



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

Veiledet selvhjelps betydning for å fremme helse

The importance of guided self-help in promoting health

Torunn Ellingsen

Klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Avdeling for helsefag

HELS-OPPG

Veileder: Kari Marie Thorkildsen

1. Juni 2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Masteroppgave

**Veiledet selvhjelps betydning for å fremme helse
En kvalitativ studie av personers erfaring av veiledet selvhjelp fra likeperson.**

**The importance of guided self-help in promoting health
A qualitative study of people's experience of supervised self-help from a peer.**



Foto: Bodil Hagen

Masterutdanning i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet – Stord/Haugesund

Avdeling helsefag

Kull 2014

Antall ord: 37 473

Antall studiepoeng: 45

Torunn Ellingsen

Juni 2017

Forord

Studien som presenteres er en del av mitt mastergradsstudium ”Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved Høyskolen på Vestlandet. Studien ville ikke vært mulig uten støttespillere, og jeg ønsker å takke alle som har bidratt til resultatet som foreligger.

De første jeg vil takke og som har gjort denne studien mulig, er informantene som ønsket å fortelle om sine erfaringer og som viste meg stor tillit. Deres bidrag har gitt større forståelse og bedre innsikt i hvordan mennesker med spiseforstyrrelse kan ha nytte av veiledet selvhjelp. Det dere har fortalt har vært til stor inspirasjon og gitt meg motivasjon til å komme videre når oppgaven buttet imot. Jeg føler seg privilegert som har fått tatt del i deres historie! Jeg vil også takke brukerorganisasjonene for deres velvillighet til å bidra med å rekruttere informanter. Deres engasjement for mitt valg av tema gav meg inspirasjon til å jobbe med temaet.

Deretter vil jeg rette en stor takk til min kunnskapsrike veileder Kari Marie Thorkildsen ved Høyskolen på Vestlandet som har gitt meg stor støtte underveis. Din veiledning og dine tilbakemeldinger har vært til uvurderlig hjelp i prosessen. Gjennom din rettleiding har denne oppgaven tatt form til et resultat som jeg er fornøyd med.

Jeg ønsker å takke min arbeidsgiver som har gitt meg permisjon i forbindelse med undervisning og eksamen gjennom studieperioden, og for positiv støtte når jeg har hatt behov for tilrettelagt arbeidsdag. Takk også til Norsk Sykepleierforbund og Karmøy kommune for stipend som har lettet noe på den økonomiske kostnaden studien har hatt. Mine kollegaer på bestillerkontoret i Karmøy fortjener også en takk som tålmodig har måttet stilt opp ekstra i mitt fravær og kommet med oppmuntrende ord.

Takk også til familie, venner og medstudenter som gjennom lang tid har gitt støtte, forståelse og oppmuntring. Særlig en stor takk til mine fire flotte barn Marte, Torbjørn, Kåre Andre og Emilie og mann, Bjørn Erik som har måttet leve med opptatt og stresset mamma og kone i en hektisk skriveperiode. Uten deres tålmodighet og forståelse hadde dette ikke vært mulig.

Tusen takk!

Sammendrag

Bakgrunn: Brukerorganisasjoner for berørte av spiseforstyrrelse tilbyr veiledet selvhjelp til mennesker som lider av en spiseforstyrrelse. Studien er basert på omsorgsvitenskapelig perspektiv og hvordan veiledet selvhjelp fra en likeperson kan bidra til å fremme helse.

Hensikt: Hensikten med studien er økt kunnskap og forståelse for veiledet selvhjelps betydning for helse for mennesker med spiseforstyrrelse.

Problemstilling: Hvordan kan veiledet selvhjelp bidra til å fremme helse hos mennesker med spiseforstyrrelse?

Metode: Studien har et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming og er basert på individuelle intervju med tre personer som har eller har hatt en spiseforstyrrelse og som har deltatt i veiledet selvhjelp med en likeperson. Kvalitativt forskningsintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode.

Funn: Informantene erfarer at veiledet selvhjelp fra en likeperson er hjelp som i gode sykdomsperioder er like god eller bedre enn hjelpen fra en fagperson. At likepersonen selv har klart å bli frisk, fremmer håp om å selv klare det samme. Å snakke med en likeperson som har samme erfaring, fremmer troverdigheten til veiledningen og rådene som gis. Tillit, god relasjon til likepersonen, at informantene kjenner seg igjen i likepersonens historie og at hjelpen er frivillig, er avgjørende for at veiledet selvhjelp skal fremme helse. God helse oppleves å være sammensatt og handler om å ha være frisk fysisk, å være glad, ha god selvfølelse, meningsfulle aktiviteter, gode mennesker rundt seg i hverdagen og en meningsfull jobb.

Konklusjon: Veiledet selvhjelp og samtale med likeperson fremmer helse for et menneske med spiseforstyrrelse gjennom helhet i kropp, sjel og ånd og gjennom forsoning med lidelsen.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelse, selvhjelp, likeperson, brukerorganisasjon, helse, håp, tro.

Abstract

Background: User organizations for affected eating disorders offer guided self-help to people suffering from an eating disorder. The study is based on a caring science perspective and how guided self-help from a peer can contribute to promoting health.

Purpose: The purpose of the study is increased knowledge and understanding of the guidance of self-help for the health of people with eating disorder.

Issue: How can guided self-help promote health for people with eating disorder?

Method: The study has qualitative design with hermeneutical approach, and is based on individual interviews with three people who have or have had an eating disorder and who have participated in guided self-help with an equal person. Qualitative research interview was chosen as the data collection method.

Results: The informants find that guided self-help from a peer is help that in good periods of the illness is as good or better than the help of a professional. To see that a person has managed to get well promotes hope of self being well. Talking to an equal person who has the same experience promotes credibility for advice and guidance given. Trust to the peer, that the story is the same and that the help is voluntary is crucial for guided self-help to lead to better health. Good health is complex and is about having good physical health, being happy, good self-esteem, meaningful activities, good people around in everyday life and meaningful work.

Conclusion: Guided self-help and contact with a peer promotes health for a human being throughout entirety of the body, soul and spirit and through reconciliation with the disorder.

Keywords: Eating disorder, self-help, equal person, user organization, health, hope, faith.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Presentasjon av prosjekt og bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Temaets relevans</i>	2
1.3 <i>Oppgavens hensikt og problemstilling</i>	3
1.4 <i>Oppgavens struktur</i>	4
2.0 Teori	5
2.1 <i>Omsorgsvitenskapen er en universell vitenskap</i>	5
2.2 <i>Mennesket forstås som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd</i>	6
2.3 <i>Mennesket har en absolutt verdighet</i>	8
2.4 <i>Tro, håp og kjærlighet har betydning for helse og helhet</i>	9
2.5 <i>Helse relateres til hellighet og til livssituasjonen</i>	10
2.6 <i>Den ontologiske helsemodell</i>	11
2.6.1 Helse er lagdelt og finnes på tre nivåer	11
2.6.1 <i>Opplevelse av mening og sammenheng har betydning for helse</i>	12
2.6.2 <i>Helse er forenlig med utholdelig lidelse</i>	13
2.6.3 <i>Lidelse kan ses som livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse.</i>	13
2.7 <i>Helse er gjennom forsoning med lidelsen.</i>	14
2.7.1 <i>Lidelse lindres i et drama i tre akter</i>	14
2.8 <i>Gjennom omsorg styrkes menneskets helseprosesser</i>	16
2.8.1 <i>Omsorg gis gjennom ansning, lek og læring</i>	17
2.9 <i>Et eksistensielt sår krever medmenneskelig omsorg for å lindres</i>	17
2.10 <i>Hermeneutikk styrker forståelsen for lidelsen på ontologisk nivå</i>	19
2.11 <i>Gjennom samtalen oppnås ny forståelse</i>	20
2.11 <i>Etikk betegnes som en etisk treklang</i>	21
2.11.1 <i>Livsytringer har betydning for mellommenneskelige relasjoner</i>	21
2.12 <i>En spiseforstyrrelse styrer livet og hemmer daglig fungering</i>	22
2.12.1 <i>Tanker og følelser om mat, kropp og vekt styrer livet</i>	23
2.12.2 <i>Behandling avhenger av et tillit til hjelperen</i>	24
2.12.3 <i>Man kan bli frisk fra spiseforstyrrelse</i>	25
2.13 <i>Selvhjelp er å lære gjennom bruk av egne erfaringer</i>	25
2.13.1 <i>Veiledet selvhjelp kan gi håp og styrke helseressurser</i>	25
2.13.2 <i>En Likeperson kan gi medmenneskelig støtte</i>	26
2.14 <i>Tidligere forskning</i>	26
3.0 Design og metode	30
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk grunnlag</i>	30
3.1.1 <i>Gjennom hermeneutikk styrkes forståelse</i>	30
3.2 <i>Forståelsen bygger på forforståelsen</i>	31
3.3 <i>Kvalitativ metode</i>	33
3.4 <i>Praktisk gjennomføring</i>	33
3.4.1 <i>Presentasjon av utvalget</i>	34
3.5 <i>Kvalitativt forskningsintervju</i>	34
3.5.1 <i>Gjennomføring av forskningsintervju</i>	35
3.6 <i>Analysemetode</i>	37
3.6.1 <i>Transkribering</i>	37
3.6.2 <i>Intervjuanalyse</i>	38
3.7 <i>Forskningsetikk</i>	40
3.8 <i>Anonymisering</i>	42

3.9	<i>Validitet og reliabilitet</i>	42
4.0	Resultat	46
4.1	<i>Troverdigheten til likepersonen er sterk</i>	47
4.1.1	4.1.1 Å ha tillit til likepersonens historie	47
4.1.2	Likepersonen forstår på en annen måte	48
4.1.3	Likepersonen fremmer håp	50
4.1.4	Likepersonen er alltid der	50
4.2	<i>Å bli trygg og oppgi kontroll</i>	51
4.2.1	Å ha ambivalens til behandling	51
4.2.2	Å motta hjelp som er frivillig	52
4.2.3	Å ha tanker som er vanskelig å snakke om	53
4.3	<i>Helse henger sammen med selve livet</i>	54
4.3.1	Helse er å oppleve mening og sammenheng	54
4.3.2	Å ha en støttende familie	55
4.3.3	Å ha fellesskap med likeperson	55
4.4	<i>Oppsummering av funn</i>	57
5.0	Drøfting	59
5.1	<i>Spiseforstyrrelsen er som et lidelsens drama</i>	59
5.1.1	En likeperson kan bidra til å bekrefte lidelsen	59
5.1.2	Å leve med spiseforstyrrelse er en lidelsens kamp	61
5.1.3	Forsoning med spiseforstyrrelse kan bidra til å oppleve helse	63
5.2	<i>Det åndelige kommer til syne når livet mangler mening og sammenheng</i>	65
5.2.1	Fellesskap med andre mennesker kan forhindre ensomhet	67
5.2.2	Gode familierelasjoner er bra for helsen	71
5.3	<i>Å oppnå balanse i tanker og følelser fremmer sjelelig helse</i>	73
5.4	<i>Helse handler om å ha en frisk kropp</i>	76
5.5	<i>Omsorg som lindrer lidelse og fremmer helse</i>	77
5.5.1	En likeperson ivaretar hele mennesket	77
5.5.2	Troverdighet fremmer tillit, tro på livet og håp for fremtiden	79
5.5.3	Kjærlighet og verdighet er fundamentet i omsorg	82
5.5.4	Å forstå det ontologiske gjennom metaforer	84
5.5.5	Den hermeneutiske dialogen fordyper forståelse	86
5.6	<i>Studiens betydning for klinisk praksis</i>	88
5.7	<i>Forslag til videre forskning</i>	89
6.0	Avslutning	90
	Litteraturliste	91
	Vedlegg	I
	<i>Vedlegg 1 – Intervjuguide</i>	<i>I</i>
	<i>Vedlegg 2 – Henvendelse til brukerorganisasjon</i>	<i>II</i>
	<i>Vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt</i>	<i>IV</i>
	<i>Vedlegg 4 – Henvendelse til brukerorganisasjon 2</i>	<i>VI</i>
	<i>Vedlegg 5 og vedlegg 6 – svar fra NSD og søknad til NSD</i>	<i>VIII</i>

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av prosjekt og bakgrunn for valg av tema

Denne studien er en masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap, og omhandler betydningen av veiledet selvhjelp fra en likeperson når man har en spiseforstyrrelse. Som saksbehandler og psykiatrisk sykepleier innen forvaltning i kommunehelsetjenesten møter jeg mennesker med spiseforstyrrelse som søker om helse- og omsorgstjenester i kommunen. Min erfaring er at mennesker med spiseforstyrrelse kan ha sammensatte helseproblemer som medfører at de kan ha behov for helsetjenester fra flere instanser, og det vil komme disse menneskene til gode at helse- og omsorgstjenester som ytes kan fremme de menneskelige ressursene og selvstendighet gjennom å iverksette tjenester som lindrer lidelse og fremmer helse. I følge Hummelvoll (2012) fører det å ha en spiseforstyrrelse til helseplager som gjør at det kan bli behov for lange behandlingsforløp på kommunal- og spesialisthelsetjenestenivå der ulike tiltak overlapper og avløser hverandre.

Samhandling med frivillige og brukerorganisasjoner er styrket i kommunen der jeg jobber for å gi kommunens innbyggere et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud. For å få dypere forståelse for brukerorganisasjoners arbeid, og for at jeg i større grad skal kunne delta i samhandlingen til brukers beste, trenger jeg mer kunnskap innen dette feltet. Gjennom å løfte fram stemmen til mennesker med spiseforstyrrelse, er mitt ønske med denne studien at det kan være et bidrag til økt kunnskap og oppmerksomhet om hvordan helse kan fremmes for mennesker med spiseforstyrrelse gjennom veiledet selvhjelp.

I følge Helsedirektoratet (2014) er selvhjelp basert på erfaringslæring og er et verktøy som kan brukes for å mestre problemer på nye måter, og for å styrke den enkeltes evne til å komme videre og å bli mer bevisst hvilke ressurser som kan brukes i helbredelsesprosessen. Målsettingen er å fremme innsikt, mestringsevne og å bedre livskvalitet. I denne studien er omsorgsvitenskapen det overordnede teoretiske perspektivet, og jeg ønsker å finne ut om veiledet selvhjelp fra en likeperson er en omsorgsform som kan fremme helse hos en person med spiseforstyrrelse ved å ta utgangspunkt i omsorgsvitenskapelig perspektiv. I følge Eriksson og Lindstrøm (2003) er målet med omsorg å lindre lidelse og å fremme helse.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) presiserer at det er behov for økt frivillig innsats på helse- og omsorgsfeltet og at frivillige lag og organisasjoner i større grad bør involveres i etablering av et helhetlig helsetilbud. Man skal ta i bruk menneskets ressurser på nye måter med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse. I følge Arbeids- og sosialdepartementet (2002) er likemannsarbeid et av regjeringens prioriterte tiltak og er å betrakte som en grunnleggende aktivitet i brukerorganisasjoner. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (Meld.St. 26 (2014-2015)), skal det legges til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene innen helse- og omsorgstjenesten, og brukerorganisasjonenes arbeid skal løftes fram som en ressurs i behandlingstilbudet. I stortingsmeldingen kommer det også fram at kunnskapsgrunnlaget om frivillig sektor må styrkes. Jeg tenker at økt kunnskap og forskning på veiledet selvhjelp fra likeperson kan bidra til at brukerorganisasjoners tilbud kommer mennesker med spiseforstyrrelse til gode for å skape mulighet for verdige og helhetlige helsetjenester.

Forskning og kunnskapsutvikling på dette temaet kan bidra til å øke kunnskap og oppmerksomhet blant oss helsepersonell slik at informasjon og opplysning om selvhjelp blir en naturlig del i møtet med mennesker med spiseforstyrrelse. Helsedirektoratet (03/2014) påpeker at helse- og omsorgspersonell bør informere og opplyse om selvhjelp og oppmuntre brukere til å delta. Temaet i denne oppgaven blir belyst ut fra brukerperspektiv, og det er personer som har erfaring med veiledet selvhjelp som har belyst deres erfaring med kontakt med likeperson.

1.2 Temaets relevans

Spiseforstyrrelse er den største psykiske lidelsen blant jenter mellom 13 og 25 år der forekomsten er 8-10 %. Nær 50 000 norske kvinner mellom 15 og 45 år har en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse. Alvorlige spiseforstyrrelser forekommer hos 2 % av den kvinnelige befolkningen mellom 15 og 45 år, og hyppigst hos kvinner (90 %). Forekomsten er økende, og bulimi og overspisingsslidelser forekommer hyppigst (Skårerud, 2000, s. 70). Opplysninger fra en brukerorganisasjon for berørte av spiseforstyrrelse viser at henvendelser til organisasjonen på landsbasis er økende. I 2016 ble det gjennomført 1603 individuelle samtaler, 909 telefonsamtaler og 998 samtaler på chat. I tillegg drives grupper, kurs og utadrettet virksomhet. Totalt er det registrert 4500 henvendelser til brukerorganisasjonen, og tall fra 2016 viser at antall henvendelser er økende, særlig stor økning er det innenfor chat

(www.nettros.no). Dette er tall som viser at arbeidet som brukerorganisasjoner gjør er viktig arbeid. Brukerorganisasjoner for berørte av spiseforstyrrelser er geografisk lokalisert til de største byene noe som gjør at tilgjengeligheten for dette tilbudet varierer. Forskning og dypere forståelse for betydningen av deres arbeid, kan være et bidrag dersom det er tale om å satse på og utvide tilbudet også til mindre byer og tettsteder.

1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling

Utgangspunktet mitt for å starte dette prosjektet var en nysgjerrighet på om veiledet selvhjelp fra likeperson kan bidra til at mennesker med spiseforstyrrelse kan få en bedre helse. Helsedirektoratet (2014) viser til forskning der mennesker som har kontakt med brukerorganisasjoner har større mulighet for bedring etter behandling. Jeg har ikke funnet forskning som innen et omsorgsvitenskapelig perspektiv forteller hvordan veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse for mennesker med spiseforstyrrelser. Med dette perspektivet ønsker jeg at min forskning skal være et supplement til tidligere forskning. Økt kunnskap og oppmerksomhet om veiledet selvhjelp som supplement eller erstatning for annen behandling, vil kunne komme mennesker med spiseforstyrrelse til gode.

