterk opplevelse av tilhørighet når gruppa deltok på slike arrangement. Ved at publikum viste interesse, opplevde hun at de vokste som gruppe. Gruppa hadde vært i dialog med Selvhjelp Norge om et mulig pilotprosjekt knytta til lærings- og mestringscenteret hvor gruppa skulle brukes som ressurspersonell i rekrutteringsarbeidet ved å fortelle om sine erfaringer.

«Da vi var ute og presenterte oss, åpna vi oss som vi åpner oss nå. Det er veldig givende og det tror jeg slår an.» (informant i gruppe 1)

I gruppe 2 var flere av informantene skeptiske til å delta på den offentlige arena. De begrunnet dette med et ønske om å være anonyme.

«Å sette oss ut på klinikken med plakat om gruppe hit og dit, kom til oss, det tror jeg ikke noe på. Jeg vet ikke hva som er løsningen.» (informant i gruppe 2)

En av informantene mente imidlertid at det vil ha større virkning og sannhetsverdi hvis deltakerne selv markedsførte en slik gruppe som de deltok i.

«Markedsføring ut til kommunene, ut til andre mennesker, der folk bor. Informere fastlegen, alle jeg er i kontakt med. Det er så ukjent, men vi fins.» (informant i gruppe 2)

Gruppen som helhet var enig i at den beste måten de kan bidra i rekrutteringsarbeidet på, er når det kommer nye personer på møtene. De vektla hvor viktig det er å ta imot nye deltakere på en god måte, at de må søke å sette seg inn i den andres situasjon, slik at nye får lyst og mot til å komme tilbake. En av informantene påpekte at gruppen hadde god kompetanse på å ta imot nye gruppe-medlemmer og at de ikke var avhengig av fagpersoner for å få til dette.

«Alle vi som sitter her kan bidra med å få de til å bli.» (informant gruppe 2)

Vi er helt vanlige mennesker!

Begge gruppene snakket om hvordan deltakernes manglende åpenhet bidrar til at kunnskap om selvhjelp forblir ukjent. Stigmatiserte holdninger i samfunnet og ønske om å være anonym var faktorer som ble nevnt. Begge gruppene pekte på at hvis de skal hjelpe til med til å gjøre selvhjelpsarbeidet kjent må de legge bort sine egne holdninger og på den måten avmystifisere negative forestillinger ved å vise omverdenen at folk som går i selvhjelpsgrupper er helt vanlige mennesker.

«Jeg har følelsen av at folk tror det er mye mørkere enn det er, at vi er en gjeng med hengehuer som utveksler dosetter og trøster hverandre.» (informant i gruppe 1)

«Vi tror at holdningene i samfunnet er sånn og sånn, jeg tror det er andre menneskers holdninger i og med at jeg har den selv. Hvorfor kan ikke jeg si at jeg har vært med i en gruppe og at det går bra? Jeg er med i en gruppe og det er toppers for meg, det fins en sånn her.» (informant i gruppe 2)

Informantene fortalte om ulik grad av åpenhet overfor sine omgivelser. Flere av deltakerne snakket ikke med familie og nær omgangskrets om selvhjelp. En av deltakerne i gruppe 1 sa det var dumt at hun ikke har gitt sine omgivelser grunn til å forstå noe særlig, samtidig som hun uttrykte behov for å ha selvhjelpsgruppa for seg selv.

«Hvor interessert familie og venner er, veit jeg egentlig ikke for jeg har ikke latt dem ta del.»

«Jeg har ikke gitt mine omgivelser grunn til å forstå noe særlig. Dette er min greie. Det er kanskje dumt.»

«Bare det å snakke om selvhjelp. Det er ikke vanlig at jeg snakker med venner og familie om selvhjelp. Jeg kaller det gruppa mi og fleiper det bort.»

(Informanter gruppe 1)

En av informantene i gruppe 2 fremhevet dilemmaet ved å markedsføre en gruppe mennesker som aller mest ønsker å være anonyme. Selv om noen i gruppa er åpen om tidligere misbruk kan en ikke forvente at andre skal være det.

«Mange vet at jeg går i gruppe, men ingen vet hva gruppa er for noe.»

«Mine nærmeste er klar over det. Ut over det har jeg ikke annonsert at jeg går i gruppe.»

«Alle i min familie og venner vet at jeg går her. Onsdager er eneste dag jeg ikke har fri.»

«Jeg er så åpen at jeg legger det ut på face-book. For meg er det bra.»

(informanter i gruppe 2)

Jeg visste ikke at det var noe som het selvhjelpsgruppe!

I mitt materiale var selvhjelp ukjent for alle før de selv begynte i en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Eksterne ressurspersoner eller ildsjelers engasjement hadde vært avgjørende for at deltakerne fikk kunnskap om selvhjelp og at gruppene kom i stand.

Gruppe 1 fremhevet de ansatte ved lærings- og mestringscenterets innsats med å sette sammen gruppa.

«De har vært kjempe gode til å sette oss sammen, eller så har de hatt flaks. De setter folk på liste og systematiserer ønskene. Får de mange nok til ei ny gruppe, tar de kontakt med igangsettere.» (informant gruppe 1)

To av informantene ble introdusert for selvhjelp og forespurt om å være med i en selvhjelpsgruppe etter gjennomført KiD-kurs (kurs i depresjonsmestring), tre etter ulike lærings- og mestringkurs i regi av sykehuset, en av informantene ble rekruttert av en god venn som hadde begynt i gruppa.

«Jeg var på et kurs på sykehuset. En av de som foreleste fortalte om selvhjelp og mestring med gruppeoppgaver. Da kurset var ferdig var det mulig å melde sin interesse. Jeg gjorde det, det hørt interessant ut. Jeg visste ikke at det var noe som het selvhjelpsgruppe.» (informant i gruppe 1)

Slik de selv hadde opplevd, var de opptatt av at det må være en kontaktperson til stede i sammenhenger der det blir gitt informasjon om selvhjelp, en ildsjel som kan være en pådriver i neste runde. Hvis ikke er det stor risiko for at interesserte kandidater forsvinner.

«For at de skal våge må de tas med en gang, ellers forsvinner de for de tar ikke kontakt. De må ikke forsvinne, det er mennesker som sliter. De har som regel ikke psyke til det eller er for slitne. De må gripes med en gang på en myk måte. Apparatet må være der med en gang. Det kan være den lille telefonen.» (informant i gruppe 1)

En fortalte om hvor viktig den oppfølgende telefonen fra lærings- og mestringssenteret hadde vært for henne:

«Jeg hadde skrevet meg på liste, men håpet jeg ikke hørte noe mer. Jeg orket ingen ting. Så ringte de fra lærings- og mestringssenteret, veldig hyggelig. Det var avgjørende for meg.» (informant i gruppe 1)

En annen berømmet kursleders engasjement og evne til å følge opp kursdeltakere etter gjennomført KiD-kurs. Kursleder forsøkte å motivere kursdeltakerne til å starte selvhjelpsgruppe men fikk ikke respons på dette. I ettertid fikk informant en e-post fra kursleder med tilbud om å begynne i ei gruppe. Det var hun veldig glad for i ettertid. Hun hadde ingen kunnskap om hva selvhjelp var eller hva hun gikk til.

«Hun (kursleder) prøvde å nøste oss. Hun var veldig flink til å følge opp.» (informant i gruppe 1)

Alle informantene i gruppe 2 ble rekruttert til selvhjelpsgruppa via offentlig rusklinikk hvor de gjennom mange år hadde gått i fagledet oppfølgingsgruppe. Fra 2015 gikk de over fra å være en gruppe med pasientstatus til å bli en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Gruppa fortalte at de hadde vært svært skeptiske til og redde for å bli overlatt til seg selv uten faglig veileder,

de hadde ingen tro på at dette skulle vare og var sikre på at gruppa ville oppløses. Informantene beskrev fagleders engasjement som svært betydningsfull for at de hadde klart overgangen. Et halvt år etter at gruppa ble selvorganisert hadde fagleder fortsatt kontakt med gruppa.

«For å starte en sånn gruppe, må en ha folk, pasienter. Gjerne kyndige ledere som en kan forholde seg til. Det har vi hatt, derfor har denne gruppa gått veldig bra.»
(informant i gruppe 2)

Når det gjaldt rekrutteringsarbeid mente flere fra gruppa at det må være fagfolk fra klinikken eller a-larm som tar ansvar for dette, en ildsjel slik de selv hadde hatt.

«Det må være fagfolk som rekrutterer. De har troverdighet overfor nye. Det må være en ildsjel som kan fortelle om gruppa. En fastlege kan ikke det, for han vet ikke noe om den annet enn å høre at flere er fornøyd. Den er vrien.»

«Det må bli å få pasienter fra klinikken, primært her i området. Det står og faller på representant fra A-larm.»
(informanter i gruppe 2)

Et konkret forslag var at pasienter som går i poliklinisk gruppebehandling, etter en tid kan kikke inn og se om selvhjelpsgruppe kan være noe for dem. Utfordringen er imidlertid å få de til å bli. Et annet innspill var behovet for en fagperson som kan holde gruppa sammen i oppstartsfasen og en god periode til gruppa er ordentlig etablert. I tillegg ble det påpekt nødvendigheten av at deltakere kjenner til strukturelle rammer for gruppearbeid.

«Det er en fordel at en har erfaring med gruppebehandling når en kommer inn, underforstått taushetsplikten og at en har lært å bygge opp tilliten. Det er ting jeg tror er viktig.» (informant gruppe 2)

Et halvt år etter oppstart som selvorganisert selvhjelpsgruppe oppsummerte gruppe 2 at de klarte seg fint uten fagperson i det daglige. Gruppa som helhet var utstyrt med så mye kunnskap og de hadde funnet en arbeidsform som fungerte.

«Vi er ikke avhengig av fagperson til daglig her. Du kaster ut spørsmål og får svar fra hele verden, meninger og synspunkt. Vi greier å holde samtalen i gang.» (informant gruppe 2)

3.4 Oppsummering resultatpresentasjon

Trygghet, forståelse og tilhørighet ble fremhevet som virksomme faktorer som hadde bidratt til personlig vekst og bedring for den enkelte. Begge gruppene beskrev fellesskapet som unikt og verdifullt hvor de hadde etablert varige vennskapsbånd. Flere beskrev selvhjelpsgruppa som en arena for styrking av selvfølelse og opplevelse av å være betydningsfulle for hverandre.

Hver av gruppene fremhevet fordelene med «sin» gruppesammensetning. Gruppe 1 opplevde det berikende å gå i en gruppe på tvers, at innsikt i andres sykdommer og livsproblem hadde bidratt til utvidet forståelse for andres livssituasjon. Det å ha nøytrale personer å snakke med i vanskelige livsfaser ble beskrevet som avlastende og verdifullt. For deltakerne i gruppe 2 var samværet med likeverdige personer med samme bakgrunn og livsproblem en grunnleggende forutsetning for at de i de hele tatt deltok i gruppa. Erfaringsutvekslingen og fellesskapet var en viktig faktor for å holde seg rusfri og flere knyttet opplevelsen av å snakke «samme språk» som avgjørende betingelse for åpenhet om temaet.

Begge gruppene hadde utviklet egen struktur for gjennomføring av møtene og hadde jevnlig kontakt med fagpersoner. Samtaletemaene dreide seg ikke nødvendigvis om probleprat, men mere om det å takle livet. Informantene hadde fokus på å løfte hverandre og forsøkte å unngå å gi hverandre råd, kun dele erfaringer. For mange fungerte selvhjelpsgruppene som arena for læring, personlig vekst og sosial trening. Innsikten i hverandres problemer hadde gjort deltakerne mer forståelsesfulle, reflektert og bevisst på egne handlingsvalg. Flere hadde klart å gjøre positive endringer i livene sine.

Selvorganisert selvhjelp hadde vært ukjent for samtlige deltakere og fagfolks bidrag hadde vært avgjørende for at gruppene kom i stand. Informantene var opptatt av å spre kunnskap om selvhjelp slik at flere kan få mulighet til å gå i tilsvarende grupper. Overordnet pekte de på behovet for fagfolk eller ildsjeler som tar ansvar for organisering og systematisering av rekrutteringsarbeidet. Manglende åpenhet med ønske om å være anonym i tillegg til stigmatiserende holdninger i samfunnet var faktorer som begrenset deltakerne til å snakke med andre om at de deltok i en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Begge gruppene pekte på at hvis de skal bidra til å gjøre selvhjelpsarbeidet kjent må de legge bort sine egne holdninger slik at omverdenen ser at deltakere i selvhjelpsgrupper er helt normale mennesker.

DEL 4 DISKUSJON

Hensikten med dette prosjektet har vært å utforske helsefremmende prosesser i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Det er benyttet kvalitativ metode hvor jeg ved bruk av fokusgruppeintervju har søkt å beskrive bredden i deltakererfaringer i selvorganiserte selvhjelpsgrupper for på den måten å belyse fenomenet selvorganisert selvhjelp som verktøy i psykisk helsearbeid. Materialet er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Jeg vil i denne delen diskutere forhold som kan ha påvirket studiens kvalitet og hvorvidt valgt metode har vært hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Videre diskuteres resultatene opp mot blant annet problemformuleringen, relevant teori og forskning presentert i del 1.

4.1 Kvalitetsvurdering

I følge Malterud (2012) forteller en kvalitativ studie av god kvalitet troverdige historier som på en eller annen måte kan gjøre en forskjell. Jeg har søkt å gjøre arbeidet troverdig ved å presentere min motivasjon for studien, både faglig og personlig. Jeg har redegjort for teorivalg og grundig beskrevet rekrutteringsprosess, gjennomføring av intervjuer og analysesteg. I følge Kvale og Brinkmann (2009) avhenger kvaliteten på de produserte data av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet. Kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen. Omfattende trening er nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer. Intervjuforskning sammenlignes med et håndverk hvor det stilles høye krav til ferdighetsnivå hos intervjueren. For en uerfaren forsker er risiko for reproduksjon av tidligere oppfatninger og fordommer stor og det kan således være vanskelig å fremskaffe ny og betydelig kunnskap.

Som moderator var min rolle å styre ordet og sørge for at alle kom til ordet, samtidig som jeg skulle være lyttende, nysgjerrig og stille spørsmål på en ikke-styrende, åpen, fleksibel, empatisk og oppmerksom måte. I begge gruppene varierte innsatsen fra deltakerne. Noen tok naturlig ordet, mens andre var mere stille og måtte inviteres ut på banen. Dette er synliggjort i tabell 1, 2 og 5. Som utrent moderator opplevde jeg at gruppene tok en selvstendig form som påvirket min kontroll over intervjuforløpet. Dette skjedde spesielt under intervjuet med gruppe 2, både i forbindelse med at det kom uanmeldte deltakere til underveis og da jeg fikk rollen som observatør til et akutt problem som måtte løses der og da. Dette fikk konsekvenser for det transkriberte materialet og videre på kvaliteten i arbeidet med analysen (Kvale og Brinkmann, 2009).