Problemstillingen som jeg vil forsøke å besvare i studien er: *"Hvordan kan veiledet selvhjelp bidra til å fremme helse hos personer med spiseforstyrrelse?"* Ved å ta utgangspunkt i omsorgsvitenskapen, kan temaet belyses ontologisk. Studien kan gi ny og interessant kunnskap om veiledet selvhjelps betydning for å fremme helse og supplere annen forskning innen dette feltet. Målet mitt er å styrke egne kunnskaper om veiledet selvhjelp og forsøke å få dypere forståelse for dette temaet, for å kunne gi bedre informasjon om veiledet selvhjelp til mennesker som søker om helse- og omsorgstjenester som veiledet selvhjelp kan være aktuelt for. Jeg tenker at med dypere forståelse for dette temaet, kan jeg som helsepersonell forsøke å bidra til at veiledet selvhjelp kan bli benyttet mer hensiktsmessig også i et samfunnsøkonomisk perspektiv, samtidig som brukeren kan søke støtte, råd og veiledning hos helsepersonell om dette. Målet mitt er at kunnskapen skal komme mennesker med spiseforstyrrelse til gode, og forhåpentligvis bidra med ny kunnskap om selvhjelp som også mennesker med andre lidelser kan ha nytte av. Jeg håper at forskning på dette området kan bidra til at mennesker med spiseforstyrrelse kan få et styrket helhetlig og verdig omsorgstilbud

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med en teorigdel med presentasjon av relevant teori. Teoretisk referanseramme har jeg fra teori om klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Teorier om helse, lidelse og omsorg blir presentert, da det er sentralt innen dette perspektivet og tema for oppgaven. I metodedelen presenteres den kvalitative metoden, som er metoden jeg har brukt, hermeneutisk tilnærming og hvordan jeg har gått fram i forskningsprosessen. Her vil jeg også redegjøre for min forforståelse og betydningen min forforståelse har hatt for forskningsprosessen. Resultatene av undersøkelsen kommer deretter i eget kapittel. I drøftingsdelen vil funnene bli drøftet opp mot teori, tidligere forskning og forskerens stemme. I avslutningen vil jeg forsøke å komme med en konklusjon på problemstillingen, hvilken konsekvens min forskning kan ha for praksis og forslag til videre forskning.

2.0 Teori

2.1 Omsorgsvitenskapen er en universell vitenskap

Omsorgsvitenskapen er en humanvitenskap og forstås som en autonom vitenskap. Emnet relateres til det historiske innholdet i disiplinen med dens sak og det som er meningsbærende. Tematikken er bundet til aktuell tid, plass, kultur og kontekst. Emne skal synliggjøres i tematikken og i den kliniske omsorgsvitenskapen. Emne og tematikk må føres sammen til en enhet for at kunnskapen skal komme pasienten til gode (Eriksson og Lindstrøm, 2003, s.6). Omsorgsvitenskapen er en universell vitenskap som er profesjonsnøytral og kan benyttes av samtlige yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren (Dahlberg og Segersten, 2011, s. 43). Kunnskap som skapes og utvikles skal hjelpe omsorgsutøvere å tydeligere se, tolke og håndtere den kliniske virkeligheten (Wiklund, 2003 s. 30).

Det er ontologisk forståelse som søkes i omsorgsvitenskapen. Ontologi er læren om det som er eller finnes, også beskrevet som læren om værensformer og væremåter. Begrepet stammer fra gresk *ontos*, som betyr væren, eller det som er, og *logia* som betyr studie eller vitenskap (Fosshagen, 2014). Axiom er ontologiske forutsetninger og grunnsetninger som omsorgsvitenskapen bygger på og som motiverer omsorg. Det handler blant annet om at mennesket som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd, at lidelse er grunnleggende kategori for omsorg, og at hensikten med omsorg er å lindre lidelse (Eriksson og Lindstrøm, 2003).

Omsorgsvitenskapen har en klart formulert ontologi, ethos og epistemologi og har sin grunn i hermeneutisk tradisjon og bygger på et pasientperspektiv der mennesket står i sentrum. Kjerne – og grunnbegrep former den innerste kjernen som er bærer av de grunnleggende vesensegenskaper. Begrep og teorier fokuserer på hva omsorg innebærer for pasienten. Den indre teorikjernen i omsorgsvitenskapen er ethos som er grunnverdien og fundamentet i omsorgsvitenskapen. Omkring ethos blir kjernebegrep og teorikjernen formet (Söderlund, 2013, s.118). Ved hjelp av bærende kjerne- og grunnbegrep avgrenses omsorgsvitenskapens ontologi og som angir retningen for teoriutvikling og substansutvikling. Begrepene *caritas*, mennesket, helse, lidelse og omsorg utgjør omsorgsvitenskapens kjernebegrep. Eksempel på grunnbegrep er livslidelse som er et begrep som tilfører begrepet lidelse substans, fordyper ontologien og utvider begrepets omfang og dyp (Eriksson, 2012). Ethosbegrep er bærer av

verdier som gjennomsyrrer de ulike begrepene og gir dem etiske og estetiske nyanser, og ethospråk verner om menneskets verdighet. De uttrykker vitenskapens ide og misjon, det vil si hva skal vitenskapen tjene og i hvilken ånd (Asp og Fagerberg, 2012 s. 66).

Mennesket er bærer av et ethos og har forutsetning for å være i felleskap og å tjene og elske, å leve sitt liv med vekslende av glede og lyst, lidelse og smerte, og har forutsetninger for å kjenne seg hjemme i seg selv, i sitt eget liv og sin hverdag (Eriksson, u.å.). En pleier med ethos og nestekjærlighet avspeiler en menneskelig grunnholdning som omfatter klokhet og mot til å møte det ukjente, handler for pasientens beste, og caritativ omsorg formidles uavhengig av tid og rom. Ethos innbefatter en streben mot idealet, og å formidle det gode, det skjønne og det sanne i omsorgen. Ethos gir uttrykk for et språk der man føler seg hjemme, etiske valg og handling som er i tråd med omsorgstradisjonen og den egnede fornuften der tanken, hjertet og hånden ledsages av viljen til å gjøre det gode (Asp og Fagerberg, 2012 s. 66). Dyd er et omsorgsetisk og omsorgsvitenskapelig grunnbegrep som forener etikk og helse. Dyd er menneskets indre røst og en iboende kraft som gi mennesket moral og hjelper mennesket til å finne sin egen vei til helse og livsmening (Näsman, 2012).

2.2 Mennesket forstås som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd

Mennesket forstås som en enhet bestående av kropp, sjel og ånd. I ontologisk perspektiv er mennesket en enhet som aldri kan reduseres, og ingenting av helheten er mulig å forstå separat. Alle aspektene av helheten er gjensidig avhengig av hverandre, og enheten er større enn summen av delene eller de ulike aspektene av helheten. Det å være levende innebærer å oppleve og uttrykke sin kroppslighet, sjelighet og åndelighet som en enhet (Wiklund, 2003 s. 22-31).

Den fysiske og materielle delen av mennesket er kroppen og er en forutsetning for menneskets tilstedeværelse i verden. Kroppen kan forstås som bolig for sjelen og ånden og bærer av helse og lidelse (Lindwall, 2012). Kroppen er i bevegelse mellom helse og sykdom, og ved sykdom føler mennesket seg ikke hel og kroppen forvandles (Dahlberg og Segesten, 2013). I et omsorgsvitenskapelig perspektiv ses kroppen som en tvetydig enhet ved at den er bærer av menneskets selvbilde og livshistorie (Lassenius, 2010). Det er kroppen som ligger til grunn for personlige identitet og for menneskets følelse av mening og sammenheng. Gjennom kroppen bearbeides inntrykk, vi handler og forholder oss til verden og er en forutsetning for tanker,

følelser og opplevelser. I seg selv utgjør kroppen en ukrenkbar helhet i balanse og har en egen biologisk integritet (Wiklund, 2003).

Ut fra et omsorgsvitenskapelig perspektiv kan man beskrive sjelen som menneskets selvbevissthet og evne til å tenke, føle og til å fatte beslutning. Sjelen er bevegelighet, kraft, liv og uttrykk for menneskets person og personlighet. Sjelen er summen av menneskets mentale tilstand og er et viktig begrep i forståelsen av mennesket som en unik person. Sjelen viser seg synlig og usynlig i kroppen, øynene, ansiktet, tankene, følelsene, sinnet og i bevisstheten (Malm, 2012). En sjelelig lidelse beskrives av Wiklund (2003, s. 51) som ubalanse mellom tanker, følelser, hodet og hjertet. Malm (2012, s. 146) sier at sjelen relateres til helsens sunnhet som innebærer å ha konsekvensinnsikt og kommer til uttrykk i indre psykiske prosesser og i relasjoner med andre der man søker mening i tilværelsen. Menneskets sjelsliv kan forstås som en meningsskapende prosess der indre og ytre opplevelser får innhold. De prosesser som relateres til det sjelelige, handler om åpenhet for ulike typer kunnskap, læring som betrakter personlige referanserammer og hvordan pasienten tilskriver tilværelsen mening. Menneskets tanker og følelser er sjelens vindu som gjenspeiler indre balanse eller ubalanse.

Innholdet i begrepet ånd kan ikke avgrenses til noen få områder, og strekker seg ut over den aktuelle livssituasjonen (Sivonen, 2012, s. 164). Åndelige opplevelser kan være synlige eller usynlige fenomen som transcendent opplevelser og kan oppfattes via fysiske eller tanke- og følelsesmessige fornemmelser. Åndelige opplevelser kan være positive og kan fremme helse gjennom religiøse opplevelser, å være i naturen, ha omsorg for et dyr, samvær med familien eller trening. Tanker om skyld, opplevelse av å være straffet av livet eller Gud, angst etter å brutt loven eller ha gjort et medmenneske noe vondt, er åndelige opplevelser som bryter ned den psykiske helsen (Koslander, 2011).

Det åndelige vekkes når man eksistensielt skal forstå mening og sammenheng, og det er uttrykk for åndelige behov når man vil forstå og omfatte livet i sin helhet. Målet er å få kontakt og forståelse av seg selv. Eksistensielle aspekter og spørsmål utgjør en bro mellom livsforståelse, den eksistensielle virkeligheten og menneskets aktuelle livssituasjon (Arman og Rehnsfeldt, 2011). Åndelighet handler om evnen til å stille eksistensielle spørsmål og refleksjon over egen plass i tilværelsen (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 17). I møte med sykdom, lidelse og død, stiller menneskene eksistensielle spørsmål. Eksistensielle spørsmål er ontologiske spørsmål som berører hvordan man opplever livet og hvilken livsforståelse man har. Det kan være

spørsmål om dypere motiv og mening med livet, om tilværelsens mening, tanker rundt hva som er rett og feil, og hva som hender etter døden (Wärnå-Furu, 2012, s. 204). I en ny og utfordrende livssituasjon forsøkes å øke egen forståelse av livet (Wiklund, 2003, s. 26-55). Eriksson (1995) sier at mennesket i bunn er religiøst, men ikke alle har bekreftet denne dimensjonen. Man har en form for tro og gudsförhold, noe som går ut over det kroppslige og sjelelige, et åndelig livsrom. Det kan også være eksistensielle opplevelser i naturen eller i kunsten. Eriksson (u.å.) sier at mennesket som grunnleggende religiøst handler om en fordypning av den åndelige dimensjonen og menneskets forutsetning til transcendens og å være i kontakt med noe som er større enn seg selv. I følge Sivonen (2012, s. 164) er åndens betydning relatert til omsorg som omhandler hele mennesket og er en helseressurs som gir velvære, motstandskraft, tillit til livet, trøst og støtte med en integrerende og helende funksjon i møtet med den lidende

2.3 Mennesket har en absolutt verdighet

Begrepet verdighet kommer fra latin og betyr "dignitas" som betyr likeverdighet og troverdighet. Verdighet forbindes med verdi i den betydning at alle mennesker har samme verdi (Eriksson, 1995). Ontologisk er mennesket hellig med en absolutt verdighet, og alle mennesker er likeverdige og ukrenkbare. Den absolutte verdigheten og den relative verdigheten er to dimensjoner av verdighet som er atskilt, men sammenlenket. Den absolutte verdighet er uforanderlig, ukrenkbar, ikke målbar og finnes alltid nærværende i mennesket uansett situasjon. Den handler om menneskets hellighet og menneskeverd, frihet, ansvar og plikt. Mennesket har rett og plikt til å utøve det menneskelige embetet, å tjene og finnes til for andre. Man forholder seg til andre mennesker som likeverdige og handler i tråd med dette. Mennesket har rett til å bli bekreftet som et unikt menneske og å få erkjennelse for hvordan man former sitt liv. I tillegg er man skyldig i å gi andre samme erkjennelse. Relativ verdighet formes av det enkelte mennesket og påvirkes av kultur og samfunn. Den relative verdigheten har sine røtter i den absolutte dimensjonen og har en ytre og en indre dimensjon (Edlund, 2012). Det er den enkelte som definerer sitt liv som verdig ut fra egne verdier og sin egen helhet uavhengig av omstendighetene. Et menneske kan leve et verdig liv på tross av sykdom når livet er i tråd med egne verdier (Rehnsfeldt, 2011).

2.4 Tro, håp og kjærlighet har betydning for helse og helhet

Tro er en helseressurs og en av de mest betydningsfulle dydene i relasjon til helse. Det innebærer å ha noe å tro på, at livet er enestående og verdt å leve, og at det finnes mening i livet. Tro er "losen" til å forstå livets mening og har stor betydning for å forstå menneskets åndelighet. I relasjoner mellom mennesker er tro en forutsetning. I forhold til behandlingsmetode, egen selvlegende mulighet eller annet som kan lede til helse, utgjør troen kilde til trygghet og kraft og gir styrke og mot til å være i omsorgen når man må tyde helsen på en ny måte (Rosengren, 2012, s. 230).

I omsorgsvitenskapen er håp et grunnbegrep som har betydning for utvikling av helseprosessene. Det finnes ikke et entydig bilde av håp som fenomen og begrep, men erfaring, følelse, håndteringsmekanisme eller behov i den aktuelle situasjonen er beskrivelser av begrepet. Håp kan ses som en indre prosess, en bevissthet om egne muligheter, og at det alltid finnes valgmuligheter. Når man trenger å heve blikket og få tanken bort fra den gitte situasjonen og se fremover, hjelper håpet oss (Benzein, 2012). I relasjon til helse er håp en viktig dyd som beskriver håpet om nåtid og fremtid. Når troen svikter trengs håpet. Håp vokser fram av troen og er knyttet til hva mennesket opplever som meningsfylt. Når det meningsfulle er mulig, gir det livsvilje og kraft til å gå videre (Wärnå-Furu, 2012, s. 205).

Caritas betyr menneskelig kjærlighet, medfølelse og barmhjertighet. Kjærlighet er helende kraft i menneskets indre, og kan medføre helse ved at mennesket får kontakt med egen verdighet, og at man kjenner seg som et helt og unikt menneske. Kjærlighet er kilde til helse og helhet gjennom drivkraften om å gjøre godt mot den andre. Det handler både om å gi og om å ta imot kjærlighet. Begge deler må være til stede for å fostre verdighet i omsorgsrelasjoner. I omsorgen er kjærlighet den basale utgangsport (Rykkje, 2014, s. 118). Alle mennesker har kjærligheten nedlagt i seg, og kjærlighet er nødvendig i livet for å opprettholde godt fellesskap (Alvsvåg, 2012). Kjærlighet ses som en universell kraftkilde for sjelen (Malm, 2012, s. 146). Menneskets verdighet blir bekreftet gjennom formidling av kjærlighet. Gjennom lidelse og kjærlighet modnes mennesket til en enhet, til en dypere hellighet og til å bli et sømløst menneske (Eriksson, 2012).

2.5 Helse relateres til hellighet og til livssituasjonen

Helse er et kjernebegrep i omsorgsvitenskapen. Begrepet helse relateres til helhet gjennom at begrepet kommer fra hel og betyr helhet og hellighet (Eriksson, 2012). Flere definisjoner finnes på begrepet helse, men forståelse av begrepet oppnås gjennom empirisk og eksistensiell analyse. En definisjon på helse er ”å være i en tilstand av helse innebærer at man opplever velvære, har det bra og er i stand til å gjennomføre sine små og store livsprosjekt” (Dahlberg og Segelsten, 2013 s. 102). Helse er et verdibegrep, en opplevelse og en tilblivelsesprosess som er personlig, og helsens dimensjoner refererer til omfang, dyp, innhold og betydning. Det forutsetter et ontologisk perspektiv, det vil si et virkelighetsbilde som innbefatter mennesket som kropp, sjel og ånd (Eriksson, 1995, s. 8). Hele mennesket påvirkes av helse og er noe man er, og ikke noe man har ved at man opplever sin egen helhet og enhet (Wiklund, 2009, s. 78-82).

I følge Wärnå-Furu (2012) kan helse beskrives som en opplevelse av sunnhet, friskhet og velvære. I det ligger at man er orientert for tid, sted/rom og person, at man har konsekvensinnsikt, og at man evner å handle på en sunn måte. Evner man å tolke det man møter på en adekvat måte, medfører det økt mulighet til å håndtere hendelsen konstruktivt og å handle sunt. Helse som sunnhet kan ses som en følge av hvor vel man på et kognitivt og emosjonelt plan lykkes i å mestre vanskeligheter i livet. Helse er en ressurs ved at man kontrollerer og mestrer sin livssituasjon. Ulike faktorer kan bidra til helse og finnes i mennesket i form av evner og styrke, og i et omsorgsvitenskapelig perspektiv forstås helse i relasjon til livet og til livssituasjonen. I følge Wiklund (2009) påvirkes helse av det ytre miljøet som klima, miljøgifter og stress, og helse avhenger av samspillet med det sosiale og kulturelle miljøet. Livskraft, livslyst og livsmot og muligheten for bevegelse, aktivitet og hvile påvirker helse. Det finnes ikke noen klar grense for hva som er god helse. I følge Dahlberg og Segestein (2013) utelukker ikke helse sykdom, men man må kunne forholde seg til og håndtere sin sykdom eller uhelse.