Innenfor kvalitativ forskning er fullstendig nøytralitet umulig. Det har derfor vært viktig å reflektere over egen posisjon og hvordan mitt engasjement og kunnskap om temaet kan ha påvirket forskningen (Tjora, 2010). En annen forsker ville tatt andre valg underveis, kommentert, tolket, avbrutt og fulgt opp annerledes enn det jeg gjorde, alt på bakgrunn av intervjuegenskaper, forkunnskap og interesse for temaet. Troverdigheten i mine funn må derfor relateres til de konkrete diskusjonene i fokusgruppene, ikke til hvorvidt resultatene kan reproduseres til andre tidspunkt og av andre forskere.

Alle informantene var ukjente for meg og jeg hadde ingen tilknytning til gruppene fra før. Det at jeg hadde et forberedende møte med gruppe 2 kan ha påvirket intervjusituasjonen. Kanskje var jeg som moderator og deltakerne i denne gruppen tryggere på hverandre siden vi hadde møtt hverandre en gang tidligere i motsetning til gruppe 1 som jeg kun møtte i forbindelse med intervjuet.

Illustrasjonene over samhandlingsflyt i tabell 1 og 2 viser interaksjonen mellom moderator og gruppedeltakere og gruppedeltakere seg imellom. Den viser også i hvilken utstrekning moderator deltok i samtalen og mulig påvirket retningen av diskusjonene. Matrisen, som vist i tabell 6, gir anledning til å validere innholdsbeskrivelsene i resultatpresentasjonen i forhold til sammenhengen de ble hentet fra i tillegg til å vise i hvilken grad hver enkelt informant bidro til de ulike temaene (Malterud 2003).

En fordel med å foreta transkriberingsarbeidet selv er at forskeren husker situasjonene og kan fullføre ufullstendige setninger, oversette utydelig tale, sette komma på rett sted osv. Meningsanalysen av det som ble sagt, kan starte allerede under transkribering, i tillegg til at en kan lære mye om egen intervjustil. Som et ledd i kvalitetsvurderingen av dataene kunne jeg levert det transkriberte materialet tilbake til informantene for gjennomlesning og korrektur. Jeg kunne også bedt om hjelp fra en anonym assistent til å kvalitetssikre teksten opp mot opptakene. Av hensyn til omfanget og tidsperspektivet ble ingen av disse alternativene valgt. Dette presenterer en mulig svakhet ved oppgaven.

Dette er liten studie basert på et begrenset utvalg med mennesker som har fortalt om sine erfaringer fra fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Resultatpresentasjonen har søkt å være tro mot informantenes stemmer. I fenomenologisk analyse forstås gjerne de meningsfulle enhetene som ikke tolkende tekster. De er allikevel med i en tolkende prosess, i og med at jeg som forsker har valgt ut temaer relatert til forskningsspørsmålene (Tveiten & Boge, 2014). Min motivasjon for å gjennomføre studien har vært å se på helsefremmende

prosesser i selvhjelpsgrupper. I dette ligger det en forforståelse om at selvhjelpsgrupper har positiv helseeffekt. Mine briller har sett etter helsefremmende prosesser og hvordan kunnskap om selvorganisert selvhjelp kan formidles, dette er forhold som har påvirket både analyseprosessen og hvilke funn jeg har valgt å presentere.

Jeg tenker at resultatene har overføringsverdi for fagpersonell innen psykisk helsearbeid, til selvhjelpsfeltet generelt og for mennesker som lurer på om en selvorganisert selvhjelpsgruppe kan være aktuelt hvis de står i en vanskelig livssituasjon.

4.2 Metodediskusjon

I følge Tjora (2010) er fokusgruppeintervju en effektiv form for datagenerering ved at man fanger opp flere menneskers oppfatninger samtidig. Samspillet som oppstår mellom deltakerne kan bidra til flere spontane svar som igjen stimulerer til nye tanker og refleksjoner, enn ved andre datainnsamlingsmetoder som f.eks. individuelle dybdeintervju eller observasjon. Forutsatt at det foregår i trygge rammer kan informantene stimulere hverandre til å belyse flere sider og opplevelser, noe som i neste runde kan gi merverdi i nye tanker og refleksjoner omkring fenomenet. I følge Malterud (2012) er det hensiktsmessig å sette fokusgrupper sammen ut fra en fornuftig balanse mellom likhet og variasjon for å sikre konstruktive assosiasjoner og tilstrekkelig bredde i erfaringer og synspunkter i forhold til problemstilling.

Jeg valgte å rekruttere deltakere til fokusgruppene fra allerede eksisterende selvhjelpsgrupper. I fokusgrupper der deltakerne kjenner hverandre fra før kan det være lettere å få flyt i diskusjonen enn når deltakerne møter hverandre for første gang og hvor samtalen kan gå tregt på grunn av naturlig sjenanse. Homogenitet innen gruppene vil, ifølge Malterud (2012) kunne styrke gruppedynamikken ved at deltakerne lettere gjenkjenner og identifiserer seg med hverandres erfaringer. Samtidig skal en som moderator være klar over at samtalen i allerede eksisterende grupper kan ha en tendens til å følge gamle spor, at deltakerne gjerne gjentar det de pleier å si i lignende situasjoner, og at man dermed mister noe av den spontane merverdien ved fri assosiasjon. Eventuelle etablerte gruppekonstellasjoner som gamle spenninger og ujevn maktfordeling hvor noen tar større plass enn andre, er også faktorer forskeren må være våken for. Å fremme en gruppedynamikk hvor de ulike medlemmene får slippe til er viktig og fordrer at moderator har innsikt i håndtering av gruppeprosesser (Lerdal & Karlsson, 2008).

Dette representerer en mulig svakhet ved min oppgave. Deltakerne i begge gruppene var svært samstemmige hvor den enes resonnement bygget på den andres. Alle var positive til gruppefellesskapet og eventuelle kritiske faktorer ble i liten grad løftet frem.

Det er beskrevet mange analyseverktøy innen kvalitativ forskning. Jeg har forsøkt å følge Malteruds modell for systematisk tekstkondensering STC. STC er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data og er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres, uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner (Malterud, 2017), s 97.

Som nevnt tidligere har min forforståelse og analytiske ferdigheter påvirket analyseprosessen. Til tross for at STC henvender seg til nybegynnere synes jeg det har vært vanskelig å gjennomføre prosessen i detalj. Grovarbeidet med å sortere teksten til meningsdannende enheter for videre å kondensere og så igjen abstrahere og deretter syntetisere til ny kunnskap som kan ha interesse for allmenheten har vært en omfattende ikke-lineær prosess hvor jeg underveis har organisert materialet i tabeller og matriser og gjennomgått analysen og resultatpresentasjon i flere omganger. Fallgruven med å arbeide selvstendig på denne måten er at man risikerer å miste det objektivet blikket i et villnis av mulige veier. Hva leter jeg etter og hva forsøker materialet å fortelle meg?

4.3 Resultatdiskusjon

Analyseprosessen gav grunnlag for å drøfte følgende hovedtema med påfølgende undertema:

Selvorganiserte selvhjelpsgrupper som helsefremmende verktøy for mestring av livsproblem

Trygghet – en faktor for bedring

Gjensidighet

Sosial støtte

Å dele når det skjer

Betydning for psykisk helsearbeid

Homogene eller heterogene grupper

Fagpersoners rolle

Brukernes rolle

Selvorganiserte selvhjelpsgrupper som helsefremmende verktøy for mestring av livsproblem

Selvhjelp handler om å håndtere livsproblem – små eller store – på en måte som gjør at livskvalitet og mestring øker (Godager & Talseth, 2013). Salutogen tilnærming retter seg mot mestringsressurser og handler om å tilføre positive handlinger, muligheter og betingelser, såkalte helsebringende buffere (Lindström et al., 2015).

Som resultatdelen viser var gruppene svært ulike både når det gjaldt gruppesammensetning og inngangsport for deltakelse. Gruppe 1 var en kjønnsblandet gruppe med ulike utfordringer knyttet til psykisk helse, kronisk sykdom, somatikk og familie. Gruppe 2 bestod av menn hvor alle hadde felles utfordringer knyttet til rusavhengighet. Motivasjonen for deltagelse var imidlertid sammenfallende. Begge gruppene beskrev en nøytral og fordomsfri kultur preget av trygghet og forståelse for deling av sårbare og fortrolige livserfaringer. Informantene opplevde stor grad av tilhørighet og beskrev gruppene som et sosialt miljø med et unikt samhold hvor de hadde utviklet verdifulle og varige vennskap. For gruppa med blandet livsproblem ble den sosiale støtten beskrevet å være helsebringende i krevende livsfaser. For gruppa med rusproblematikk fungerte fellesskapet som et ettervern og motivasjon for rusfrihet.

Trygghet – en faktor for bedring

Informantenes opplevelse av trygghet ble beskrevet å ha betydning for personlig vekst og bedringsprosesser. Gjennom å se, høre og fortelle hverandre, opplevde de å forstå og bli forstått. Å tørre å gå inn i en slik prosess, fordrer trygghet. Trygghet til å kunne uttrykke sine erfaringer, trygghet på at de andre vil lytte og engasjere seg, og at de vil prøve å forstå (Hjemdal et al., 1998). I gruppeterapi er trygghet og gruppesamhold en viktig forutsetning for å skape fruktbar kommunikasjon. Trygghet utvikles ved at en gradvis våger å snakke fritt og erfarer at det går bra (Skårderud et al., 2010). Informantene i mitt materiale beskrev nettopp en slik prosess. De hadde utviklet en fordomsfri og forståelsesfull kultur hvor fortrolige temaer ble håndtert på en ivaretagende måte i trygg forvisning om at det ikke ble brukt mot en eller vil komme videre. Ved å våge å være ærlige hadde de erfart at åpenhet om vanskelige tema var ufarlig.

Gjensidighet

Fokusgruppene beskrev en gruppekultur preget av gjensidighet hvor de opplevde seg likeverdige overfor hverandre. Omgangstonen var preget av omsorg og omtanke.

Gjensidighet og dialog med basis i egne erfaringer er bærende elementer i selvhjelpsvirksomhet. Bøe og Thommessen (2007) tildeler dialogen en sentral plass i psykisk helsearbeid og antyder at helsearbeiderens faglige forståelse og teorigrunnlag kan komme i veien for nærhet og åpenhet for den andre. Bjerke (2012) sammenligner selvhjelpsgrupper med en pasient-profesjonell relasjon. I en pasient-profesjonell relasjon vil pasienten innta en mer passiv rolle hvor det er mindre rom for gjensidighet, likeverd og følelse av fellesskap. I en selvhjelpsgruppe er problemet både individuelt og felles på samme tid, noe som bidrar til en destigmatisering av problemet. I en selvhjelpsgruppe er man en aktiv bidragsyter, ikke en passiv mottaker, deltakerne stiller på lik linje. En forutsetning for å oppnå gjensidighet i selvhjelpsgrupper dreier seg ifølge Hjemdal (1998) først og fremst om relasjonene mellom deltakerne. Den autonome gruppeformen krever selvstendighet, engasjement og vilje til å ta felles ansvar for gruppas struktur og utvikling. Deltakerne må ha noe de oppfatter som felles erfaringsbakgrunn av problemer eller behov, det må være nok likhet til å gjøre gjensidig gjenkjennelse mulig samtidig som det må være nok ulikhet for å skape dynamikk i gruppa. Dette krever en viss grad av felles ideologi, god kjemi og enighet om selvhjelpens særegne karakterer. Den åpne dialogen forutsetter evne til empati og innlevelse i andres situasjon. I tillegg må deltakerne være villige til å inngå i et gjensidig fellesskap hvor de deler erfaringer og lytter til andres.

Deltakerne i gruppe 1 beskrev en fordomsfri gruppekultur preget av forståelse uten forventning om å måtte fortelle eller forklare seg når ting var vanskelig. Denne gjensidige tilliten ble beskrevet å være helsebringende ved at gruppa for enkelte fungerte som et fristed i krevende livsfaser. I gruppa kunne de hente seg inn igjen og få tankespinn over på noe annet. Disse beskrivelsene samsvarer med Landstad og Hedlunds (2011) forskning som fant at deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til opplevelse av positiv helse gjennom å få en sammenheng i livet, tilhørighet, emosjonell styrke, innsikt, og at smerter og vansker blir tålelige.

Deltakerne i gruppe 2 hadde en sterk opplevelse av «å snakke samme språk» i og med at de hadde felles erfaringsbakgrunn. Samtaletemaene handlet ikke nødvendigvis om rus, men om å utveksle erfaringer om livet. Samhørigheten, fellesskapet og gjenkjennelseeffekten motiverte deltakerne til å holde seg rusfrie. At selvorganiserte selvhjelpsgrupper har positiv effekt for rusavhengige bekreftes av Vederhus med flere (2008) som fant at selvhjelpsgrupper kan utgjøre en betydelig ressurs i rehabilitering og hjelp til å vedlikeholde et positivt forløp. I følge Hjemdal (1998) gir deltakelse i selvhjelpsgrupper mulighet til å utforske og bygge opp igjen sosial identitet, spesielt for mennesker som på grunn av sine livsproblemer føler seg annerledes og stigmatisert. Dialog basert på gjensidighet kan bidra til oppdagelse av følelser og reaksjoner hos en selv som gir større forståelse i form av at en lærer seg selv bedre å kjenne. Å snakke med «våre egne» gir mulighet til bevisstgjøring ved at man setter ord på egne og lytter til andres tanker.

Sosial støtte

Begge fokusgruppene omtalte fellesskapet som en arena for styrking av selvfølelse hvor gjensidighet og opplevelse av å være betydningsfulle for hverandre ble fremhevet som verdifullt. For flere fungerte selvhjelpsgruppa som et øvingsverksted for å trygge seg selv i samhandling med andre. Informantene beskrev selvhjelpsgruppene som et positivt sosialt fellesskap hvor de fritt kunne snakke om ting de slet med. De ukentlige møtene bidro til forutsigbarhet og mening i hverdagen. Deltakerne i begge gruppene beskrev fellesskapet som unikt hvor de hadde utviklet varige vennskap og verdifulle relasjoner.