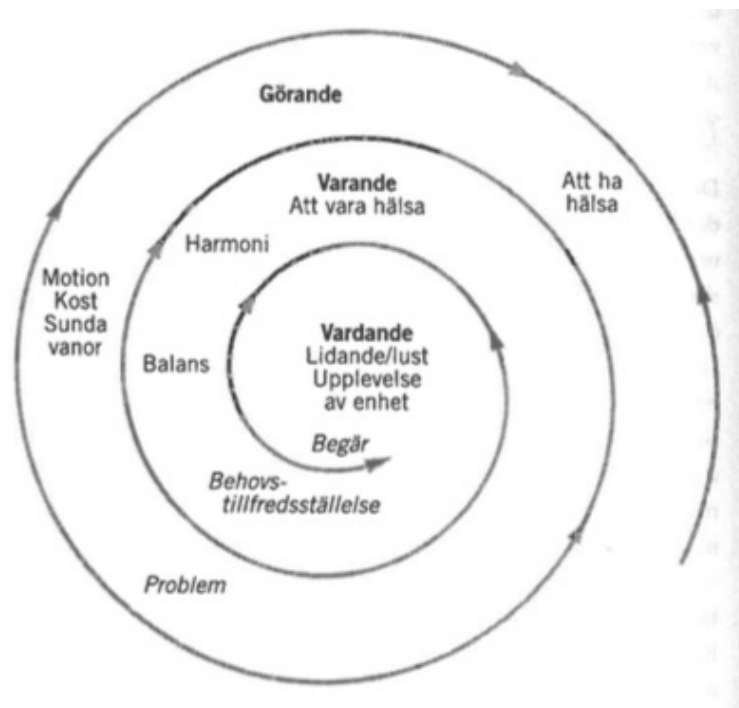
Helse ses som en integrert del av menneskets liv og tilblivelse, en helhetsopplevelse og handler om tilblivelse mot en enhet der helse utgjør en integrert del av livet. Å oppleve seg selv som hel innebærer å kjenne ærbødighet for eget liv for seg selv som et menneske og som noe unikt. For å oppleve dette forutsettes kontakt med den innerste kjerne, med sin åndelighet og sin religiøsitet. Hellighet handler om bevissthet om mennesket som et unikt og sitt ansvar som menneske og medmenneske (Eriksson, 1995).

2.6 Den ontologiske helsemodell

Den ontologiske helsemodellen synliggjør helsens dypere dimensjoner og bygger på blant annet at helse ses som en bevegelse mellom tre forskjellige nivåer: helse som ”å gjøre”, som ”å være” og helse som ”tilblivelse”. Det handler om helsens ”ontologi” og ”teknologi”. Helsens ontologi er den virkelige helsen som ligger under helsens teknologi som er menneskets handling. Videre bygger helsemodellen på at helse ikke har betydning dersom livet savner mening, og at helse er forenlig med utholdelig lidelse (Wärnå-Furu, 2012, s. 203). Ulikheter i helse hos mennesker forklares ikke ut fra handling eller menneskelige behov, men det handler om dyptgående motiv eller en personlig opplevelse av helse (Eriksson, 1995b, s. 11).

2.6.1 Helse er lagdelt og finnes på tre nivåer

Det ontologiske helsebegrepet utgår fra helse som gjørande (å gjøre), varande (å være) og vardande (tilblivelse) mot en dypere enhet (se modell 1). Disse oppfattes som ulike dimensjoner, ikke som klart avgrensede tilstander. De ulike dimensjonene er komplementære og ekskluderer ikke hverandre. Mennesket som har helse, beveger seg mellom helsen ulike dimensjoner, og det er selve bevegelsen som er et tegn på helse (Eriksson, 1995b, s. 11).



Modell 1. Den ontologiske helsemodell (Eriksson, 1995)

Helse på gjøre nivået er handlingsnivået, å ha helse, der helse bedømmes ut fra ytre, objektive kriterier. Helse kobles til tanker og handling om å leve sunt, å unngå det som som kan risikere helse og er rettet mot det å leve sunt og å unngå sykdom. Å være helse innebærer en tilstand som kjennetegnes av en streben etter å oppleve velvære, der det tilstrebes indre balanse og harmoni i relasjoner og i ulike livssituasjoner og å tilfredsstille behov. Man forstår forbindelsen mellom fysiske og psykiske faktorer og mellom ytre og indre faktorer som påvirker helse. I tilblivelse handler det om at mennesket konstant er tilblivelse som dannes eller oppløses, men som ikke er noe som er ferdig. Her blir livsspørsmål sentrale. Mennesket er ikke fremmede for lidelse, men har sin streben innrettet på å forsones seg med livets omstendigheter som livskriser eller lykkelige stunder som begge leder til en dypere innsikt i tilværelsens vilkår. På tilblivelsesnivået blir mennesket hel på et dypere integrasjonsnivå der man oppnå en indre enhet og er det som utgjør menneskets egentlige vesen. Et menneske i vardande kjenner fred og vilje til å leve og vokse, opplever frihet og livskraft, og kan leve helt og fullt som menneske. Det krever mot å gå over den gjørende og varande grensen og inn i friheten, å underkaste seg og overlate seg til sitt indre. Den innerste helsebevegelsen finnes i kjernen, i nærheten til det hellige og i helsens ethos, selve livet. Helse som enhet avhenger av at å gjøre, å være og tilblivelse foreligger, og graden av integrasjon eller enhet avhenger av de ulike dimensjonene og hvor bevisst mennesket innlemmer dem i sitt helsepotensial (Eriksson, 1995b).

Den ontologiske modellen påviser de ulike nivåene der mange av menneskets indre ressurser finnes. Dersom man ikke blir bevisst ressursene, vil de ikke inngå i handlingsberedskap, og i muligheten til å bevare og fremme helse. Opplevelse av enhet er en grunnopplevelse og utgjør en viktig kraftkilde hos mennesket som man må kunne vende tilbake til. I denne opplevelsen finnes kilde til tro og håp som utgjør kjærlighetens sentrale kraftkilder (Eriksson, 1995b, s. 11).

2.6.1 Opplevelse av mening og sammenheng har betydning for helse

Helse relateres til selve meningen med livet, og i dypere mening hører helse sammen med livet som helhet og med livsmening (Wärnå-Furu (2012). Et menneskets kan oppleve at seg selv som hel person trues dersom man på grunn av sykdom ikke kan leve opp til egne eller omgivelsene forventinger (Wiklund, 2009, s. 101). Helse berører hele mennesket og handler om å være i indre balanse og i balanse i relasjon til medmennesker og til livet for øvrig. Å oppleve sammenheng vil si å være en del av et fellesskap og å være med i en felles verden. Helse har

ingen betydning, og mennesket har ikke motivasjon til å fremme helse, dersom livet mangler mening og sammenheng. Opplevelse av helhet og sammenheng medfører mulighet for å finne en mening i lidelsen (Eriksson, u.å.).

2.6.2 Helse er forenlig med utholdelig lidelse

Begrepet lidelse relateres pasient som betyr det lidende menneske (Eriksson, 2012.) Begrepet lidelse har ingen gitt definisjon, og i seg selv mangler lidelsen karakter. Det er det lidende mennesket som gir lidelsen dens karakter (Arman og Rehnsfeldt, 2011). Avhengig av omstendighetene opplever mennesket forskjellig grad av lidelse og helse. Svaret på lidelse finner man ved å sette lidelsen i relasjon til sin egen livssituasjon og til noe som gjør det mulig å håndtere lidelsen (Eriksson, 1995). Lidelse er en av de dypeste og innerste av sjelens og åndens følelser og kan forårsakes av hva som helst. Som et uttrykk for disharmoni i kropp, sjel og ånd, fører lidelse til at helse og helhet forstyrres. Smerten på det biologiske plan er et advarselssignal om at noe er galt. På det psykologiske plan fungerer lidelsen på den samme måte. Det å leve innebærer blant annet å lide, og lidelse er en naturlig del av menneskelig liv og grunnleggende i helse- og livsprosesser. I seg selv har lidelsen ingen mening og er noe helt ondt, men ved å gå gjennom lidelse kan mennesket finne mening i lidelsen (Eriksson, 1995). Lidelse og helse er naturlige deler av mennesket og utgjør to forskjellige sider av menneskets livsprosess som er integrert i hverandre og er nærværende i menneskets liv. I dypeste forstand er helse en helhet ved forening med lidelsen, og helse kan oppleves ved utholdelig lidelse (Eriksson, 1995). Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at lidelse er en del av menneskets naturlige måte å være i helse, og at lidelse setter i gang iboende helsekrefter. I ontologisk mening er lidelse en helhetsopplevelse uansett om det er kroppslig, sjelelig eller åndelig aspekt som i første hånd er rammet (Wiklund, 2009 s. 17-31). Lidelsen kan bli uutholdelig, og uutholdelig lidelse forhindrer personlig vekst (Arman og Rehnsfeldt, 2011).

2.6.3 Lidelse kan ses som livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse.

Livslidelse er når sykdom og dårlig helse berører hele livssituasjonen. Det unike, selvfølgelig og vante livet forstyrres og identitet, funksjon, nettverk eller interesser trues. Lidelse inntreffer på grunn av at rollen som forsørger, mor eller far blir endret, man kan bli arbeidsledig eller avhengig av hjelp. Livslidelsen relateres til det som innebærer å leve, å være menneske blant

andre og kan innebære trussel mot ens eksistens eller tap av mulighet til å fullføre sosiale oppgaver (Eriksson, 1995).

Sykdomslidelse kan handle om fysisk smerte, ubehag som oppleves i tilknytning til sykdom og behandling, eller sjelelig og åndelig lidelse som forårsakes av de opplevelser av fornedrelser, skam og/eller skyld man erfarer i forhold til sykdommen eller behandlingen. Fysisk smerte forårsaket av sykdom er sykdomslidelse som bør forsøkes å lindres. Skam og fornedrelse er sykdomslidelse som medfører at mennesket fremstilles som noe mindre eller dårligere enn det selv har trodd og håpet, og man når ikke opp til egne idealer. Skyld oppstår av følelse av å ha overtrådt visse grenser, når man føler at man kanskje selv har forårsaket sykdom og lidelse ved å ikke leve riktig, når pasienten føler seg mislykket som pasient eller ikke klarer å delta i behandlingen (Eriksson, 1995). Skam hører til den mellommenneskelig sfære og kan på et eksistensielt nivå beskrives som en konsekvens av et brudd på den interpersonelle broen ved at menneskets behov og følelser ikke erkjennes eller blir gjort gyldig av andre gjennom å ikke bli sett eller føler seg utilstrekkelig. Skyld er følelse knyttet til forstanden og følelsen av å ha handlet feil (Gustin, L.W., 2011).

Pleielidelse påføres mennesket på grunn av pleie eller uteblitt pleie, og skjer gjennom konkrete handlinger i tiltale, gjennom pleietiltak eller gjennom å ikke se den andre. Krenking av pasientens verdighet er den vanligst forekommende pleielidelse, og alle former kan føres tilbake til denne. Ved fordømmelse og straff ser pleier det som sin oppgave å avgjøre hva som er riktig og galt for den andre, og der pasienten ikke har frihet til å velge selv. Straff kan skje gjennom å overse og å ikke gi caritativ pleie. Ved å utøve makt påføres den andre lidelse gjennom å ikke ta den andre på alvor, eller å tvinger den andre til å utføre noe han ikke ønsker (Eriksson, 1995).

2.7 Helse er gjennom forsoning med lidelsen.

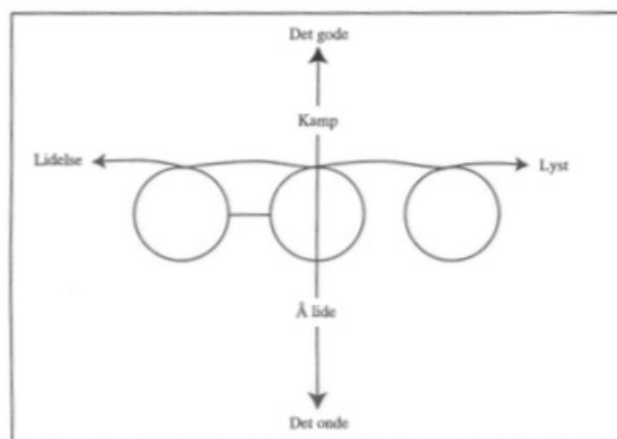
2.7.1 Lidelse lindres i et drama i tre akter

Lidelsens drama er metafor for prosessen der lidelsen lindres, og det er bevegelse mot helsens dypeste nivå. Lidelsens drama foregår i tre akter. Lidelsens drama forutsetter medaktører der dialog er vesentlig (Eriksson, 1995).

Lidelsens dramas første akt handler om å bekrefte lidelsen. Overfor lidelsen bærer mennesket

følelsene redsel, angst eller bekymring. For at lidelsens kamp kan begynne, må følelsene ikke elimineres, men omformes til lidelse. Å bekrefte et annet menneskes lidelse, innebærer å se den andre gjennom blikk, berøring eller ord eller å formidle til den andre at man er i nærheten. I denne fasen innbyr man den lidende til å lide og gir tid og rom til å lide (Eriksson, 1995).

Andre akt i lidelsens drama omhandler lidelsen i tid og rom der de fire grunnposisjoner lidelse, lyst, det gode og det onde fremstår (se figur). Lidelse er en kamp mellom det onde og det gode, mellom lidelsen og lysten og pendling mellom håp og håpløshet. Lyst og lidelse er motsetninger og utgjør lidelsens positive og negative dimensjon og er drivkreftene for menneskelig utvikling. I lysten finnes streben mot bevegelse etter det gode, og kan benyttes i kampen mot det onde. Lidelse og lyst forutsetter hverandre og overlapper hverandre. I den gode lidelse fører mennesket en kamp for mening og vekst, mot en høyere grad av integrasjon som menneske. Man kan oppleve lyst og føle glede i lidelsen. I den gode lyst finnes livsglede, mening og kraft. I den onde lyst sitter mennesket fast i sin lidenskap og kan ikke bestemme over eget liv og opplever håpløshet. Den onde lidelse er helt gjennom ond og mennesket opplever denne situasjon som håpløs. Liv og død, lidelse og lyst er kjernen i alt menneskelig liv. Uten dette ville livet vært tomt og uten bevegelse (Eriksson, 1995, s. 27).



Figur 2. Lidelsens kamp – en posisjonsmodell (Eriksson, 1995)

Avhengig av livssituasjonen går man inn i kampen eller gir opp. Så lenge der er bevegelse i lidelsen er det håp og bevegelse mot lysten og en mening med lidelsen. I denne fasen har man behov for å veksle mellom å være alene og i fellesskap med andre. Avhengig av de forskjellige posisjonene inntar lidelsen forskjellige former, men lidelsen er alltid en blanding av lyst og lidelse, godt og ondt (Eriksson, 1995, s. 27). Når kampen opphører, oppleves ikke lidelse ved at helbred er oppnådd eller man ser mening i lidelsen. Forsoningen skjer i tredje akt og innebærer at man har skapt ny meningsfull helhet som også inneholder ”det onde”. Dramaet har endt lykkelig, og man har oppnådd helbred eller man kan se meningen med lidelsen. Forsoner man seg med situasjonen forvandles lidelse til lyst og glede og håp (Eriksson, 1995, s. 45).

Forsoning er en prosess i mennesket der det finnes konstant en form for bevegelse og viser seg i en ytre og en indre form slik helse og lidelse kommer til uttrykk. En forening av motsatser som tidligere var isolert blir synlig ved at mennesket åpner seg på nytt for livet. Mennesket opplever en overgang av seg selv som splittet til en helhet. Det som tidligere var ansett som sant, må gis opp og ny sannhet fremtrer. Forsoning kan ses som en helende prosess mellom fortid, nåtid og fremtid og innebærer at mennesket forandres og blir annerledes. Det finnes en mulighet å forenes i en helhet og til det man har mulighet til å bli (Gustafsson, 2012).

Det er ikke alltid lett å nå forsoning, fordi lidelse og erfaring kan ligge som en skygge over sikten og muligheten for å se seg selv. En hjelper kan hjelpe den andre i sin forsoningsprosess og til å finne mening i lidelsen gjennom å bekrefte den andres lidelse og mulighet for helse. Forsoning handler om å gå fremover og ikke tilbake til det som var, men gjennom å se sin lidelse og fortid, blir sikten fri, og man klarer å se sitt syn på sin helse, nåtid og fremtid. På den måten innebærer forsoning at lidelse og helse forenes og at fortid, nåtid og fremtid forenes. Livet kan forstås i nytt lys som gjør det mulig å oppleve seg som en helhet (Gustafsson, 2012).

2.8 Gjennom omsorg styrkes menneskets helseprosesser

Omsorg referer til de handlinger som pleiere utfører på en persons vegne eller i samarbeid med personen og til de mål og resultater som omsorgen ledes til. Omsorgens formål er å styrke helseprosesser, lindre lidelse, bevare og beskytte liv og gjenskape og bevare helse (Bergbom, 2012). Teorier som omsorg bygger på er om menneskets liv og erfaring når man rammes av

sykdom som utfordrer liv og helse (Dahlberg og Segesten, 2013, s. 101). Pasientens lidelse er det som motiverer omsorg, og en sentral omsorgsoppgave er å hjelpe pasienten til å oppleve mening i sin lidelse (Arman og Rehnsfeldt, 2011). Omsorg må skje innen rammen for en relasjon og i en ånd av tro, håp og kjærlighet (Eriksson, 2012). Kjærlighet er omsorgens grunnmotiv, og medmenneskelig kjærlighet, medlidelse og barmhjertighet er det som i dypeste mening motiverer omsorg. I møtet mellom kjærligheten til medmennesket og lidelse skapes medlidelse og viljen til å yte omsorg (Wiklund, 2009).

2.8.1 Omsorg gis gjennom ansning, lek og læring

Omsorg handler om ansning, lek og læring. Ansning kan beskrives som å trimme, det vil si å rengjøre og gi næring til mennesker på en slik måte at helseprosessen gror. Det kan være gjennom kroppslige, sjelelige eller åndelige handlinger som fører til at pasienten kan gjenopprette eller bevare en opplevelse av seg selv som en helhet. På kroppslig plan kan det handle om å hjelpe til med hygiene, sørge for mat og drikke og å hjelpe til med å frigjøre seg fra følelser som skyld og skam. Å uttrykke følelser og å få bekreftelse er ansning på sjelelig plan, og på åndelig plan kan det handle om eksistensielle spørsmål eller å bearbeide dødsangst. Lek forener fantasi og virkelighet, fremmer følelse av fellesskap og samhørighet og bidrar til hvile fra stundens alvor. Lek er et uttrykk for helse og kan føre til læring, utvikling og forandring. Læring skjer i samspillet med andre mennesker og handler om forståelse om å ta noe til seg og gjøre det til sitt eget (Wiklund, 2009 s.151).

2.9 Et eksistensielt sår krever medmenneskelig omsorg for å lindres

DEF står for "Det Existentiella Förbundet" og er en vitenskapelig modell og metode i eksistensiell, langsiktig omsorg. Eksistensiell bandasjering handler om tilnærming i livsavgjørende episoder. Modellen gir kunnskap om lindring av lidelse på kort, akutt eller lengre sikt når man er rammet av livstruende sykdom som gir indre sår og livslang lidelse. Etter en livsavgjørende episode blir livsspørsmålene blir revet opp i et eksistensielt sår. Såret blir sett på som naturlig, ikke som sykdom, og det krever naturlig eksistensiell omsorg i form av eksistensiell bandasjering og eksistensielt møte for å lindres og heles. Det handler om å medvirke i og å hjelpe den rammede til å tro på livet, støtte og finne tilbake til den naturlige forutsetningen å leve et liv med mening igjen (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 55).

Den eksistensielle omsorgen utgår fra omsorgsvitenskapelig teorigrunn. Gjennom eksistensiell bandasjering kan naturlige krefter bli sett og styrket med mål om helse og et godt liv. Behovene for en person med et eksistensielt sår omfatter helheten kropp, sjel og ånd, og alle problemer og behov som oppstår er gjensidig flettet inn i hverandre. Medmennesker som kan gi eksistensiell bandasjering kan være familie, venner, arbeidskollegaer, Røde Kors, helsepersonell på omsorgssenter og på sykehus (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 55).

Livsforståelse er det mennesket opplever i hverdagen, forståelse av livet, hva som er meningsfullt, verdt å streve etter samt hvilke verdier som er meningsfulle (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 55). Den naturlige livsforståelsen speiler det som mennesket dypest sett er, det ontologiske (Rehnsfeldt, 2011). En livsavgjørende episode får betydning for livsforståelse, og den rammede tvinges til å revurdere sitt tidligere bilde av livet, og ny mening og livsforståelse må skapes. Livsforståelsesmørket er relatert til uutholdelig lidelse og er en tilstand der man ikke forstår livet som helhet, der bearbeidelsen blir avstengt og mennesket som enhet er splittet (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 55). Mennesket kan utvikles i livsforståelse ved at livet forstås på en dypere og mer ontologisk måte, og gjennom utvikling i livsforståelse utvikles mennesket som person (Rehnsfeldt, 2011).

Møtet mellom mennesker kan sees som uttrykk for menneskets ontologiske interpendens. Det handler om at mennesket er avhengig av andre i ontologisk mening spesielt når livsforståelsen settes på spill. Å bli rammet av en psykisk lidelse er en livsavgjørende hendelse der ens forståelse for og tro på verden vakler. Interpendens gjør at hjelperen har mulighet for å forstå at den andre har det vanskelig og lider og gjør at hjelperen kan støtte den andre til å utvikle sin livsforståelse (Rehnsfeldt, 2011).

Det omsorgsfulle, hermeneutiske møtet har en eksistensiell og en ontologisk dimensjon, som må ses som en enhet, der den menneskelige livsforståelse berøres og utvikles og den ontologiske dimensjonen gjenspeiler det menneskelige møtet som et grunnleggende livsvilkår. Mennesket berøres på livsforståelsesnivå og utvikles i livsforståelse. Livet forstås på en ny måte som kan gi mening i den nåværende situasjonen (Rehnsfeldt, 2011).

2.10 Hermeneutikk styrker forståelsen for lidelsen på ontologisk nivå

Hermeneutikk er en filosofisk retning innen fortolkning og forståelse. Omsorgsvitenskapen har sin grunn i den hermeneutiske tradisjon og hermeneutikken inspirerer til alternative måter å forstå lidelse og uhelse. I møte med et lidende mennesket krever situasjonen tolkning og forståelse. Det finnes ontologisk blindhet i omsorgen som krever hermeneutisk tenkning. Det aktuelle er fra begynnelsen skjult. Gjennom tolkning kan man finne det som uhelsen eller sykdommen har forårsaket den andre på et ontologisk plan. Vi kan aldri være sikre på hvordan vi skal forstå den andres opplevelse, men gjennom hermeneutikk kan man hjelpe den andre til å forstå. Tolkningen består av å finne pasientens opplevelse av sin livssituasjon. (Lassenius, 2014, s. 88). Analyse og tolkning kan bidra til at uhelse og lidelse lindres spesielt der pasienten kan risikere å bli misforstått i sin lidelse (Holm, 2014, s. 135). Gjennom hermeneutisk observasjon der hjelperen åpner for sitt indre, kan det åpnes for forståelse av den andres livsforståelsesmørke (Rehnsfeldt, 2011)

Hermeneutikk er tolkning der delen speiles mot helheten, deler avløser hverandre og former felles mønster som kan lede til ny livsforståelse hos begge parter. Vi er på samme tid en del av det universelle og det individuelle. Dypere og endret forståelse skjer ved horisontsammensmelting mellom det universelle og det partikulære - en pendling mellom pleierens forståelse og pasientens forståelse. Ved å være undrende og stille spørsmål istedenfor å handle forutbestemt, forvandles det individuelle til noe universelt som begge kan dele. Man kan deretter gå tilbake til det individuelle og forstå det på en ny måte, på livsforståelsesnivå. På et universelt nivå kan man sette seg inn i den andres ulykke og sorg, men på et individuelt plan kan man aldri vite den unike opplevelsen. Bevegelse mellom helhet og del, det universelle og det individuelle, kan føre til økt forståelse og dermed helse som en utholdelig lidelse (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 125-126).

Metaforer billedlige uttryksmåter der et begrep tilfeldig byttes ut med et annet begrep som illustrerer det man vil formidle på grunn av at språket ikke strekker til ved beskrivelse av opplevelser (Arman og Rehnsfeldt, 2012, s. 50). Det mangler et konkret språk for å uttrykke lidelse, og derfor benyttes symboler som kan oppfattes som et tegn som omfatter en overført og dypere betydning av lidelsen, og på den måten når man inn i en dypere ontologi. For å forstå pasientens lidelse gjelder det å være lydhør for symbolspråk (Eriksson, 1995). Hverdagsspråket består av metaforer som formidler våre erfaringer og vår forståelse av virkeligheten til andre

(Gustin og Bergbom, 2014 s. 107-113). Abstrakte og komplekse fenomen kan gjennom metaforer forstås i lys av noe annet og konkretiseres og uttrykkes i ord. Metaforer kan være døråpner for å gi røst til lidelsen, og at den som lytter kan ta tak i metaforen for å komme videre (Arman og Rehnsfeldt 2012, s. 50).

2.11 Gjennom samtalen oppnås ny forståelse

Samtalens rom er et rom som hviler i og næres av det tillitsfulle møtet med medmennesket der den ene vil den andre vel. Man kan gi hverandre råd om hvordan klare å stå i en vanskelig situasjon, og det svares og svares an på det den andre snakker om. Gjennom å dele erfaringer dannes nye forståelsesformer som kaster nytt lys over hendelsen, og man kan oppnå en annen forståelse som er lettere å bære og vekke gjenkjennelse (Martinsen, 2012, s. 212). Tenkning, undring og fantasi er viktige bestanddeler ved forståelse. Forståelse og tenkning forutsetter mellomøyblikkene som er den gode pausen der tankene slippes fri fra handling, man kan erindre og komme tilbake og se på en ny måte. Stemninger som sansningen vekker fører til undring. Undringen setter tenkning og erindring i gang og setter tilstivnet kunnskap i bevegelse og blir til ny kunnskap. Et fiktivt rom er et rom for tanker der sansningens stemthet preger forståelsen og vekker tankene (Martinsen, 2012b, s. 59-65). Forståelse handler om å se åpent og liketil på den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre siden. I kommunikasjon som er følsomt lyttende, kan man se den andre som et helt menneske, og leve med den andres forståelse av sin sykdom (Martinsen, 2000, s. 10). Sanselig og emosjonell påvirkning er vesenstrekk ved det å være menneske sammen med andre mennesker. Vi uttrykker oss gjennom ansiktsuttrykk og kroppsholdninger som andre mennesker kan se og erfare (Martinsen, 2012b).

Et fiktivt rom er et rom der forståelse skapes. I det fiktive rom kan meg i den andre og den andre i meg tenkes, ved at sansningen stemte åpenhet rekker inn og ved at fantasien settes i sving. Samtalen åpner for hverandres fiktive rom og forutsetter lyttende, mottagende holdning for det den andre uttrykker. I det fiktive rom kan man spørre, fantasere, forholde seg ansvarlig i forhold til den andre og dele noe oppløftende eller bære noe byrdefullt. Samtalen forutsetter bruk av fantasi og å se om igjen fra en annen synsvinkel i det fiktive rom. Det krever gjensidig respekt og lyttende nærvær for hverandre dersom samtalen skal kunne gi grunnlag for ny forståelse. Forutsetningen for en samtale er nærværet og at det er bevegelse mellom sansning og forståelse (Martinsen, 2012, s. 212). Løgstrup (1991, s. 67-89) sier at i samtalen kan man gi hverandre

mot til å både ville og å makte å stå i det vedvarende spenningsforholdet mellom undring og tenkning på den ene siden og viten og kunnskap på den andre siden.

2.11 Etikk betegnes som en etisk treklang

Etikk handler om hvordan unngå å såre og sette andre i forlegenhet og å se om igjen for å respektere det i den andre som er bærer av verdig, lidelsesevne og ukrenkelighet. Et grunnvilkår som ikke kan endres, er at som mennesker er man sårbart utlevert til den andre ved at man er avhengige og innfattet i en livs- og natursammenheng (Martinsen, 2012).

2.11.1 Livsytringer har betydning for mellommenneskelige relasjoner

De suverene livsytringene er fenomenene tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse og er skapte kjensgjerninger og grobunn for etikken. At mellommenneskelige relasjoner skal kunne finne sted, forutsettes av de suverene livsytringene. Felles for fenomenene er deres iboende godhet, og at de er menneskeskapt. Det er noe menneskene gjør utvungent og uten baktanker. Med livsytringene settes vi i bevegelse med hverandre, fører oss ut i livet med hverandre, og oppmerksomheten rettes bort fra en selv og mot den andre (Martinsen, 2012). Livet gis spontanitet, letthet og glede slik at man våger seg frem mot den andre med tillit og åpenhet (Løgstrup, 2012). Det som ofte styrer ens valg, er at man blir oppslukt av det som skal gjøres i situasjonen og man glemmer å tenke på seg selv og andres forventninger. I de suverene livsytringene er vi sansende og følende til stede med følelser som bæres ut mot den andre (Martinsen, 2012). Rehnsfeldt (2011) viser til Løgstrup og sier at talens åpenhet handler om det absolutte behovet om å få snakke om de eksistensielle tankene som oppstår ved livsavgjørende opplevelser.

Den enkelte settes gjennom livsytringene i stand til å handle til en innsats som forlanges av ham (Løgstrup, 2012). Fordringen er å ta vare på det liv som tilliten legger i våre hender. Etikdens grunnfenomen er å våge seg frem mot den andre i situasjonen ut fra den tillit til at den andre vil en vel. Den etiske fordring handler om en appell om å ta vare på det som er betrodd oss i situasjonen. Det er et komplisert samspill mellom den spontane medfølelsen, den etiske fordring om å ta vare på det liv som i tillit er utlevert i omsorgen og de kulturbestemte normene (Martinsen, 2012). I følge Martinsen betegnes de suverene livsytringene, den etiske fordringen

og kulturen med dens normer, kunnskap og makt som en etisk treklang. Den etiske treklang toner på forskjellig måte ut i situasjonene menneskene lever i, og ingen av treklangens deler kan unnvære hverandre. Menneskeskapte kunnskaper, normer og makt kan gjøre det vanskelig å svare an i den andres liv, og man må samtidig åpne for spontaniteten i relasjonene.

Det er et grunnleggende trekk ved tilværelsen at vi er sårbare og avhengige av hverandre (Rehnsfeldt, 2011). Den som viser tillit, utløser en fordring hos den andre om å ivareta ham og skal ikke utnytte sårbarheten og dermed påføre skam. Å krenke forstås som opplevelse av å være gjenstand for urett og at verdighet ikke ivaretas. Det handler om ydmykelse og at selvfølelsen trues, og noe i livets sårbarhet krenkes. Når livets verdighet og dets evne til lidelse krenkes, tar man makten fra den andre. Krenkelse medfører at en spontan medfølelse vekkes, og man føler trang til å gripe inn. Ut fra krenkelsene møter vi etikken som vårt ansvar for og vår forpliktelse til å avverge krenkelser (Martinsen, 2012).

Den gylne regel har gyldighet ut over etablerte normer og sier at man skal gjøre mot andre det man vil at andre skal gjøre mot seg selv og viser til vårt omsorgsansvar overfor hverandre. For å kunne se den andre, og det som kaller på å bli tatt vare på, må man la seg merke av hans lidelse (Martinsen, 2012). Den gylne regel, og at man skal ta vare på den andres verdighet og sårbarhet, krever at man bruker fantasi for å kunne sette seg inn i den andres sted og ikke møte den andre ut fra egne premisser. Man veiledes av egen sansning og sårbarhet og evner å se meg i den andre. Man lar seg berøre av den henvendelse som er i den andres sanseinntrykk, og skaper et tankerom. Fantasiens omsnuing blir mulig, og man evner å tenke den andre i meg. Egen ansvarsfølelse vekkes, og man kan svare an til den andres appell (Martinsen, 2012).

2.12 En spiseforstyrrelse styrer livet og hemmer daglig fungering

Spiseforstyrrelse er et samlebegrep for flere tilstander eller lidelser der daglig fungering hemmes. Man er styrt av tanker og følelser som omhandler mat, kropp og vekt, og de styrer svært mye av livet. De vanligste spiseforstyrrelsene er anoreksi, bulimi og overspisningslidelse. Det finnes også atypiske former der det samlede kliniske bildet ikke gir grunnlag for diagnosen, men lidelsene oppfyller noen av de samme kjennetegnene. Mange beveger seg mellom diagnosegruppene (Hummelvoll, 2012).

Anoreksi er forbundet med overopptatthet av negative tanker rundt kropp, vekt, utseende og matinntak samtidig med overdimensjonert frykt for fedme. Bevisst vekttap fremkalles og vedlikeholdes, og lav idealvekt fastsettes på seg selv. I forhold til høyde og alder ligger kroppsvekten under 85% av forventet vekt. Tilstanden kjennetegnes av at på tross av undervekt, har man intens frykt for å legge på seg. Forstyrret kroppsbylde innebærer at personens opplevelse av egen kroppsform og kroppsstørrelse ikke samsvarer med realiteten. Symptomene domineres av innskrenket valg av matsorter, overdreven trening, selvfremkalte brekninger og defekasjoner og bruk av appetittdependerende midler og diuretika (Hummelvoll, 2012).

Bulimi kjennetegnes av gjentatte anfall med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten. Overspising etterfølges av oppkast eller bruk av avføringsmidler eller diuretika (Hummelvoll, 2012). Dårlig kontroll over impulser er vanlig. Det kommer til uttrykk i ustabil humør. Man veksler mellom å være høyt oppe og langt nede, mellom begeistring og fortvilelse, angstopplevelser og følelse av indre spenninger og uro (Skårderud, 2000).

Overspisingsslidelse defineres som gjentatte episoder hvor man spiser betydelig store mengder mat innenfor en kort tidsperiode, det vil si minst en gang i uken i løpet av tre måneder. Episodene kjennetegnes av en følelse av mangel på kontroll. Følelse av skam og skyld over eget forhold til mat er vanlig, og ofte spiser man alene for å skjule atferden. Lidelsen kjennetegnes av episoder med overspising uten vektregulerende atferd og kan føre til vektøkning (Hummelvoll, 2012).

2.12.1 Tanker og følelser om mat, kropp og vekt styrer livet

Kroppen blir et språk for å takle følelser og livsproblemer, og det handler alltid om lav, svingende selvfølelse. Følelsen av manglende kontroll over andre deler av livet håndteres gjennom å kontrollere maten og kroppen. Spiseforstyrrelse er et komplisert samspill mellom biologi og psykologi, mellom kropp, tanker og følelser. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen betyr belastninger på kroppen som i seg selv kan skape behandlingstrengende somatiske tilstander. Spiseforstyrrelsene er varianter av ”nekteren” som ikke spiser, ”overspiseren” som mister kontrollen over inntaket og ”renseren” som kaster opp eller rensar kroppen gjennom bruk av avføringsmidler. Motstridende, blandede følelser er sentralt ved spiseforstyrrelse. Ambivalens til bedring og motstand mot endring er et sentrale kjennetegn. Man vil og vil ikke, tør og tør ikke. Selv om man lider, føler mange også at man får noe som

man ikke vil gi slipp på ved at spiseforstyrrelsen demper og regulerer vanskelige følelser og samtidig skaper stor lidelse (Skårderud, 2000, s. 12).

Spiseforstyrrelser kan føre til markert vekttap, underernæring eller fedme. Underernæring er en alvorlig tilstand og kan medføre konsekvenser for allmenntilstand og livskvalitet. Fysiske tilstander som kan komme som en konsekvens av underernæring kan være nedsatt immunforsvar, tretthet, svakhet, anemi, nedsatt muskelmasse, svekket varmeregulering og man er utsatt for infeksjoner. En spiseforstyrrelse kan bli så alvorlig at sykehusinnleggelse blir nødvendig og tiltak som vektkontroll, ernæringsplaner og intravenøs behandling kan bli nødvendig. De fysiske konsekvenser for spiseforstyrrelse vil medføre apati og depresjon (Sortland, 2015).

2.12.2 Behandling avhenger av et tillit til hjelperen

Grunnmuren i behandlingsarbeidet er å fremme motivasjon. Hjelp handler om å skape trygghet for endring. Dette forutsetter holdning og handling gjennom å anstrenge seg for å forstå og gjennom råd og teknikker. Den nyttigste behandlingsformen er samtaler. Samtaler kan skje individuelt, i grupper eller med familien. Terapeutiske tradisjoner er psykoterapi, familieterapi, kognitiv terapi og psykomotorisk fysioterapi. Selvhjelp kan være supplement til behandling ved at deltakerne fungerer som rollemodell for hverandre. Gjennom selvhjelp kan man sette ord på bekymringer eller gleder, og det blir kortere avstand til informasjon, ansvarliggjøring, og det oppnås erfaringsnær forståelse av spiseforstyrrelser og sosial støtte (Skårderud, 2000, s. 94).