En selvhjelpsgruppe er et stabilt og likeverdig fellesskap som tilbyr et møte med likestilte for utveksling av tanker og erfaringer (Berge & Repål, 2000). Selvorganiserte selvhjelpsgrupper beskrives som øvingsverksted for sosial samhandling i det virkelige liv hvor det utvikles en kollektiv kunnskap gjennom prosessene deltakerne gjennomgår sammen som gruppe

(Brottveit & Feiring, 2014). I salutogen tilnærming er kvaliteten på sosial støtte og identitet avgjørende motstandsressurser. Sosial støtte er både en buffer og har en direkte helseforebyggende effekt (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Eva Langelands forskning på effekter av salutogene samtalegrupper for mestring av psykiske helseproblemer, fant at både det å gi og ta imot sosial støtte og positive tilbakemeldinger styrker selvfølelsen. Betydningen av sosial støtte, spesielt evne til å gi omsorg og opplevelse av sosial integrasjon, bidrar til gunstig utvikling av Opplevelse av sammenheng. Ved å ta imot god sosial støtte kan mestringsevnen styrkes, noe som igjen fører til at personene bedre evner å nyttiggjøre seg sine ressurser. (Langeland, 2009; Langeland, 2014).

Å dele når det skjer

Informantene beskrev selvhjelpsgruppene som en arena for læring, personlig vekst og sosial trening. Ved å våge å fortelle om seg selv og lytte til hverandre hadde deltakerne fått ny kunnskap. Innsikten i hverandres problemer hadde gjort deltakerne mer forståelsesfulle, reflektert og bevisst på egne handlingsvalg. Flere beskrev at de hadde vokst som mennesker og klart å gjøre positive endringer i livene sine. Erfaringslæring i det å kjenne seg igjen i andre ble også trukket frem. Ved å lytte til andres fortellinger fikk de ny forståelse som de kunne ta i bruk i egne liv.

Menneskets bevissthet og identitet oppstår og utvikles i relasjon med andre (Bøe & Thomassen, 2007). Bjerke fremhever at deling av personlige historier i selvhjelpsgrupper er et virkemiddel som muliggjør gjenkjennelse, identifisering og etablering av felles mening. Ved å dele erfaringer blir deltakerne betydningsfulle historiefortellere og meningsbærere i et sosialt fellesskap. Dette kan være forløsende i seg selv i tillegg til at det kan skape mening for andre (Bjerke, 2012). Å dele tanker og vonde opplevelser gjør vonde minner mindre farlige. Ved å snakke med andre får en hjelp til å sortere eller rydde opp, slik at en bedre forstår sine egne reaksjoner. Gjennom språket kan vi se oss selv gjennom andres meninger, man virkeliggjøres gjennom forholdet til andre. Likhet i gruppa skaper grunnlag for identifikasjon, mens forskjellene representerer ressurser og dynamikk til å bryte mønstre og finne nye strategier for mestring av problemer (Hjemdal et al., 1998).

Selvhjelprinsippet tar utgangspunkt i at ethvert menneske med psykisk smerte også har sine friske sider. Den helsefremmende kraften i selvhjelpsgrupper er summen og kombinasjonen av at den enkeltes iboende, naturlige potensiale for egenomsorg aktiveres (Matzat, 1992b). Kjølstad (2004) hevder at deltakelse i selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan ha terapeutisk

effekt i form av personlig vekst, forandring og utvikling. Meningsløshet og fortvilelse mister noe av sin altoverskyggende tyngde når den deles med andre i fellesskap. Utveksling av erfaringer og synspunkter kan etter hvert bidra til at man lettere klarer å bære sin byrde, og at man kan gjøre endringer i positiv retning. Matzat (1992b) forklarer terapeutiske effekter i selvhjelpsgrupper med opphevelse av indre og ytre isolasjon når den enkelte får anledning til å treffe og drøfte sine livsproblemer med likesinnede. Han kaller det en destigmatiserings- og depatologiseringseffekt ved at det som i andre sammenhenger gjør deg til en avviker, er selve inngangstegnet til gruppen og gjør deg til en av mange. De kontinuerlige møtene ivaretar hensynet til at terapeutisk arbeid tar tid, og er basert på gradvis utvikling av tillit og sympati mellom mennesker som i utgangspunktet er fremmede for hverandre. Den enkeltes personlige utvikling følges av gruppen hvor hvert enkelt medlem får anledning til å bearbeide gjentatte, intensive motsetninger og vanskeligheter over et lenger tidsrom. Opplevelse av gruppetilhørighet og identitet basert på trygghet i gruppen skaper en «vi-følelse» hvor deltakerne etter hvert får større innsikt i både egne og andres problemer. Den kontinuerlige egenerapien styrker evnen til å løse personlige konflikter og å realisere endringer, først i gruppen, senere i hverdagen i hver enkeltes liv. Læring gjennom eksempelets makt danner rammen for en uselvisk form for egoisme hvor gruppen fremmer aktivisering av det friske.

Begge gruppene beskrev erfaringsdeling som avlastende og verdifullt hvor taushetsplikten var overordnet. Samtaletemaene dreide seg ikke nødvendigvis om problemprat, men mere om det å takle livet. Informantene hadde fokus på å løfte hverandre og forsøkte å unngå å gi hverandre råd, kun dele erfaringer. Begge gruppene fortalte at de snakket om alt mulig, om gleder og sorger, problemer og grublerier, ulike utfordringer i hverdagen. Det var lite fokus på diagnoser og lidelser samtidig som selvhjelpsgruppene var et sted hvor de fikk utløp for bekymringer og frustrasjon. En av informantene formidlet viktigheten av å dele opplevelser når det var ferskt, når en står midt oppi problemene. En annen berømmet selvhjelpsgruppas ivaretagende atmosfære. Informantene i begge gruppene fortalte at de opplevde seg sett og forstått, også uten ord.

Personer som evner å bruke tilgjengelige motstandsressurser vil ifølge salutogen tenkning overvinne stressfaktorer og bevege seg mot helseenden av kontinuumet. Meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner er generelle motstandsressurser som må være på plass for å kunne utvikle en sterk opplevelse av sammenheng (Lindström et al., 2015). I følge Langeland (2014) kan deling av mestringshistorier ha stor betydning for den enkelte ved å bidra til å skape mening og

sammenheng om seg selv, optimisme og tillit til egen styrke. Ved å spørre etter forklaringer og årsaker til velvære eller evnen til å ha mestret en vanskelig situasjon vektlegges helsefremmende faktorer og erfaringer.

Denne beskrivelsen samsvarer med min observasjon under intervjuet med gruppe 2 hvor jeg fikk innblikk i samspillet i forbindelse med at en av deltakerne hadde en utfordring som måtte løses der og da. Ved bruk av utforskende og åpne spørsmål, støttende og undrende kommentarer, motiverte gruppa vedkommende til å reflektere over egen situasjon slik at han kunne ta viktige helsemessige beslutninger (litt som motiverende intervju).

Betydning for psykisk helsearbeid

Alle informantene var opptatt av at kunnskap om selvhjelp må bli kjent slik at flere kan få mulighet til å gå i tilsvarende grupper. Dette er i tråd med Nasjonal plan for selvhjelp som har som mål at selvorganisert selvhjelp skal være en ressurs i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet i møte med mennesker med psykisk helse og ruslidelser. Visjonen er at alle i Norge skal vite hva selvorganisert selvhjelp er for å kunne ta kunnskapen i bruk når livsproblemer oppstår (Helsedirektoratet, 2014b). Etablering og drift av selvhjelpsgrupper kan organiseres innenfor interessepolitiske organisasjoner som har selvorganisert selvhjelp som en del av sine aktiviteter. Noen grupper kommer i stand som et samarbeid mellom ulike frivillige organisasjoner innen helse- og sosialsektoren, gjerne i samarbeid med en frivillighetssentral eller etter kurs, f.eks. ved et lærings- og mestringssenter. Grupper vil kunne organiseres ut fra et felles problem og ut fra ulike livsproblem. Selvhjelp Norge fremhever at det må tas hensyn til hva som er naturlig og mulig i det enkelte lokalsamfunn når enkeltmennesker eller organisasjoner skal starte opp grupper lokalt. Ved en for streng definisjon kan selvhjelpgruppemuligheten bli mindre tilgjengelig ved at få passer inn i problembeskrivelsen (Godager & Talseth, 2013).