Spiseforstyrrelser er vanskelig å behandle. Det kan skyldes at behandling innebærer forandring av kroppen som oppleves viktig for selvfølelsen. Det er viktig å spre optimisme og opplysning om at behandling nytter. Et godt tillitsfullt forhold mellom terapeut og pasienten er viktig. Terapeuten må ha evne til å kunne sette seg inn i pasientens mentale tilstand, forstå symptomenes funksjoner eller mening for den enkelte og samtidig se at spiseforstyrrelsen både kan fungere som venn og fiende (Skårderud, 2000, s. 94).

2.12.3 Man kan bli frisk fra spiseforstyrrelse

Man regner med at 60% blir helt friske fra spiseforstyrrelse. Av de øvrige vil 20% oppleve bedring, men kan ha restsymptomer eller andre psykiske plager. 20% har kronisk sykdomsforløp med vedvarende symptomer, komplikasjoner og forringet livskvalitet. Dødeligheten er høyere blant de med spiseforstyrrelse enn normalbefolkningen. Høyest ved anoreksi. En tredjedel til halvparten dør av selvmord, de øvrige av medisinske komplikasjoner til underernæring og av naturlige årsaker. Dødeligheten er lavere for de som er i aktiv behandling (Skårderud, 2000, s. 73).

2.13 Selvhjelp er å lære gjennom bruk av egne erfaringer

Selvhjelp er å ta utgangspunkt i opplevelsen av et 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 (Helsedirektoratet, 2014). Selvorganisert selvhjelp er et verktøy for å oppnå økt mestring og handler om å styrke enkeltmenneskers evne og mulighet til å delta i sin egen endringsprosess, håndtere livet på en bedre måte, og på den måten ta aktivt ansvar for egen livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014). Selvhjelp bygger på at det i alle mennesker finnes iboende ressurser som kan aktiveres og mobiliseres når livsproblemer oppstår. Med iboende ressurser menes de kreftene den enkelte kan ta tilbake i seg selv ved å bli kjent med eget problem og gjenvinne de kreftene man bruker på å holde problemet på avstand. Gjennom bruk av selvhjelp kan man lære å mestre problemer på nye måter. Det kan være nødvendig å lære å tenke, handle og leve annerledes enn før. Dette er ikke noe man kan lese seg til, men må læres gjennom handling, erfaringer og refleksjon. Sammen med andre mennesker kan dette gjøres best gjennom erfaringslæring, det vil si ved å dele erfaringer, utfordre hverandre og finne muligheter og ressurser man ikke klarer å se alene (www.selvhjelp.no).

2.13.1 Veiledet selvhjelp kan gi håp og styrke helseressurser

Veiledet selvhjelp innebærer at man har bistand fra en annen person som kan ta rollen som støttespiller underveis i prosessen. Det kan være en fagutdannet, pårørende eller andre. Veiledet selvhjelp har vist seg å ha like bra effekt som behandling ansikt til ansikt. Metoden bygger på et systematisk samarbeid mellom bruker og hjelper der bruker selv står for gjennomføringen av tiltakene. Hjelper gir informasjon om psykiske helseproblemer som bruker trenger hjelp til og

hvordan disse kan motvirkes. Veiledet selvhjelp bygger gjerne på prinsipper fra kognitiv terapi. En viktig del av tilbudet kan være råd om hvordan man kan håndtere ulike situasjoner. Det krever egeninnsats, og det handler om å lage en plan, sette mål som kan motivere til målrettet jobbing over tid, praktiske øvelser og å lage beredskapsplaner med konkrete tiltak for å unngå tilbakefall. Den viktigste oppgaven er å ha tålmodighet med seg selv i krevende prosesser (www.napha.no).

En brukerorganisasjon for berørte av spiseforstyrrelse skriver på sine hjemmesider at de tilbyr veiledet individuelle samtaler der man forholder seg til samme person hver gang. Innholdet i samtalen vil variere ut i fra behov, men generelt inneholder en individuell samtale praktiske råd omkring behandlingsmuligheter, kartlegging av ambivalens, bevisstgjøring av egen situasjon, hjelp til selvhjelpsøvelser, utforskning av motivasjon for endring, ansvarliggjøring og fokus på egne ressurser. Gjennom samtalene er målet å spre håp og å overbevise om at du kan bli frisk fra en spiseforstyrrelse (www.nettros.no).

2.13.2 En Likeperson kan gi medmenneskelig støtte

Med likemannsarbeid menes overføring av personlig erfaring med en bestemt type funksjonsnedsettelse til en annen person med samme type funksjonsnedsettelse og mellom pårørende. Det finnes ingen fasit for hva likemannsarbeid er, fordi det kan romme så mange former for mellommenneskelig støtte. Likemannsarbeid defineres som ”en samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, det vil si i samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være en hjelp, støtte eller veiledning partene i mellom” (www.helsebiblioteket.no). Det er et arbeid og et tilbud der det utveksles erfaringer og råd i forhold til spørsmål som ikke krever profesjonell bakgrunn. Likemannsarbeid skal bygge på de erfaringer og de tradisjoner organisasjonen allerede har og skal ha en naturlig plass i organisasjonens totale virksomhet (www.helsebiblioteket.no).

2.14 Tidligere forskning

Jeg har søkt i nordiske og internasjonale databaser for å finne forskning om veiledet selvhjelp og annen relevant forskning om selvhjelp og samtaler med likeperson. Jeg startet med søk i forbindelse med prosjektplanen i 2016, og videre søkning har vært en kontinuerlig prosess frem

til mai 2017. Hovedsakelig har jeg søkt i databasen Cinahl, Oria, Svemed og Google Scholar. Følgende søkeord er benyttet: health, guided self-help, peers support, eating disorder or anorexia or bulimia, self-help groups.

Søk på Oria med self-help groups, peers support, eating disorder, gav 7 treff. Resultat av søk på Cinahl med søkeord self-help groups and eating disorder or bulimia or anorexia or binge eating ga 30 treff. Søk på Google Scholar med selvhjelp og spiseforstyrrelse gav 64 treff, deretter ble det lagt til søkeordet selvorganisert og det ble 5 treff. For å finne nok artikler med relevant innhold utvidet jeg søket på Cinahl med søkeordene existential and eating disorder og fikk 3 treff. Søk på Cinahl med eating disorder or bulimia or anorexia binge eating or disorder eating and personal experience gav 24 treff. Jeg har også søkt med søkeordene eating disorders, motivation, hope, conversation.

I gjennomgangen av titler og sammendrag, og har forsøkt å finne studier som fremmer menneskers egen stemme om erfaringer og opplevelser med veiledet selvhjelp. Det finnes mer forskning på spiseforstyrrelser i medisinsk henseende, og færre studier som omhandler mennesker egne opplevelser. Jeg har funnet mer forskning som går på selvhjelpsgrupper enn om veiledet selvhjelp. Det som presenteres i det følgende er utgjør en utvalgt andel av den totale forskningen om spiseforstyrrelse og om selvhjelp, også om selvhjelpsgrupper. Det var vanskelig å finne artikler direkte relatert til mitt tema, men jeg har funnet noen som har i seg elementer av min problemstilling. Det er alltid en mulighet for at potensielle relevante kilder kan ha blitt oversett. I mine valg av artikler har jeg lagt vekt på de norske, europeiske og amerikanske. Følgende artikler finner jeg aktuelle for min studie:

Mc Cormack (2010) fremhever at sosial støtte etter terapeutisk behandling er viktig og at støttegrupper kan være supplement til behandling. Evnen til å mestre stress forbedres samt man kan bidra til å hjelpe hverandre til å takle felles problemer. Gjennom online støttegrupper kan erfaringer og kunnskap deles samt støtte gis til likesinnede.

Seebohm, Chaudhary, Boyce, Elkan, Avis, Munn-Gidding (2013) viser at selvhjelp kan bidra til mentalt velvære og styrke mental helse. Deling av opplevelser og kunnskap, resulterte i økt selvtillit, kunnskap og økt kontroll av egen situasjon, og resulterte i nye ideer til problemløsning og til gjenoppbygging av livet. Selvhjelps grupper kan være et supplement til helsesektoren.

En studie omhandler behandlere som tidligere har hatt en spiseforstyrrelse og hvilken innflytelse deres erfaring og historie har på behandling av pasienter. Studien indikerer at stort flertall av deltakerne i studien opplever at behandlernes erfaring og historie har positiv innflytelse i behandling av pasienter. De opplevde at de fikk god relasjon til pasientene på grunn av deres felles erfaring, de var mer empatiske og de viste medfølelse og bedre forståelse for sykdommen. De hadde fått tilbakemeldinger fra pasienter om at det gav dem håp og at på bakgrunn av deres felles erfaring med spiseforstyrrelse hadde større forståelse for deres tanker og følelser (Crowley, Olivardia, Schafer, Warren, 2013).

Clinton, Almlöf, Lindström, Manneberg og Vestin (2014) viser til betydningen av tilgjengelighet i behandling. Pasienter fikk mulighet for drop-in avtaler hos behandler, der det ikke var avtalt time på forhånd. De kunne komme når de følte for det. At det var tilgjengelig, frivillig og på deres premisser medførte at de følte de var med og bestemte, de kunne gå og komme som de ønsket. De fant håp, tok ansvar, følte seg trygge og det å kunne bestemme selv økte motivasjon for å søke hjelp, de følte de kunne påvirke behandlingen uten krav om formelt å delta i behandlingen. Mange hadde opplevd å bli dømt av andre som medførte at de unngikk å søke hjelp. Drop-in program kan være til hjelp når man vegrer seg for behandling og når man reagerer negativt på oppfordring til å stå i behandlingen.

Sjåfjell og Myhra (2015) sier at selvhjelp og likemannsarbeid bidrar til fellesskap. Gjensidige læreprosesser utvikler den enkeltes styrke og perspektiver på egne utfordringer og egen situasjon. Selvhjelp og likemannsarbeid kan dekke et behov innen psykisk helsearbeid og være supplement til tjenesteapparatet.

Hasle og Risstubben (2007) sier at selvhjelp kan føre til vekst og utvikling og forebygge utbrenthet og sykdom blant pårørende ved at fastlåste roller mellom den syke, de pårørende og hjelperne kan endres. Pasientopplæring, pårørendeopplæring og /eller samtalegrupper med andre i noenlunde samme situasjon gir mestringsstrategier som kan bidra til økt livskvalitet på tross av utfordringene med psykisk sykdom i familien. Studien viser at gruppene ikke trenger å være knyttet til diagnose. Pasientens funksjon er viktigst og hvilken betydning denne har for relasjonen mellom pasient og pårørende.

Fox og Leung (2009) sier at sosialt engasjement kan forhindre uhensiktsmessige handlinger for mennesker med anoreksia. Pasienter blir motstandsdyktig mot behandling på grunn av anoreksisymptomene avleder oppmerksomhet bort fra eksistensielle bekymringer. Andre strategier eller rammer som sosialt engasjement, utdanning eller jobb gir mening. Dette kan erstatte anoreksisymptomer, fremme eksistensiell velvære, og bidra til endringer av anoreksisymptomene.

Hertz, Addad og Ronel (2012) sier at likemannsgrupper har sosiale mål, bidrar til støttende miljø, gir terapeutisk mulighet og positive opplevelser for mennesker med overspising. Gjensidig støtte og selvhjelp bidrar til personlig utvikling. I selvhjelpsgrupper kan man motta kjærlighet, identifisere seg med andre og lære av andres erfaringer. Man er opptatt av egen og andres utvikling. Samarbeid mellom det medisinske systemet og selvhjelpsgrupper er nødvendig for å fremme den helhetlige tenkningen.

Parkins, Murphy, Scmith og William (2006) fremhever at selvhjelp har potensiale som et alternativ til terapeutisk behandling og kan være en bro mellom spesialistbehandling og venteliste. Symptomer på spiseforstyrrelse reduseres for personer som har deltatt i selvhjelpsgruppe sammenlignet med pasienter på venteliste som venter på behandling og pasienter som mottar terapeutisk behandling.

3.0 Design og metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de metodiske valg jeg har tatt. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å ta stilling til betydningen av egen rolle og posisjon gjennom hele forskningsprosessen. Andre skal kunne følge den veien jeg har gått, anerkjenne systematikk og forstå konklusjonene. Kvale og Brinkmann sier at det må formidles ikke bare gjennomføres. Dalland (2012) sier at metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming med intervju som metode for å besvare problemstillingen. Gjennom informantens beskrivelser ønsker jeg å få innsikt i veiledet selvhjelp utført av likeperson. Denne typen design benyttes når utvalget er lite, og den bidrar til å få fram informantens opplevelse (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

3.1.1 Gjennom hermeneutikk styrkes forståelse

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster og dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 73). Eksistensiell og ontologisk forståelse av den andres livssituasjon forutsetter en hermeneutisk bevissthet hos forskeren (Råholm, 2012).

Hermeneutiske prinsipper sikrer gyldighet i fortolkninger. Det handler om at dypere forståelse av helheten oppnås gjennom den hermeneutiske sirkel der det er bevegelse mellom helhet og del (Kvale og Brinkmann, 2015). Man skal forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten. Hver gang man forstår en del av virkeligheten, påvirker det oppfattelsen av helheten (Gadamer, 2003, s. 34-57). Den nye helhetsforståelsen setter delen i nytt lys og kan gi ny forståelse av enkeltdelene som igjen påvirker helhetsforståelsen og så videre. At det betegnes som spiral og ikke som sirkel antyder en videre bevegelse til økt forståelse. Spiralbevegelsen bidrar til en fordypning av meningsforståelse og stadig nye måter å forstå på (Thornquist, 2015).

Fortolkning muliggjør forståelse gjennom å utvide den opprinnelige meningen i teksten og fører ofte til tekstutvidelse der resultatet er formulert i mange flere ord enn de opprinnelige

utsagnene. Meningsfortolkningen slutter når man har nådd frem til en indre enhet i teksten som er uten logiske motsigelser. En fortolkning rommer fornyelse og kreativitet, og rekker ut over det umiddelbart gitte og beriker forståelsen ved å bringe frem nye differensieringer og innbyrdes relasjoner i teksten. Dermed utvides også tekstens mening. Delfortolkningen testes i forhold til tekstens totale mening (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 237).

Gadamer sier at man må forstå en tekst ut fra seg selv. Man hensetter seg til forfatterens mening og forsøker å gi gyldighet til den saklige riktighet i det den andre sier. Målet for all kommunikasjon og all forståelse er felles forståelse av saken. Hermeneutikken har til oppgave å gjenopprette en manglende, svekket felles forståelse. Fortolkning må rette seg mot saken selv, og den som vil forstå en tekst må lytte til teksten og hva den har og si og være åpen for dens annerledeshet. Fantasi har en hermeneutisk funksjon. Gjennom fantasi utvikles sansen for det som det er verdt å spørre om og blottlegge virkelige, produktive spørsmål. Den hermeneutiske bevissthet har alltid sin egentlige funksjon i at man erkjenner hva som er verdt å spørre om (Gadamer, 2003, s. 34-57).

3.2 Forståelsen bygger på forforståelsen

I følge Malterud, (2013) er forforståelsen det forskeren bringer med seg inn i prosjektet og består av hva den enkelte har av erfaring, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen. Vi møter aldri verden som ubeskrevne blad og vi er ikke alltid bevisst hva vi bringer med oss inn i vår forståelseshorisont. Forforståelse er hermeneutikkens drivkraft (Råholm, 2014). Vi bruker vår forforståelse når vi skal tolke det som skjer og forstå noe nytt. Tolkning setter forforståelse på spill. Sannhet i hermeneutisk mening blir til med utgangspunkt i forforståelse (Lassenius, 2014).

Min forforståelse bygger på min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier i klinisk praksis og som saksbehandler der jeg har møtt på noen personer med spiseforstyrrelse. Jeg har ikke bred erfaring fra møter med mennesker som har deltatt i veiledet selvhjelp, men vet at forskning har vist at selvhjelp kan være effektivt i tilfriskning og at det skal satses på som tiltak både som supplement og som erstatning for behandling. Dette har bidratt til min nysgjerrighet til temaet og til valg av problemstilling. Jeg har lite kjennskap til hvordan brukerorganisasjoner jobber. Min teoretisk referanseramme er fra sykepleielitteratur som omhandler spiseforstyrrelser som

lidelse og fra teori om klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Dette har jeg forsøkt å klargjøre i innledning og i teoridel. I og med at mitt forskningstema omhandler personer med diagnose som jeg har kjennskap til gjennom jobben min, er det viktig å være bevisst på egen forforståelse. Jeg har i hele prosessen hatt fokus på egenrefleksjon for å bevisstgjøre for meg min forforståelse og hvordan det kan påvirke forskningsresultatet. Åpent sinn for nye perspektiver og ny kunnskap er viktig.

Fortolkning er ikke forutsetningsløs, fordi fortolkerens forståelsestradisjon er med hele tiden. Fortolker kan gjøre sine forutsetninger eksplisitte og må være bevisst på hvordan bestemte formuleringer av et spørsmål til en tekst bestemmer hvilke former for svar som er mulige (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 237). Fortolkeren må holde blikket rettet mot saken selv, men blir i hele prosessen villedet av seg selv. Man utkaster en foreløpig mening når første mening viser seg i teksten fordi den leses med visse forventninger om at den skal ha en bestemt mening. Den som prøver å forstå blir villedet av for-meninger som ikke holder stand mot saken selv. Det er aldri slik at den som hører på noen eller leser noe ikke bringer med seg en for-mening om innholdet og glemmer sine meninger. Åpenhet overfor andres eller tekstens mening vil alltid allerede innbefatte at man setter dem i sammenheng med egne meninger (Gadamer, 2003 s. 37).

Det som innbyr til forståelse må allerede på forhånd ha gjort seg gjeldende i sin annerledeshet. All forståelse begynner med at noe taler til oss. Fantasi er forskerens avgjørende oppgave. Sansen for det som det er verdt å spørre om utvikles og man kommer på meningsfulle spørsmål som det er hensiktsmessig å forsøke å gi svar på. Det fremmede står alltid i fare for å misforstås, men misforståelse kan utelukkes gjennom kontrollert og metodisk refleksjon. Vi må komme hinsides de fordommer som ligger til grunn for den hermeneutiske bevissthet og overvinne de fordommer som ligger nedfelt i dem. Fordommer står ikke i veien for sannheten, men er en forutsetning for at vår evne til å erfare fra første stund er rettet mot noe. Fordommene er det som vår åpenhet mot verden tar for gitt, som er betingelse for at vi erfarer noe, og for at det vi møter har noe å si oss. Vi er inntatt av noe som gjør oss åpne for det nye, det andre og det sanne (Gadamer, 2003, s. 59).

Med å klargjøre forforståelsen kan jeg åpne meg for om personene kan fortelle meg noe nytt. I møte med mennesker med spiseforstyrrelse tidligere kan det være at de har deltatt i veiledet selvhjelp eller annet selvhjelpstilbud, men det har i så fall ikke vært kjent for meg. Min forforståelse for veiledet selvhjelp har jeg kun fra teori rundt dette temaet. I møte med

informantene hadde jeg en forventning om at personene kunne bringe ny kunnskap til meg gjennom å fortelle hvordan deres erfaring var fra veiledet selvhjelp. Det var en utfordring for meg at jeg nå skulle tre inn i rollen som forsker med fokus på å få informasjon til min studie og ikke i rollen som psykiatrisk sykepleier eller saksbehandler.

3.3 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er forskningsstrategi for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter og bidrar til å presentere og beskrive mangfold eller nyanser. Begrepet metode betyr veien til målet. Metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Man kan oppnå mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger og få dypere og styrket forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Forskeren anses som en aktiv deltaker som stiller åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier, og stiller seg åpen for et mangfold av mulige svar. Målet er å forstå og å beskrive. Materialet som kan representere samtaler eller observasjoner består av tekst som analyseres. Kvalitativ tilnærming passer når man skal utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet og meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener. Man er ute etter beskrivelser slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud 2013, s. 27-31).

3.4 Praktisk gjennomføring

Prosjektet startet med godkjent prosjektplan. Deretter ble det søkt godkjenning hos NSD (vedlegg 6). Det ble skrevet henvendelse til en brukerorganisasjon for berørte av spiseforstyrrelse med forespørsel om hjelp til å rekruttere informanter blant deres medlemmer (se vedlegg 2 og 4). I tillegg ble det forfattet et informasjonsskriv til informantene om studien med samtykkeerklæring, og hva det innebærer å være informant i denne studien (vedlegg 3). Samtidig startet jeg arbeidet med intervjuguiden (vedlegg 1). Intervjuguide og brever ble vedlagt søknad til NSD (vedlegg 6). Prosjektet ble godkjent av NSD våren 2016 (vedlegg 5).

3.4.1 Presentasjon av utvalget

Studien ble gjennomført med utgangspunkt i beskrivelser fra personer som har eller har hatt en spiseforstyrrelse og som har erfart samtaler med likeperson. For å få svar på min problemstilling fant jeg det mest hensiktsmessig å gå direkte til personer som har deltatt i veiledet selvhjelp i regi av en brukerorganisasjon. Jeg tenker at det er den som har deltatt i veiledet selvhjelp som best kan svare på hvordan de opplever at veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse. Gjennom informantens historie og beskrivelser ønsket jeg å få innsikt i deres erfaringer og opplevelser for deretter gjennom analyse og tolking å finne svar på min problemstilling. Jeg trengte minimum tre informanter for å få tilstrekkelig grunnlag. Brukerorganisasjonen som jeg kontaktet var positive til å bistå og syntes det var en spennende studie med et relevant tema. Det var viktig for meg å få tak i informanter som kunne bidra til at funnene fra min forskningsstudie blir valid. Derfor ønsket jeg at rekrutteringen av utvalget skulle være tilfeldig utvalg. Dette ble ivaretatt ved at utvalget ble plukket tilfeldig ut fra medlemsregisteret i brukerorganisasjonen der jeg fikk hjelp fra ansatte i brukerorganisasjonen til utplukk.

Personene som jeg intervjuet var forskjellige med tanke på alder, utdanning, yrke, personlighet og familiesituasjon. Den yngste informanten var rundt 30 år og den eldste rundt 45 år. Felles for de alle var at de var åpne og positive til å dele sin erfaring og bidra til forskning. Alle hadde hatt en spiseforstyrrelse, og alle hadde deltatt i veiledet selvhjelp i regi av brukerorganisasjonen ved hjelp av likeperson tilknyttet organisasjonen.

To ulike brukerorganisasjoner for berørte av spiseforstyrrelser i to forskjellige deler av landet ble kontaktet. De ansatte i organisasjonene la ut informasjon om studien på sin nettside, hengt opp flyers synlig i medlemslokalet og informerte medlemmer om studien. Hele tiden var det positiv innstilling hos brukerorganisasjonene som ønsket å bistå i rekrutteringen av informanter til studien. Jeg mottok en liste med navn fra den ene brukerorganisasjonen der personer hadde sagt seg villige til å delta i studien. Det ble plukket tre personer fra listen.

3.5 Kvalitativt forskningsintervju

Intervju som forskningsmetode er en samtale som har til hensikt å produsere kunnskap der målet er å få frem betydningen av erfaringer og opplevelser forut for vitenskapelige forklaringer gjennom at intervjupersonene beskriver hva de opplever og føler. Dette undersøkes i lys av

undersøkelsens formål. Når man skal forstå et intervjumateriale må det som sies i intervjuet både ses som en sannferdig rapport og en redegjørelse (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 37). Et kvalitativt forskningsintervju anvendes i følge Kvale og Brinkmann når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra den intervjuedes eget perspektiv.

Forskningsintervjuet er en profesjonell samtale. Strukturen er lik den dagligdagse samtalen, men måten å spørre på preges ikke på samme måte av gjensidighet. Et profesjonelt intervju involverer en bestemt metode og spørreteknikk. Intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold der intervjueren i en maktposisjon. Intervjupersonen er styrt av andre og påvirker hva det skal snakkes om. Intervjueren definerer situasjonen ved å bestemme emnet for samtalen og er den som spør mens den intervjuede svarer. Forskeren bidrar ikke i samtalen med egne holdninger til temaet eller egne meninger. Intervjueren stiller åpne spørsmål, og informanten forteller. Det benyttes en intervjuguide som tar opp bestemte temaer og spørsmål. Det er nødvendig at intervjueren har kjennskap til det undersøkte tema for å kunne stille relevante spørsmål. Tilnærmingen er varsomt spørre- og lytteorientert. Svarene følges aktivt opp gjennom oppfølgingsspørsmål for å få detaljer, utdypende kommentarer og argumenter. Det skjer en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial som involverer intervjueren og den intervjuede som i fellesskap skaper kunnskap. Intervjuet må gjennomføres slik at betydningen kan analyseres. Forskeren står fritt til å skape appellerende historier. Det kvalitative intervjuet blir kalt ustrukturert på grunn av at det finnes få forhåndsstrukturerte eller standardiserte prosedyrer for hvordan intervjuet skal utføres. Det avhenger av undersøkelsens mål og tema. Metodologiske beslutninger må fattes på stedet mens intervjuet pågår. Den kunnskap som kommer ut av forskningsintervjuet avhenger av den sosiale relasjonen mellom intervjueren og den intervjuede. Relasjonen avhenger av intervjuerens evne til å skape et rom der intervjupersonen kan snakke fritt og trygt. Det krever en fin balanse mellom intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap og hans respekt for intervjupersonens integritet etisk sett (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 37).

3.5.1 Gjennomføring av forskningsintervju

Informantene ble kontaktet gjennom SMS og e-mail, der skriftlig informasjon om studien ble vedlagt mailen. Det ble avtalt tidspunkt, som passet for den enkelte, og sted som lå geografisk i nærheten til deres hjemstedskommune. Jeg ønsket at belastningen skulle være minst mulig for dem i form av kortest mulig reisevei og at tidspunktet passet. Lokalene som ble benyttet til

intervjuene ble leid til formålet, og jeg passet på at de var nøytrale, og at vi kunne sitte uforstyrret slik at informantene kunne føle seg vel. Intervjuene ble gjennomført på samme dag i februar 2017. Til informantene serverte jeg kaffe, vann og mineralvann.

De første minuttene av møtet mellom meg som intervjuer og informanten ble brukt til litt småprat for å gjøre settingen mer trygg. Det var viktig for meg at informanten hadde tillit til meg. Intervjuet ville jeg at skulle gjennomføres som en samtale. Informasjonen som informanten hadde fått om studien skriftlig ble gjentatt for å sikre meg om at de hadde forstått innholdet i informasjonen. Det var informasjon om selve studien, om båndopptakeren og om intervjuguiden. Opplysning om at informanten kunne trekke seg fra studien underveis ble gjentatt, og det ble presisert at ingen trengte å svare på spørsmål de ikke følte seg komfortable med. Kvale og Brinkmann (2015, s. 160) sier at intervjuet introduseres med en brifing der intervjueren definerer situasjonen for intervjupersonen, forteller om formålet med intervjuet, hva lydopptakeren skal brukes til. De første to minuttene er avgjørende. Da skapes kontakt, man må lytte, vise interesse og forståelse og respekt.

Før samtalen startet gikk vi også gjennom samtykkeerklæringen som informantene signerte. Jeg oppfordret informantene til å snakke mest mulig åpent og fritt. Jeg forklarte at jeg kom til å styre samtalen inn mot mine tema dersom jeg merket at samtalen tok en vending som ikke ville bidra til å belyse min problemstilling. Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler intervjuguide med oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. I min intervjuguide hadde jeg forslag til spørsmål. Samtidig var jeg veldig klar over den fine balansegangen mellom mitt ønske om å innhente interessant kunnskap og at jeg måtte være lojal til informantens opprinnelige utsagn og fortellinger. Båndopptaker ble brukt under intervjuene. Informanten ble forklart at det var nødvendig for at jeg skulle få så nøyaktig registrering av data som mulig. Alle informantene syntes det var greit. I tillegg til båndopptakeren gjorde jeg noen notater underveis for at jeg skulle huske viktige detaljer som ikke kom fram på båndopptakeren og for å huske stikkord til oppfølgingsspørsmål. Samtykkeerklæringene ble lagt i forseglede konvolutter og blir oppbevart innelåst inntil prosjektet er ferdig.

Informantene fortalte meg mye om deres opplevelse av deltakelse i veiledet selvhjelp, hva de opplevde som kunne fremme eller hemme god helse og hvordan de opplevde at samtale med likeperson kunne bidra til å fremme deres helse. De svarte villig på spørsmålene fra intervjuguiden og på oppfølgingsspørsmålene jeg hadde. Et par ganger måtte jeg forklare hva

jeg mente med spørsmålet. Intervjusituasjonen var en positiv opplevelse. Under selve intervjuet prøvde jeg å tilstrebe en god atmosfære for å sikre så god trygghet og ivaretagelse av informanten som mulig. Jeg forsøkte å legge vekt på aktiv lytting, signaler jeg sendte gjennom kroppsspråk, blikkontakt og nonverbale tegn for å formidle oppriktig interesse og forståelse. På forhånd hadde jeg lest meg opp på aktuell teori innen temaet og forskningsintervju som metode, samt satte meg inn i praktiske og etiske aspekter innen forskning og kvalitative intervju. Det gjorde meg mer reflektert og at jeg lettere kunne følge informanten. Hvert intervju varte fra 30-40 minutter. Kvale og Brinkmann (2015, s. 161) sier at når intervjusituasjonen er over, kan det oppstå en viss anspenthet eller angst. Intervjupersonen har vært åpen om personlige og emosjonelle opplevelser. Dette var jeg observant på, og etter at intervjuene var ferdig, og båndopptakeren var slått av, hadde vi en debriefing der ingen av informantene uttrykte at det hadde vært noen ubehageligheter underveis.

3.6 Analysemetode

Valg av analysemetode ble bestemt ved utarbeidelsen av prosjektplanen i forkant av studien. Det gjorde at jeg bedre kunne planlegge gjennomføringen av forskningsprosjektet mitt. Kvale og Brinkmann (2015) sier at å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer. De sier at analysemetode bør bestemmes før intervjuet gjennomføres og styre intervjuforberedelsene som utarbeiding av intervjuguide, intervjuprosessen og transkriberingen. I analysen har jeg til hensikt å komme frem til hvordan veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse for personer med spiseforstyrrelse ut fra omsorgsvitenskapelig tenkning.

3.6.1 Transkribering

I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 204) er transkripsjon oversettelse fra talespråk til skriftspråk. I en transkripsjon blir samtalen abstrahert og fiksert i skriftlig form, og transkripsjonene kan betraktes som grunnleggende data i et intervjuprosjekt. Gjennom transkripsjon blir intervjusamtalen bedre egnet for analyse. Det finnes ikke universell form eller kode for transkripsjon. Den må tilpasses hva den skal brukes til. Det er umulig å si hva som er korrekt transkripsjon. ”Det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form” (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 212). Kvale og Brinkmann sier at man må finne den form som er nyttig for den aktuelle forskningen.

Når det blir tatt opp følsomme emner, må etiske overveielser gjøres. Det handler om å beskytte konfidensialiteten til personer og institusjoner som nevnes, at opptak og transkripsjoner oppbevares innelåst, og at opptak slettes når de ikke lenger skal brukes (Kvale og Brinkmann, 2015). I ettertid av de tre intervjuene, ble det muntlige materialet transkribert ett og ett i tre forskjellige dokumenter. Det skapte et helhetsbilde av intervjuene. I gjennomlytting av det muntlige materialet skrev jeg ned fortløpende rådataene fra lydopptakeren. Det var nødvendig å renskrive og kvalitetssikre at jeg hadde fått med alt, og jeg gikk gjennom det muntlige materialet flere ganger inntil jeg følte at jeg hadde fått med nøyaktig det som var sagt. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, og det var også til tider vanskelig å skrive ned fra tale til tekst. Jeg brukte lav hastighet på lydopptakeren for å få enda tydeligere fram der noen uttalelser ble uklare. Den skrevne teksten ble skrevet ordrett på bokmål og supplert med følelsesuttrykk og pauser. Uten at innholdet i teksten ble endret passet jeg på, for å sikre konfidensialiteten i hele prosessen, å omskrive data fortløpende. På den måten kunne ingen gjenkjenne personer og organisasjoner. Opptakene ble slettet etter at transkriberingen var gjennomført, og det skriftlige materialet kvalitetssikret av veileder. De transkriberte intervjuene ble gjennomgått og analysert etter hvert. Etter transkribering foreligger det 30 sider med tekst som analyseres etter Kvale og Brinkmanns intervjuanalyse (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.6.2 Intervjuanalyse

Analysen av et intervju omfatter fem trinn. Først leser man gjennom hele intervjuet for å få en følelse av helheten. I neste trinn bestemmes de naturlige meningsenhetene av forskeren slik de uttrykkes av intervjupersonen. Det tredje trinnet består i å uttrykke temaet som dominerer den naturlige meningsenheten. Uttalelsene tematiseres fra intervjupersonenes synsvinkel slik forskeren fortolker dem. I det fjerde trinnet undersøkes meningsenheten i lys av undersøkelsens formål. De viktigste emnene i intervjuet blir bundet sammen i et deskriptivt utsagn i det siste trinnet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Gjennom meningsfortetning forkortes uttalelser til kortere formuleringer med færre ord for å få fram temaet som dominerer den naturlige meningsenheten. Meningsfortetning kan være til hjelp for å analysere lange og ofte komplekse intervjutekster. Lange setninger komprimeres til kortere hvor den umiddelbare mening i det som er sagt, gjengis med få ord. Forskeren leter etter naturlige meningsenheter og uttrykker deres hovedtema som deretter gjøres til gjenstand for

mer omfattende tolkning og teoretiske analyser (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 232). Når jeg skulle inkludere og ekskludere meningsenheter gikk jeg ut fra valgte kriterier. Det var problemstillingen som var retningsgivende da jeg ønsket uttalelser som var relevante i forhold til hva fremmer og hemmer helse, og hvordan veiledet selvhjelp ved hjelp av likeperson kan bidra til helse.

Etter transkriberingen forsøkte jeg først å få et helhetsbilde over teksten. I mitt neste steg valgte jeg å sammenfatte svarene fra de tre intervjuene under hvert spørsmål. Det skapte en helhet på hvordan de ulike informantene hadde svar på samme spørsmål. De nye dokumentene ble gjennomlest, og jeg startet meningskondensering av teksten ved at lange setninger ble redusert til kortere utsagn. På den måten ble det enklere å gripe meningen i utsagnene. Den kondenserte teksten dannet sentrale tema, og disse framstod som viktige meningsstrukturer relatert til de intervjuedes selvforståelse. Jeg skulle finne tema som omhandlet veiledet selvhjelp og helse. Det var viktig at jeg klarte å stille meg åpen for inntrykk som materialet kan formidle, men det var hele tiden problemstillingen som var styrende for meningsenhetene. Den var retningsgivende for hvilke spørsmål som jeg stilte til teksten. Mine spørsmål til teksten var med utgangspunkt i omsorgsvitenskapelig tenkning og jeg spurte om hvordan likeperson gjennom veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse og helhet i kropp, sjel og ånd og hva informantene opplever at hemmer og fremmer helse.

I meningsfortolkningen gjøres en dyp og kritisk fortolkning av teksten. Meningsstolkning utvider den opprinnelige teksten ved å legge til hermeneutiske lag som muliggjør forståelse. Fortolkning av meningsinnholdet i intervjuetekster strekker seg ut over en strukturering av meningsinnholdet i det som sies. Man går ut over det som direkte blir sagt for å finne meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer direkte, og utsagnene rekontekstualiseres (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 237). Det som var viktig ved meningsstolkningen var å organisere meningsbærende enheter som jeg skulle studere nærmere ontologisk. Temaer ble utformet og utbedret underveis i prosessen. Det utkrystalliserte seg 3 tema med undertema som vil bli belyst i drøftingen. Hele tiden måtte jeg gå tilbake i rådata for å sikre at det jeg fremlegger fremstilles på riktig måte. Til slutt leste jeg gjennom alle intervjuene for å sikre at viktige momenter ikke ble oversett. Kvale og Brinkmann (2015) sier at sammenfatningen til slutt i analysearbeidet må være lojal i forhold til informantens stemme og gi innsikt og tillit. Resultatet skal gi en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig er tatt ut fra som ikke består av rene sitater, men hentet fra meningsbærende enheter.