Temabaserte grupper eller grupper på tvers

Begge gruppene fremhevet fordelene med «sin» gruppesammensetning. Gruppe 1 opplevde det berikende å gå i en gruppe på tvers, at innsikt i andres sykdommer og livsproblem hadde bidratt til utvidet forståelse i møte med andre mennesker. Informantene opplevde gruppa som en nøytral samtalepartner og et meningsfullt sted å være.

Selvorganiserte selvhjelpsgrupper har tradisjonelt bestått av mennesker med et felles problem eller diagnose knyttet til rus, spiseforstyrrelser, angst, kreft, sorg, samlivsbrudd m.m. Nasjonal plan for selvhjelp fremhever imidlertid flere fordeler med grupper som ikke er knyttet til bestemt diagnose eller problem. Erfaringsdelingen blir mer konstruktiv, arbeidet oppleves mindre stigmatiserende og det blir enklere å etablere grupper på små steder (Helsedirektoratet, 2014b).

For gruppe 2 var felles livsproblem forutsetningen for at de i det hele tatt deltok i gruppa. Gruppa hadde eksistert gjennom mange år som en fagledet behandlingsgruppe i regi av offentlig rusklinikk før de ble en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Kunnskapen om at alle hadde samme problem – avhengighet til rus, ble fremhevet som vesentlig, de opplevde trygghet ved at alle hadde samme bakgrunn og beskrev en sterk opplevelse av tilhørighet ved å snakke «samme språk». Bjerke (2012) viser til lignende erfaringer og antyder at prinsippet om likeverdighet i selvhjelpsgrupper gjør rehabilitering fra ruslidelse smittsomt i positiv forstand. Samvær med likeverdige andre med felles mål om rusfrihet og et bedre liv, kan danne sterke sosiale bånd og resultere i opplevelse av tilhørighet og fellesskap for den enkelte, relasjoner som beskrives som kvalitativt annerledes enn det en pasient-terapeut-relasjon utgjør. Dette bekreftes av Vederhus med flere (2008) som fant at deling av opplevelser eller skjebne med andre i samme situasjon er den viktigste terapeutiske aktiviteten i selvhjelpsgrupper for rusavhengige. Det å erfare at en ikke er alene med sitt problem, og bli en del av et støttende fellesskap har stor betydning i veien mot varig rusfrihet og vil kunne bedre den langsiktige prognosen.

Hvorvidt informantene i gruppe 2 ville ha tilsvarende nytte av å gå i gruppe på tvers slik som deltakere i gruppe 1 beskriver, blir bare spekulasjoner, men det er relevant å ta med i betraktningen at det fortsatt er mer skambelagt og stigmatiserende å søke hjelp for sin ruslidelse sammenlignet med andre problemer, men i mindre grad når man søker hjelp hos sine sine likemenn/kvinner hvor man stiller på lik linje med de andre og sees på som en

bidragsyter (Bjerke, 2012). Godager og Talseth (2013) hevder imidlertid at endringspotensialet i en gruppe på tvers mulig er enda større enn i en temabasert gruppe. Grupper på tvers gir mulighet for å bygge nye nettverk f.eks. utenfor rusmiljø, noe som kan bidra til å bryte ut av fastspikrede roller og mønstre. Utgangspunktet for en selvhjelpsgruppe er deltakere som har en form for felles erfaring og kunnskap om mestring og ikke-mestring av sine problemer. Livsproblem er sammensatt og bunner ofte i en felles kjerne, noe allmennmenneskelig hvor maktesløshet, avmakt, tristhet, sorg og lavt selvbilde ofte er felles stikkord. En av deltakerne i gruppe 2 illustrerte dette ved å si at det er flere årsaker til at man begynner å drikke og at samtaletemaene i selvhjelpsgruppa ikke nødvendigvis handler om rus, men mere om det å takle livet.

Fagfolks rolle

Selvorganisert selvhjelp hadde vært ukjent for samtlige informanter og ingen av gruppene hadde kommet i stand uten fagfolks bidrag. Etter hvert som deltakerne opplevde trygghet i gruppene klarte de seg fint på egen hånd. Overordnet pekte informantene på behovet for fagfolk eller ildsjeler som tar ansvar for organisering og systematisering av rekrutteringsarbeidet.

Gruppe 1 roste fagfolks innsats med å sette sammen en velfungerende gruppe på tvers av livsproblem. Ansatte ved lærings- og mestringssenteret hadde fulgt opp individuelt med e-post og telefonsamtaler etter at flere av deltagerne hadde deltatt på ulike diagnoserettede kurs hvor de hadde fått informasjon om muligheten til å fortsette i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Flere av deltagerne beskrev denne oppfølgingen som avgjørende for at de hadde takket ja.

Et grunnleggende prinsipp i selvhjelpsarbeidet er at arbeidet drives på initiativ fra mennesker det gjelder og som har et problem. Nasjonal plan for selvhjelp peker imidlertid på behovet for en koordinerende funksjon, et sted folk kan henvende seg når og hvis de ønsker å gå i en selvhjelpsgruppe (Helsedirektoratet, 2014b). Ifølge Brottveit (2014) kan det være krevende og omfattende å forankre selvhjelpsarbeid i lokalsamfunn. Nettverksbygging og strategiske allianser i tillegg til tålmodig informasjons- og dialogarbeid er avgjørende. Lokale nøkkelpersoner må både ville og ha forståelse for selvhjelpsfilosofi. Forståelsen må også rekke ut til behandlere, ansatte i førstelinjetjeneste, pasienter, klienter og ut til befolkningen i alminnelighet. Dette bekreftes i en rapport fra et etablerings- og igangsettingsprosjekt av selvhjelpsgrupper (Gotaas, 2012) som oppsummerte at det er et møysommelig og tidkrevende

arbeid å gjøre selvhjelpsarbeidet kjent i den allmenne offentlighet, i organisasjoner og i tjenesteapparat. Rekrutteringsprosessene krever mye tid og administrasjon hvor etablering av grupper på tvers av livsproblem krever et bredere informasjonsarbeid enn grupper rekruttert med deltakere i samme livssituasjon. Det tar ofte tid fra folk som kan tenke seg å gå i selvhjelpsgruppe tenker tanken, til de tar kontakt, og det tar tid før man har samlet nok deltakere til å starte en gruppe.

Gruppe 2 beskrev fagpersoners rolle som avgjørende for at overgangen fra en fagledet behandlingsgruppe i offentlig regi til en selvorganisert selvhjelpsgruppe ble vellykket. Fagleder fra klinikken hadde aktivt deltatt i oppstarten og stakk fortsatt innom møtene med jevne mellomrom. I tillegg hadde de valgt å knytte seg til a-larm som er en landsdekkende bruker- og pårørendeorganisasjon innen rusfeltet. Organisasjonen har selvhjelpsfilosofi som grunnstamme og fokus på å kombinere fag- og erfaringskompetanse.

Vederhus (2012) hevder at majoriteten av pasienter med rusproblem med relativt enkle metoder kan motiveres til å delta i selvhjelpsgrupper og anmoder fagpersonell om å vurdere henvisning til selvhjelpsgrupper som en sentral del av den terapeutiske prosessen. Dette fordrer at ansatte i rusinstitusjoner høyner sitt kunnskapsnivå om de vanlige forekommende selvhjelpsgrupper for ruspasienter slik at pasienter kan delta i grupper som en del av sin behandlingsaktivitet. I Norge er det selvhjelpsorganisasjonene AA og NA, med sin 12-trinnsmodell, som dominerer som ettervern i norsk rusbehandling. Sjøfjell og Myhra (2015) peker imidlertid på behovet for mangfold innen selvhjelpstilbudet da mennesker med rusmiddelproblemer ikke nødvendigvis føler seg hjemme i AA/NA fellesskapene. Informantene i gruppe 2 bekreftet dette, de hadde knyttet seg til a-larm da dette var en variant som passet for dem.

Brukernes rolle

Det kan synes å være et paradoks at selvhjelpsaktivitet som er tuftet på og forutsetter personlig motivasjon krever såpass omfattende organisering fra utenforstående som mitt materiale beskriver. Manglende åpenhet med ønske om å være anonym og stigmatiserende holdninger i samfunnet var faktorer som begrenset deltakerne i å snakke med andre om at de deltok i en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Begge gruppene pekte på at hvis de skal bidra til å gjøre selvhjelpsarbeidet kjent må de være åpne om at går i en selvhjelpsgruppe og på den måten avmystifisere negative forestillinger ved å vise at folk som går i selvhjelpsgrupper er helt vanlige mennesker. Gruppe 1 hadde dialog med Selvhjelp Norge om å bidra som

erfaringskonsulenter i rekrutteringsarbeidet. Flere av informantene i gruppe 2 konkluderte med at det må være a-larms eller klinikkens ansvar når det skal rekrutteres til selvhjelpsgrupper, men at deltakernes viktigste bidrag er å ta imot nye på en god måte, slik at de får lyst til å fortsette i gruppa. Dette er i tråd med anbefalinger fra forskningsmiljøet som hevder at pasienter som starter i selvhjelpsgruppe allerede mens de er i behandling har en høyere frekvens og involvering i en ettervernsfase. Vederhus med flere (2008) konkluderte med at ansatte innen rusfeltet som et minimum bør skaffe seg og gi videre informasjon om møter og steder for aktuelle selvhjelpsgrupper, og videre anbefale at flere pasienter kan gå sammen til gruppemøter fra en behandlingsinstitusjon, slik at de rekker å bli kjent og får tilknytning til gruppene før utskrivelse.

DEL 5 OPPSUMMERENDE KONKLUSJON

Dette er en liten kvalitativ studie med 12 informanter som har formidlet deltakeropplevelser fra 2 forskjellige selvorganiserte selvhjelpsgrupper, den ene med blandede livsproblem, den andre med samme livsproblem som inngangsport. Resultatene har overføringsverdi for fagpersonell innen psykisk helsearbeid, til selvhjelpsfeltet generelt og for mennesker som lurer på om selvorganiserte selvhjelpsgrupper kan være en aktuell vei å gå. Resultatene støtter oppunder tidligere forskning hva gjelder helsefremming, sosial støtte, ettervern og rekrutteringsarbeid. Gruppene ble beskrevet å være positive sosiale fellesskap for deling av sårbare og fortrolige livserfaringer. Selvhjelpsgruppene var en forutsigbar og meningsfull aktivitet hvor de opplevde stor grad av tilhørighet og sosial støtte. Erfaringsutvekslingen og den gjensidige tilliten bidro til å styrke deltakernes mestringsressurser som igjen motiverte til helsefremmende handlinger. For gruppa med blandet livsproblem ble den sosiale støtten beskrevet å være helsebringende hvor kunnskapen om hverandres livsproblem hadde gitt utvidet forståelsesramme. For gruppa med rusproblematikk var kunnskapen om at alle hadde samme problem avgjørende for deltakelse. Fellesskapet fungerte som et ettervern og motivasjon for rusfrihet. Fagfolks innsats hadde vært avgjørende for at selvhjelpsgruppene kom i stand. Offentlige instanser, i denne sammenheng ildsjeler ved lærings- og mestringscenteret og offentlig rusklinikk, hadde betydning for hvorvidt det ble etablert gruppe på tvers av livsproblem eller temabasert gruppe.

Basert på deltakernes erfaringer finner mitt materiale grunnlag for å konkludere med at selvorganiserte selvhjelpsgrupper er et helsefremmende og virksomt verktøy i psykisk helsearbeid. Fagfolks engasjement og kunnskap om selvhjelp er av stor betydning ved etablering av nye grupper.

Litteraturliste:

- A-Larm, N. (2017, 16.04). Om A-larm Norge. Hentet fra <http://a-larm.no/om-a-larm/2017/april/>
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Avis, M., Elkan, R., Patel, S., Walker, B. A., Ankti, N., & Bell, C. (2008). Ethnicity and participation in cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*, 17(9), 940-947. doi:10.1002/pon.1284
- Berge, T., & Repål, A. (2000). *Trange rom og åpne plasser: Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (Ny rev. utg. ed.). Oslo: Aschehoug.
- Bjerke, T. N. (2012). Selvhjelpsgrupper mot rusavhengighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(1), 54-56.
- Brinkmann, S., Holthe, M. E. G., & Røen, P. (2015). *Det Diagnostiserte livet: Økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brottveit, Å. (2014). *Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper. Rom for selvhjelp: Det skal to til for å danse tango* (NIBR notat 2014:104). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2014-104.pdf>
- Brottveit, Å., & Feiring, M. (2014). *Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper. Perspektiver på deltakelse og samarbeid* (NIBR notat 2013:107). Hentet fra http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2013-107_.pdf
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2004). *Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders?* *Psychological Medicine*, 34, 959-971.
- Eidheim, F. (2000). *Selvhjelp i folkehelsearbeid: En forstudie i Angstringen* (Vol. 2000:112). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Feiring, M. (2014). *Om politisering og læring i selvhjelpsfeltet*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi *Phenomenology and psychological research* (Vol. 1985, pp. 8-22). Pittsburg: Duquesne University Press.
- Godager, E. V., & Talseth, S. (2013). *Selvhjelp. Om å ta tak i eget liv sammen med andre*. Falun: Z-forlag.