I gjenfortellingen brukes tredje person formen på grunn av at det nå skal gjenfortelles. Essensen fra flere historier er sammenfattet. Det er ikke enkeltstående historier.

Analysearbeidet var en omfattende og interessant prosess. Rådata har blitt gjennomgått flere ganger for å sikre at temaer og undertema er representative for det totale materialet og at temaer ikke er oversett. Etter hvert ble helhetsforståelsen mer og mer klar, og jeg følte meg rimelig trygg på fremførelsen av materialet. Jeg opplevde analysemetoden som ryddig og strukturerende samtidig som det var en utfordring å abstrahere til klare tema. Noen temaer flyter litt over i hverandre. Det var også utfordrende og spennende å finne fram til det ontologiske i materialet. Hele tiden hadde jeg i tankene å forankre analysen ut fra omsorgsvitenskapelig tenkning.

Data som kom fram som ikke er relevant for problemstillingen er ikke tatt med. Jeg håper informantene har forståelse for det. Bakgrunnen for utvelgelse av det jeg fant relevant materialet ble styrt av min problemstilling, og ikke nødvendigvis at det var uinteressant informasjon. I følge Kvale og Brinkmann, (2015) må det gjøres valgte avgrensninger, og at alt ikke skal tas med. Det var forskjell på hvor utdypende informantene var på samme spørsmål, og forskjellige refleksjoner ble vektlagt av informantene på samme spørsmål. Dette kan resultere i at enkeltes utsagn blir mer fremtredende enn andres, men jeg har forsøkt å få alles stemme frem i tilstrekkelig grad. I respekt for informantene har jeg vært påpasselig med å ta med det de har fremsatt som viktig å videreformidle.

3.7 Forskningsetikk

I det følgende vil jeg gjøre rede for mine etiske overveielser som jeg var opptatt av gjennom hele prosessen i intervjuundersøkelsen. Kvale og Brinkmann (2015, s. 35) sier at et forskningsintervju er gjennomsyret av etiske problemer. De sier at det er lett å krenke intervjupersonen og overskride en grense som kanskje bare venner og fortrolige kan krysse. Det å intervjuer avhenger av praktiske ferdigheter og personlige vurderinger. Maktforholdet i et kvalitativt intervju er asymmetrisk og krever varsomhet. Intervjueren er i en maktposisjon ved å definere situasjonen og styrer temaet for samtalen, og konversasjonen skiller seg derfor fra vanlig samtale mellom likeverdige parter (Kvale og Brinkmann, 2015).

Informantene skulle intervjues i et tema som kunne være sårbart, og de skulle sette ord på personlige forhold. Jeg valgte individuelle intervjuer for å kunne snakke med informantene alene. Jeg ønsket at informantene skulle åpne seg mest mulig og være ærlig og fortrolig. Ved individuelle intervju kunne jeg stille oppfølgingsspørsmål til den enkelte. Jeg tenker at det kom til nytte at jeg gjennom jobben har erfaring fra å snakke med mennesker som har eller har hatt helseplager eller vært i belastende livssituasjoner. Det gjorde meg tryggere i møte med informantene. Jeg hadde en opplevelse av at informantene følte seg trygge, at de fortalte ærlig om sin erfaring med veiledet selvhjelp, og at det ikke var til hinder at vi var fremmede for hverandre. Samtidig følte jeg at jeg ble tryggere og utviklet meg selv for hvert intervju. Kvale og Brinkmann (2015, s. 36) sier at intervjuferdigheter læres gjennom intervju praksis. Jeg merket at det ble lettere å stille relevante oppfølgingsspørsmål i intervju to og tre etter at jeg hadde fått litt erfaring.

Jeg var opptatt av at ikke informantene skulle føle seg krenket, påføres skade eller stor belastning i intervjusituasjonen. Respekt for den enkelte var sentralt for meg. Jeg visste at informantene var sårbare i forhold til sin historie. Jeg tenkte at jeg måtte ha forståelse for at de kunne møte på spørsmål som følelsesmessig kunne være vanskelig å svare på. Jeg hadde planlagt nøye for å forsøke å unngå å stille spørsmål som kunne være etisk krenkende. Jeg hadde også presisert at informantene kunne velge hva og hvor mye de ønsket å fortelle eller om de ville unnlate å svare. Det ble benyttet åpne spørsmål der de stod fritt til å fortelle.

Informanten fikk nok informasjon om prosjektet til å kunne ta stilling til ønsket om deltakelse eller ikke. Det ble vektlagt at det er dette konkrete forskningsprosjektet det ble samtykket til. For å sikre at intervjupersonene forstod hva de var med på, har jeg innhentet informert samtykke. Samtykket har også vært frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Informasjonen i dette prosjektet er gitt muntlig i forkant av intervjuet og skriftlig (vedlegg 3). Det er også gitt informasjon om at man når som helst kan trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn, og at man kan la være å svare på spørsmål dersom man ønsket det. Det er ikke avhengighetsforhold mellom meg som forsker og informantene, noe som jeg tenker reduserer muligheten for at informantene skulle føle seg presset til å samtykke til deltakelse. Alle informantene hadde samtykkekompetanse.

3.8 Anonymisering

I analysearbeidet og i formidling av resultater er det lagt vekt på konfidensialitet og å anonymisere all informasjon for ikke å kunne spore tilbake til informanten. Jeg har ikke sett det nødvendig å presentert informantene enkeltvis. Graden av personidentifikasjon for helseopplysninger skal i følge Helseforskningsloven (2008) ikke være større enn nødvendig for å nå formålene. Personalia som alder, hjemstedskommune, sivilstand og familiesituasjon er skrevet om og trenger ikke å stemme med virkeligheten. Data om dette er likevel forsøkt ivaretatt slik at det stemmer noenlunde med virkeligheten uten at man kan spore tilbake til informanten. Jeg har også valgt å holde brukerorganisasjonen anonym, og i hvilken by jeg har gjennomført intervjuene, da det er begrenset hvor mange medlemmer som er tilknyttet organisasjonen. Navnet til brukerorganisasjonen er sladdet der det kommer fram i brev eller nettreferanser. Jeg har valgt å gi informantene fiktive navn for at flyten i teksten skal bli best mulig. Navnene Tone, Lise og Mari og er navn som ikke stemmer med deres eget i virkeligheten. Anonymiseringen er særlig viktig i og med at jeg antar at nedslagsfeltet for min studie er så pass liten. Alt materiale som jeg har fremskaffet har vært skilt fra persondata og vært innelåst i skap eller på privat pc med passord. Det er kun meg og min veileder, som er medforsker, som har hatt tilgang til dette materialet, men navn og persondata er også anonymisert for min veileder. Materialet ble slettet underveis i prosessen når det ikke lenger var hensiktsmessig å oppbevare det. Alt blir slettet i sin helhet etter prosjektets slutt og eksamen er bestått.

3.9 Validitet og reliabilitet

Til slutt i denne metodedelen vil jeg trekke fram mine betraktning på gyldigheten i forskningen og relevansen og hvorvidt funnene kan generaliseres. Jeg har stilt meg spørsmål om de verktøy jeg har brukt og i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på spørsmålet jeg har stilt. Malterud (2011, s. 21) sier at selv om forskningsprosessen har vært tilfredsstillende er det ikke gitt at resultatet blir vitenskapelig kunnskap. Forskeren skal overveie validiteten av hva studien forteller noe om og hvilken overførbarhet funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført. Vi kan sjelden svare ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet er sant, men man må ta stilling til hva det er sant om. I følge Malterud gir metoden og materialet anledning til å si noe om hvilken overførbarhet resultatene har. Feltet og

konteksten der kunnskapen er innhentet vil avgjørende. Ingen kunnskap er allmenngyldig i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål.

Gjennom den enkelte deltakers historie og uttrykk, kunne jeg finne kunnskap som gjelder for flere ved å løfte fram beskrivelser fra den enkelte som kan lære oss noe om andre. Jeg ønsket å gå til de personene som hadde deltatt på veiledet selvhjelp for å få svar på problemstillingen. Ved å fremme informantenes egen stemme, styrker det validiteten i studien. De som har erfart veiledet selvhjelp og også hatt spiseforstyrrelse kan best gi informasjon om dette. Informantene har gjennom åpne spørsmål fått mulighet til å fortelle, beskrive og forklare, noe som dette styrker validiteten i studien. Malterud (2011, s. 22) sier at overførbarhet av funn fra kvalitative studier ofte er knyttet til utvalget. For å vurdere validitet må man gjennomgå forholdet mellom det utvalget vi henter data fra, den type kunnskap vi ønsker å utvikle og den rekkevidden våre funn kan få på dette grunnlaget. Råholm (2013, s. 56) viser til Gadamer og sier at det er i en åpen og ekte dialog, gjennom spørsmål og svar, at et visst fenomen kan forstås. Sannhet blir til i møtet, gjennom dialog av ontologisk karakter og med utgangspunkt i forforståelse. Hermeneutikk muliggjør forståelse og utvider den opprinnelige teksten. Kvale og Brinkmann (2015) sier at ved å bruke hermeneutikk sikrer man validiteten i undersøkelsen. Man går ut over det umiddelbart gitte som beriker forståelsen, får fram nye differensieringer og utvider meningen.

Jeg har forsøkt å fremheve skriftlig hvordan jeg har tenkt i mine fortolkninger og hvilke spørsmål jeg har stilt teksten. Kvale og Brinkmann (2015, s. 239) sier at det er viktig å formulere på en eksplisitt måte de bevis og argumenter som ligger i en fortolkning slik at fortolkningen kan tolkes av andre. I denne studien ville nok en annen forsker kunne få fram andre aspekter ved å fokusere på dem. Mitt valg av tema, problemstilling og spørsmål er valgt ut fra min forforståelse. Kvale og Brinkmann (2015, s. 241) sier at det er mulig å stille ulike spørsmål til en tekst. Malterud (2013, s. 123) sier at forskningsprosjekt velges ut fra interesse og bakgrunn, og springer ut av erfaring man har gjort seg i praksis og som har ført til nysgjerrighet for fordypning innenfor temaet. Slike motiver utgjør en viktig del av forforståelsen og er med på å bestemme hvordan problemstilling og design utformes. Dermed er forforståelse synlig allerede idet en trer inn i et forskningsprosjekt. Sider om forskerens person og ståsted som faglig bakgrunn og personlig motivasjon i forhold til den aktuelle saken må komme fram.

I studien fremkommer min tolkning av meninger, men jeg tenker at den samme intervjuuttalelsen kan bli fortolket på ulike måter. Malterud (2011, s. 23) sier at datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon påvirkes av forskeren som person. Kvale og Brinkmann, (2015, s. 238) sier at det finnes ikke bare en riktig og objektiv mening av en uttalelse. Den hermeneutiske forståelsesformen tillater et legitimt fortolkningsmangfold. Det kan stilles mange spørsmål til en tekst og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. Spørsmålene er med på å bestemme den etterfølgende analysen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 239).

Jeg har prøvd å gripe tak de tingene som informantene selv har sagt noe om og utdypet disse. Det har vært problemstillingen og forankring i omsorgsvitenskapen som hele tiden har vært retningsgivende for de valgene jeg har tatt både under datasamlingen og analysen. Jeg har hele tiden forsøkt å ha fokus på en sammenhengende "rød tråd" fra innledning, teori, analyse, drøfting til konklusjon. I prosessen i skrivning av oppgaven har jeg hele tiden hatt blikket rettet fremover mot avslutning og konklusjon, tilbake mot innledning og problemstilling, og jeg har forsøkt å få med meg eventuell ny forskning på området som har relevans for mitt prosjekt. Det har tidvis vært vanskelig å være kritisk til eget materiale, så jeg har bevisst prøvd å relatere delene i oppgaven til helheten og omvendt. Gadamer (2013) sier at forståelse nås gjennom den hermeneutiske sirkel gjennom å speile delen mot helhet og helheten mot delen. Jeg har sett på beskrivelser fra den enkelte informant, hvordan det stemmer overens med de andre utsagnene og gått tilbake og sett om det virkelig var det informantene sa og mente. Jeg opplevde dette tidvis krevende og utfordrende samtidig spennende og fruktbart. Til tider har jeg blitt overrasket over min forutinntatthet og mine antakelser, selv om jeg mente at jeg bevisst stilte med åpenhet og undring i utgangspunktet. Kvale og Brinkmann (2015, s. 243) sier at leting etter den egentlige mening, sannheten, er "en endeløs søken etter en udefinert og fiktiv enhet" og "sannhet er noe som kan finnes, ikke skapes". De mener det er en styrke ved intervjumetoden at ulike fortolkere konstruerer ulike meninger i en intervjuberetning. Også min veileder har lest gjennom rådata, analysen og resultatet av funn noe jeg tenker styrker validiteten. Funnene og metodene i denne studien er presentert og diskutert med andre studenter og veiledere i forbindelse med fremføringer på skolen, noe som også er med på å styrke påliteligheten til forskningen min. Tilbakemeldinger jeg har fått har noen ganger åpnet mine øyne og ført til nye perspektiver på utsagnene. Funnene er til slutt i oppgaven blitt tatt med i drøftingen sammen med tidligere funn og teori.

Et aspekt i forhold til validitet i studien er utvalget av informanter. Informantene var voksne kvinner, som alle hadde en positiv erfaring fra veiledet selvhjelp som er rekruttert fra samme brukerorganisasjon. Det bidrar til et noe snevrere syn på beskrivelser av veiledet selvhjelps betydning for mennesker med spiseforstyrrelse. Kontakt med personer fra ulike brukerorganisasjoner kunne gitt mer reliable resultat. Det er også mulig at informantene har hatt kontakt med samme likeperson noe som medfører erfaring knyttet til samme personen. En mulig kilde til ensidig rapportering kan være at det er tre utadvendte personer som har sagt seg villig til å la seg intervju. Det kan også være de som føler at de har hatt mest positiv erfaring av veiledet selvhjelp som har samtykket i deltakelse. Det var mange flere medlemmer i organisasjonen enn antallet som meldte seg villige som informanter. Jeg stiller meg selv spørsmål om hvorfor mange valgte å ikke ta kontakt og delta i studien. Kan det være at de ikke synes at de har noe å tilføre forskning? Kan de ha erfaringer med veiledet selvhjelp som de ikke ønsker skal komme fram? Det at vi ikke vet grunnene til dette, gjør at funnene i studien ikke må tas for gitt. Det kan også være at informantene fortalte meg det som de forventet at jeg ville høre ut fra hva annen forskning om veiledet selvhjelp har vist.

Det at jeg har transkribert intervjuene selv styrker validiteten i forskningen. Gjennom transkribering ble jeg godt kjent med materialet, og det var lett å ha en viss oversikt over det som ble sagt. Dette gjorde det lettere når jeg kom til analysen. Gjennom grundig analyse kunne jeg gå dypere ned i ontologien og finne frem til det som ikke eksplisitt ble uttrykt og fokusere ytterligere på dette.

Jeg mener at informasjonen informantene har gitt er viktige bidrag innen forskning som omhandler mennesker som har eller har hatt en spiseforstyrrelse og deres opplevelser av hvordan veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse. Jeg har ikke funnet andre kvalitative studier om veiledet selvhjelp som belyser temaet på samme måte eller som er forankret i klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Det kom frem nye nyanser i denne studien når det gjelder veiledet selvhjelp knyttet til helse. Slik er studien et viktig bidrag. Funn som samsvarer med tidligere forskning er også viktige bidrag, da de styrker tidligere funns validitet.

4.0 Resultat

Informantene som er med i denne studien har alle til felles at de har eller har hatt en spiseforstyrrelse, og de har fått veiledet selvhjelp av likeperson ved en brukerorganisasjon for berørte av spiseforstyrrelse. I dette kapitlet vil jeg presentere funn som fremkom i intervjuene. Disse presenteres ut fra informantenes utsagn om deres opplevelser av veiledet selvhjelp, og deres beskrivelser av hva som er god helse for dem. De hadde klare formeningar om hvordan veiledet selvhjelp kunne hjelpe dem, og også når veiledet selvhjelp ikke kan hjelpe. De hadde også klare oppfatninger om hva som fremmer helse og hva som hemmer god helse. Flere av erfaringene til informantene fremstår som sammenfallende, mens andre fremstår som individuelle og unike. Det er den enkeltes individuelle opplevelse som er viktig, og alt det informantene forteller fremstår som enestående og verdifullt.

I analysen var det viktig å se hva som stiger frem i teksten som kunne bidra til å gi svar på problemstillingen. Analysen førte meg frem til tre hovedtema med undertema som jeg i presentasjonen av funn vil utdype nærmere og supplere med sitater fra informantene.

Hovedtema	Undertema
Troverdigheten til likepersonen er sterk	Å ha tillit til likepersonens historie Likepersonen forstår på en annen måte Likepersonen fremmer håp Hjelpen som alltid er der
Å bli trygg og oppgi kontroll	Å ha ambivalens til behandling Å motta hjelp som er frivillig Å ha tanker som er vanskelig å snakke om
Helse henger sammen med selve livet	Helse er å oppleve mening og sammenheng Å ha en støttende familie Å ha fellesskap med likeperson

4.1 Likepersonens historie har troverdighet

4.1.1 Å ha tillit til likepersonens historie

Informantene fortalte at en likeperson som meddeler sine erfaringer som samsvarer med deres egne erfaringer, gjør at troverdigheten styrkes til det likepersonen forteller, og de blir mer mottakelig for råd og veiledning fra likepersonen. Det er lettere å følge råd og veiledning når de kjenner seg igjen i historien til likepersonen enn til en person som har hatt et helt ulikt problem. Tone fortalte at det kan hjelpe å ha noen å snakke med uansett, men dersom likepersonen ikke har opplevd akkurat det samme, fikk hun ikke den samme tilliten til erfaringen, og hun tenkte ikke i samme grad at hun kunne klare det selv om likepersonen klarte det. For Tone har det ikke noen hensikt å snakke om det som hun ikke har noe forhold til, eller å bruke metoder som hun ikke føler at er rett for henne.