- Gotaas, N. (2012). *Kartlegging Link Vestfold. Etablering og igangsetning av selvhjelpsgrupper. Erfaringer fra nettverk for selvhjelp. Utviklingsprosjekt LINK Vestfold* (NIBR-rapport 2012:8) Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2012-8.pdf>
- Hasle, B., & Risstubben, E. (2007). *Selvhjelp for pårørende: Et forprosjekt fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatri i samarbeid med Høgskolen i Volda* (Arbeidsrapport nr. 206). Hentet fra http://www.hivolda.no/neted/upload/attachment/site/group1/arb_206.pdf
- Hedlund, M., & Landstad, B. (2011). *Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper: Helsepolitikk, empowerment og positiv helse* (HINT arbeidsnotat nr 239). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/146109>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering og organisering*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf
- Helsedirektoratet. (2014a). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp* Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjemdal, O. K., Nilsen, S., Seim, S., & Ribe, E. (1998). *Selvhjelp: Kunsten å løfte seg etter håret*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hviid Jacobsen, M., & Qvotrup Jensen, S. (2012). *Kvalitative utfordringer*. København: Hans Reitzel.
- Jakobsen, K., & Lillefjell, M. (2011). *Selvhjelpsgrupper: Et oppfølgingstilbud for deltakere ved Enhet for raskere tilbake Betania Malvik* (Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2011/05). Hentet fra <http://www.ntnu.edu/chpr>
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvamme, I., & Nilsen, A. C. E. (2011). *Hjelper selvhjelp? En prosessevaluering av prosjektet Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid* (Agderforskning prosjektrapport nr 01/2011) Hentet fra <http://www.agderforskning.no/wp-content/uploads/2015/10/Hjelper-selvhjelp.pdf>

- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 288-296.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer. En kunnskapsoppsummering* (NAPHA rapport 1/2014). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4835/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 2008(3), 172-175. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0036
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing Network Support for Drinking: Network Support Project 2-Year Follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 229-242. doi:10.1037/a0015252
- Loland, N. W. (2006). *Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon: kunnskapsoppsummering* (Kunnskapssenteret Rapport nr. 21-2006). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/not-available--183886>
- Majormoen, E. (2013). *Et mentalt treningsstudio: Deltageropplevelser og erfaringer fra heterogene selvorganiserte selvhjelpsgrupper sett i et helsefremmende perspektiv*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Gjøvik). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/100371/EHMajormoen2013.pdf>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matzat, J. (1992a). Selvhjelpsgrupper som grunnleggende behandlingsform i psykoterapi og sosialt arbeid. In L. Fyrand (Ed.), *Perspektiver på sosialt nettverk* (pp. 180 - 186). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matzat, J. (1992b). Selvhjelp for psykiatriske pasienter. In L. Fyrand (Ed.), *Perspektiver på sosialt nettverk* (pp. 187 - 202). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nord Universitet. (2016, 25.01). Psykisk helse, masterutdanning. Hentet fra <http://www.nord.no/no/studier/psykisk-helsearbeid-masterutdanning/2016/januar>
- Norsk Selvhjelpsforum. (2000). *Årsmelding 1999*. Oslo: Norsk Selvhjelpsforum.
- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). *Mutual Help Groups for Mental Health Problems: A Review of Effectiveness Studies*. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 110-121. doi:10.1007/s10464-008-9181-0

- Selvhjelp Norge. (2016b, 18.08). Hva er selvorganisert selvhjelp? Hentet fra http://www.selhjelp.no/no/Selvhjelpsgrupper/Om_selvhjelp/2016/august
- Sjåfjell, T. L., & Myhra, A.-B. (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 140-148.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Nasjonalt plan for selvhjelp*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- St.meld nr. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- St.meld nr. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Oslo
Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1>.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Vederhus, J.-K. (2012). *Addiction professionals' and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups*. (Doktorgradsavhandling, Medisinsk fakultet), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø., Tveit, H., & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper; en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(10), 1268-1275.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlinges gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 12
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 321 884

Paul Greiff
Avdeling for helsefag Høgskolen i Nord-Trøndelag
Serviceboks 2501
7729 STEINKJER

Vår dato: 16.02.2016

Vår ref: 41949 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41949	<i>Helsefremmende fellesskap. Om samtaler i selvhjelpsgrupper</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Paul Greiff</i>
Student	<i>Irene Fjeldstad</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somy

Kontaktperson: Anne-Mette Somy tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Auditingkontorer / District Offices:

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 02. kytrnsd@svt.ntnu.no

TROMSØ NSD: SNT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@kyst.uib.no

Vedlegg 2



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Knut Ruyter	Telefon: 22845518	Vår dato: 17.12.2014	Vår referanse: 2014/1962/REK sør-øst C
			Deres dato: 28.10.2014	Deres referanse:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Irene Beate Fjeldstad
Høgskolen i Nord-Trøndelag

2014/1962 Helsefremmende felleskap, om samtaler i selvhjelpsgrupper

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 25.11.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Nord-Trøndelag
Prosjektleder: Irene Beate Fjeldstad

Prosjektomtale (original):

Jeg ønsker å utforske deltakeres erfaringskunnskap eller opplevelse ved bruk av selvhjelpsgrupper. Studien skal ha et kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming ved bruk av intervju. Fenomenet jeg skal undersøke er "selvhjelpsgruppe som verktøy for mestring av livsproblem". Aktuelle forskningsspørsmål prosjektet skal besvare er: Hva motiverer mennesker med et livsproblem til å delta i eller aktivt ta initiativ til å starte en selvhjelpsgruppe? Hvilken betydning har selvhjelpsgrupper som helsefremmende verktøy i psykisk helsearbeid? Forskningsspørsmålene og datainnsamling gjennomføres ved bruk av fokusgruppeintervju hvor deltakere i etablerte selvhjelpsgrupper i fellesskap inviteres til å diskutere ett eller flere tema med meg som forsker og ordstyrer. Intervjuene vil videre bli transkribert og bearbeidet ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4.

Prosjektet er et mastergradsprosjekt ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Prosjektet fremstår som nyttig og viktig for å undersøke deltakeres opplevelse i selvhjelpsgrupper.

Formålet med studien er å utforske deltakeres erfaringskunnskap fra selvhjelpsgrupper som verktøy for mestring av livsproblem. Etter komiteens mening faller dette utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor alminnelige bestemmelser for taushetsplikt og personvern ved de involverte institusjoner, Nøtterøy kommune og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som egnet til å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Besøksadresse: Gulhaugveien 1-3, 0484 Oslo
Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskningsetikkom.no
Web: <http://helseforskningsetikkom.no/>

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

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst (not to individual staff)

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim
prof.dr.med
leder REK sør-øst C

Knut Ruyter
avdelingsdirektør REK sør-øst sekretariat

Kopi til: paul.greifff@hint.no
Høgskolen i Nord-Trendelag ved øverste administrative ledelse: postmottak@hint.no

Vedlegg 3:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Helsefremmende fellesskap. Om samtaler i selvhjelpsgrupper.

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Irene Fjeldstad. Jeg er student ved HiNT, høgsolen i Nord-Trøndelag, avdeling for helsefag hvor jeg tar en mastergrad i Psykisk Helsearbeid. Masterstudiet gjennomfører jeg på egen hånd i samarbeid med Selvhjelp Norge. Tema for mastergradsprosjektet er Selvhjelp.

Grunnen til at jeg henvender meg til deg er fordi du deltar i en selvhjelpsgruppe. For å innhente data til prosjektet ønsker jeg å intervjuere gruppa du deltar i.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at jeg intervjuer selvhjelpsgruppa du er med i. Intervjuet vil ha form som en gruppesamtale hvor jeg ved bruk av flere spørsmål inviterer dere til å fortelle om hvordan det er å gå i en selvhjelpsgruppe og hva som skal til for å bli med. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil ved hjelp av en i-phone. Intervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Etter intervjuet vil samtalen gjøres om til tekst. Eventuelle personopplysninger som kom frem under opptaket vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.04.16. Lydopptak vil bli slettet så snart prosjektet er ferdig.

Frivillig deltakelse

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 anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg signere svarslippen under og levere den til undertegnede.

Samtykke til deltakelse i studien

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

Dato

Signatur

Telefonnummer