Flere informanter trakk fram at egenskaper og personlighet ved likepersonen var viktig i tillegg til hvilken erfaring de hadde, og de erfarte at det er større mulighet for å lykkes dersom de er like som personer. Mari sa: *"(...) vi var veldig lik (...) som person og alt, så det klaffet veldig godt der (...)"* ... *"Det handler mye om tillit (...)"*

Ulike egenskaper som de satte pris på hos likepersonen ble fremhevet hos de ulike informantene. Det som ble nevnt var evne til å vise at hun bryr seg, at hun er tillitsfull, ærlig, åpen, engasjert, hadde forståelse, og at hun klarer å leve seg inn i deres problem og utfordringer. Også tålmodighet er en viktig egenskap. Maris uttalelse belyser dette: *"(...) at hun ikke (...) hadde greid å (...) leve seg litt inn i mine problemer og utfordringer(...) så tror jeg (...) ikke at jeg hadde vært så mottakelig jeg heller"*. Mari fortalte at hun nok ikke hadde vært der hun er i dag hadde det ikke vært for hjelpen hun har fått fra likepersonen, fordi hun var redd for å få hjelp. Kjemien med likepersonen var avgjørende og gjorde at hun ikke låste seg igjen.

Informantene var samstemte i at kjemien med likepersonen har mye å si for hvor mottakelig man er for veiledning og hvor mye det hjelper, og at det kunne variere hvor godt kjemien stemte. Lise sa: *"Så kommer det veldig an til syvende og sist på personen. Det har mye å si (...). Det er enkelte personer jeg har mye mer kjemi med enn andre også"*. Tone trakk frem at ærlighet og måten de svarer på har mye å si hvordan tilliten til personen fremover vil bli. Noen foretrakk at de ble satt forventninger og krav til, mens en annen mente at det ikke hadde fungert dersom hun hadde blitt presset for mye.

”Vi er alle forskjellige, og vi reagerer alle på forskjellig måter (...)” ... ”(...) hun må (...) være engasjert og bry deg om i det du gjør og (...)” ... ”(...) det blir mer troverdig når du vet at hun har gått gjennom det samme, ”(...) det er alltid tillit og (...) troverdigheten som gjør at du tror at dette kan gå bra selv i de dypeste daler og de mørkeste kjellere” ... ”(...) hun pushet for mye, altså forventet for mye. Det tror jeg ikke hadde fungert” (Mari).

4.1.2 Likepersonen forstår på en annen måte

Informantene mente at en likeperson har spesiell kunnskap som skal til for å klare å forstå hvordan de har det. En informant sa at erfaringskompetanse kunne være nøkkelen for å nå inn til brukerne. En likeperson som har hatt spiseforstyrrelse og vært gjennom det samme, forstår hva den enkelte går gjennom. De klarer dermed å se det fra en annen side enn det fagpersoner gjør. Tone mente at en fagperson ikke kan si at hun skjønner hvordan hun har det, fordi hun kan ikke vite det sikkert.

I veiledet selvhjelp oppleves det lettere for informantene å dele sin historie enn når de går i behandling, fordi de opplever å bli forstått og blir ikke dømt eller sett ned på av likepersonen. Den ene informanten mente at samtalen går lettere da det oppleves at en likeperson gjør seg mer menneskelig enn en fagperson ved at hun deler sine egne erfaringer med den andre. Mari sa: *”Det var mye jeg fortalte til likepersonen som jeg ikke fortalte til psykologen, (...) hun forstår på en annen måte ved at hun har vært der og vet hvilke tanker man sliter med”*

Informantene mente at fagpersoner har fagkompetanse som de har lest seg opp til, men det er ikke det samme som å ha erfaringskompetanse. Informantenes erfaring var at det avhenger av hvor du er i forløpet om du har nytte av veiledet selvhjelp, og at veiledet selvhjelp mest er aktuelt for de som har kommet et stykke i tilfriskningen og som ikke er i dårlig fase.

” (...) denne hjelpen er like god som noe som helst annen hjelp (...) men det er (...) i forhold til hvor er du (...) i forhold til å være mottakelig for det. Det er noen som ikke er det (...) kanskje ikke helt i begynnelsen (...)” (Mari).

Alle informantene mente at veiledet selvhjelp både kan være supplement til og erstatning for behandling. Den ene informanten mente at fagpersoner godt kunne bruke likepersoner mer. *”Jeg tenker at, det er ikke enten eller, det er ikke enten fagpersoner eller likemenn (...) de ofte*

er en nøkkel for å nå inn til de, til brukerne (...) sammen så er de desto bedre. Hver for seg så mangler de en bit (...)” (Lise).

Informantene forklarte at veiledet selvhjelp foregår som en samtale en til en der de forteller om det som er vanskelig, og likepersonen lytter, gir råd, veiledning og tips om det som de har erfart at hjelper, og hva som kan være riktig og galt å gjøre og tenke i de forskjellige situasjonene. Gjennom samtalene får de verktøy som de kan bruke for å ta bedre vare på seg selv.

Informantene mente at det er bra at brukerorganisasjoner sprer kunnskap ut til befolkningen for å fremme opplysning og kunnskap om spiseforstyrrelse, og at det kan bidra til mindre tabu rundt vanskelige tema. Med hjelp fra likeperson kan man få kunnskap om spiseforstyrrelse. En informant fortalte at familie og venner kunne se at hun hadde lært mye i brukerorganisasjonen. Mari fortalte om sitt første møte med en likeperson når hun ikke hadde innsett at hun hadde et problem. Gjennom å beskrive egne erfaringer fikk likepersonen henne til å forstå. Hun beskrev det slik: *”(...) vi satt der og snakket, så selv om jeg ikke innså at jeg hadde et problem, så fortalte hun om ting og episoder som jeg kjente veldig godt igjen, ja, så det var sånn ”oi, dette er meg!”* (Mari).

”(...) de sitter på enorm kunnskap som du ikke får ut fra en bok” ... ”(...) selv om psykologen sa til meg, jeg har hjulpet mange med spiseforstyrrelser, så hadde ikke det noen innvirkning på meg” (Mari).

”(...) det som har vært mest behjelpelig er jo det å sitte å snakke med noen som sitter på den andre siden av tunnelen (...)” ... *”(...) det er mer kredibilitet hos dem enn det er hos en som kun sitter og mottar informasjon (...) når du går til rådgivning (...) det er mer som en samtale (...)*” Lise.

”(...) brukerorganisasjoner og likemenn kommer med tips og råd og sier hva som hjalp for dem (...) man trenger nok noen fagpersoner i tillegg (...), men jeg tror begge deler er viktig” (Tone).

Informantene fortalte om deres opplevelse av betydningen av hvordan en likeperson kunne hjelpe gjennom veiledet selvhjelp og sammenlignet det med behandling av fagperson. Alle fortalte at fagpersoner hadde vært viktige i tilfriskningsprosessen, men de mente at en

likeperson med erfaringskompetanse hadde hjulpet dem minst like mye. Mari sa: ”(...) *Uten dem (...) tror jeg mange ikke hadde blitt friske*”.

4.1.3 Likepersonen fremmer håp

Alle informantene beskrev hvordan de opplevde at likepersonen formidlet håp om at de kan bli friske og håp for fremtiden. Det å treffe en person som har gjennomgått det samme, og som de så at hadde klart å bli frisk, gav håp om å selv kunne bli friske og håp for fremtiden. Informantene mente at håp gav styrke og krefter til å ikke gi opp og til å gå gjennom de tøffe periodene som de visste ville komme. Det å se at likepersonen hadde klart det, var motiverende. Mari sa at hun mister motivasjon og inspirasjon dersom man ikke har håp, og at hjelpen da ikke noen hensikt. Hun klarte å holde motet oppe ved å tenke at kom hun seg gjennom dette, så ville hun også kunne å komme seg gjennom det neste hinder.

”(...) det kan gå bra selv i de dypeste daler og de mørkeste kjellere, og (...) når du treffer en som har vært gjennom det samme og har blitt frisk. Så tenker du at det er håp for meg også.”
... *”(...) hvis ikke det er håp, så er ikke det (...) vits (...) men det gir deg styrke til å gå gjennom de tøffe periodene som faktisk kommer. Og det gir deg (...) styrke og krefter til å ... ikke gi opp”*
(Mari).

”Det er en veldig stor motivasjon å vite at hun som jeg føler at har slitt med mye av det samme som jeg sliter med, at hun nå er frisk (...), og jeg tenker (...) jeg skal ikke slite med dette for alltid (...) de som jobber der, er jo bevis for at det trenger ikke å være sånn” (Tone).

4.1.4 Hjelpen som alltid er der

Informantene fortalte at fordelene med brukerorganisasjonen er deres tilgjengelig. Lise fortalte at hun så på det som lavterskeltilbud, og at man alltid har brukerorganisasjonen i ryggen, også i den vanskelige ettertiden. Mari fortalte at hun visste at ettertiden og tilbakefallene ville komme, og at det var en trygghet at hun hadde likepersonen fremdeles å komme til som forstod og visste hva hun gikk gjennom og hva som kunne være fallgruver. Lise sa: *”De er alltid der og har en hånd du kan ta tak i og hente deg inn igjen hvis du sklir ut (...)”*.

Felles for informantene var at de hadde hatt hjelp fra brukerorganisasjonen i perioder, og Lise fortalte at det var avhengig av hvor hun var i forløpet hva hun deltok på av brukerorganisasjonens tilbud. Det kunne være grupper eller private samtaler. Hun fortalte at jo eldre hun ble, og jo lengre hun var kommet i tilfriskningen, jo mer fikk hun delta på. Hun fortalte at hun nå hadde selv startet som frivillig og holdt foredrag for andre. Mari trakk fram at hos psykolog får du kanskje tilmålt ti timer så er du ferdig med behandlingene, men brukerorganisasjonen er der hele tiden, også hvis du trenger mer tid. Tone fortalte at hun brukte brukerorganisasjonens chat der en likeperson svarer også på kveldstid. Hun opplevde at chatten kunne være til god hjelp også å snakke om helt andre ting enn spiseforstyrrelsen, som tv-programmer eller kinofilmer, for å få tankene over på noe annet. Hun fikk da mulighet til å tenke på andre ting og fikk en pause eller avledning fra sin spiseforstyrrelse.

"(...) der er det åpne dører, du er alltid velkommen, det er alltid noen der som har tid, og du kan ringe hvis det er noe (...)" ... "(...) for det blir jo mange tilbakefall. Det er nesten mer garantert enn at du går fra a til å og at alt går på skinner (...)" (Lise).

"(...) for da har jeg rett og slett tenkt på andre ting og fått en pause. Det har vært utrolig deilig (...) så snakker vi om helt andre ting, det kan være like så god hjelp (...)" (Tone).

4.2 Å bli trygg og oppgi kontroll

4.2.1 Å ha ambivalens til behandling

Mari og Lise fortalte om deres redsel for å få hjelp for sin spiseforstyrrelse og uttrykte ambivalens til behandling. De fortalte at det handler om at en del av dem ikke vil gi slipp på spiseforstyrrelsen, og at de vil vedlikeholde litt av den. Mari sa: *"jeg var livredd for å få hjelp (...)." En informant fortalte at det kan være frustrerende at noen sier at hun kan bli helt frisk, for da kan hun ikke ha spiseforstyrrelsen. Lise understreket at målet med veiledet selvhjelp var å bli frisk, og hun hadde selv klart å bli frisk fra spiseforstyrrelsen.*

"(...) det handler om at du ikke vil gi slipp på det (...)" (Lise).

Mari og Lise fortalte at når man har en spiseforstyrrelse, handler det mye om det å ha kontroll, og å ikke tape kontroll over eget liv. Mari beskrev at det å miste kontrollen, var som å miste

seg selv. Lise sa: *"(...) jeg er ikke glad i å tape kontroll over mitt eget liv"*. En informant trakk fram at likepersonen kan være med å styre kontrollen gjennom å veilede og si: *"det er riktig der, og kanskje du skal prøve noe annet der"* (Mari). Mari fortalte også at da hun begynte i behandling, ble hun dårligere fordi hun måtte jobbe med seg selv på en annen måte. Hun måtte endre tankevirksomhet som gjorde at hun ble mer bevisst. Hun opplevde å få panikk, og hun forklarte at det handler om å miste kontroll. Hun fortalte at hun var redd for å bli innlagt på sykehus. Det var det verste som kunne skje, for der visste hun at de tok fra henne kontrollen, og hun sa: *"(...) der ble du tvangsforet"* (Mari).

Den ene informanten sa at usikkerhet i livet ikke var bra fordi usikkerhet førte til tap av kontroll, og hun var redd for å miste kontroll. *(...) med den sykdommen der, må du ha kontrollen"* (Mari). Den ene informanten refererte til en samtale hun hadde hatt med behandleren som omhandlet innleggelse på sykehuset. Å bli innlagt mente hun at var det verste som kunne skje henne. Behandleren hadde sagt: *"(...) nå går det så fort nedover, og nå er du på stupet (...) kanskje du skal få fastlegen til å søke om plass på sykehuset."* Informanten beskrev dette slik: *"(...) det var (...) et slags triggerpunkt for meg, der vil jeg ikke! (...) gi meg en uke til, så skal jeg prøve å snu dette (...)."*

4.2.2 Å motta hjelp som er frivillig

Informantene mente at mye av grunnen til at veiledet selvhjelp hadde hjulpet dem, er på grunn av at det er basert på frivillighet og deres eget initiativ. De mente at hjelpen fra brukerorganisasjonen var i tråd med deres ønsker. *"Det blir litt på mine premisser"* (Mari). Informantene mente at det er viktig at man selv har et ønske om råd og hjelp, og at man er villig til å gjøre jobben som kreves.

Mari fortalte at hun var redd da hun skulle ta kontakt med brukerorganisasjonen første gang. Hun var redd for ikke å få bestemme selv, og at brukerorganisasjonen skulle ta kontrollen over henne. Hun oppdaget at tilbudet var på hennes premisser, at ingenting ble pådyttet, og at brukerorganisasjonen ikke gjorde noe hun ikke ville. Hun fortalte at det gav henne glede og mestringsfølelse når hun så at hun lyktes, og at hun kunne gå videre ved at hun brukte det hun hadde lært. Det å få verktøy, tips og råd medfører ikke forpliktelse til å bruke dem, men den ene informanten fortalte at hun oppdaget at hun ble mer bevisst sine egne valg, hva hun burde gjøre eller ikke burde gjøre. Tone fortalte at for henne var det viktig at

brukerorganisasjonen er et sted der man kommer frivillig, og at man kan velge om man vil bruk det man har lært. Tone sa: *"Det er ingen som tvinger deg til noen ting, " og "i behandling er det lett å si at jeg ikke vil(...) ... (...) så blir man ikke bedre dersom man ikke vil det (...)"* (Tone).

"(...) og så blir det på en måte du som eier det, selv om du får verktøy underveis. Så blir det din ting" ... "(...) du føler større mestringsfølelse når du har (...) vært med på å gjøre noe selv, og får mer eierskap til det du har vært gjennom, og det du gjør for å bli frisk (...)" ... "du må jo være på en måte villig til å gjøre den jobben som (...) kreves" (Mari).

4.2.3 Å ha tanker som er vanskelig å snakke om

Lise mente at det finnes tabubelagte tema om det å ha spiseforstyrrelse som gjør at mennesker med spiseforstyrrelse går med vonde tanker som de ikke snakker om. Det kan være så alvorlig som det å ha selvmordstanker, og hun mente at det er veldig uheldig og skummelt fordi det er så alvorlig dersom man ikke snakker om det. Hun mente at åpenhet er viktig, og at det må tillates å snakke om psykisk helse selv om det er vanskelig. For henne er det viktig med åpenhet, men hun erfarte at ikke alle rundt henne alltid klarte å samtale om psykisk helse. For henne var åpenhet viktig for ikke å stagnere.

Mari fortalte at på treningssentrene finnes det mennesker med spiseforstyrrelse, men hun erfarer at de som jobber der ikke tar det opp eller gjør noe med det. Hun mente at årsaken er at det er vanskelig å snakke om, og fordi de ikke kjenner personen. Hun meddelte også at hun fikk ubehagelige tilbakemeldinger når hun fortalte andre om sin spiseforstyrrelse. Hun følte ikke at de tok henne på alvor, og at de ikke trodde henne, fordi hun ikke var undervektig. Det resulterte i at hun ikke ble trygg og unnlot dermed å fortelle så mye til andre.

Mari sa: *"det var ikke hyggelig å si at jeg hadde spiseforstyrrelse i en alder av over førti år. Jeg opplevde å få ymse tilbakemeldinger fra voksne mennesker."*

"Det betyr mye for meg å kunne komme inn og snakke om den rosa elefanten i rommet" ... "(...) det er viktig at man snakker om det (...) det må være lov å si at jeg har tenkt på å ta livet mitt uten at folk: "Å nei! Det må du ikke gjøre! Det kan man ikke snakke om!" (...) det er jo kjempeskummelt" ... "(...) utgangspunktet, det å fremme helse (...) så handler det om (...)

åpenhet (...). Jeg er jo veldig ærlig, men jeg trenger (...), at jeg kan kunne snakke om mine ulovlige følelser uten at det blir hysjet ned” (Lise).

4.3 Helse henger sammen med selve livet

4.3.1 Helse er å oppleve mening og sammenheng

På spørsmål om hva som oppleves som god helse, og på hvilken måte veiledet selvhjelp kunne bidra til at helse blir styrket, var beskrivelsene på mange måter sammenfallende hos informantene. Informantene mente at det er mye som ligger i det å ha god helse. Det handler ikke bare om å være frisk fysisk, å ikke ha en diagnose.

Informantene beskrev at helse avhenger av hvilken livssituasjon de er oppe i, og at helse handler om livet. Helse handler om å ha det bra, å være glad, å ikke ha bekymringer i forhold til kropp og sinn, å trives med seg selv og om å ha en kropp som fungerer både fysiske og mentalt i hverdagen. For Mari og Lise er det viktig for helsen med trening, kunne gå turer og drive med aktiviteter som friluftsliv. Tone fortalte at for henne er selvfølelsen viktig for helsen, og å få bekreftelse fra de rundt seg om at hun er god nok. En annen informant mente at helse handler om god livskvalitet, å ha det godt, og at du kan gjøre det du har lyst til. Helse handler også om å kunne studere og å ha en meningsfull jobb der du kan føle deg nyttig.

Det som ble fremhevet som hemmer god helse er usikkerhet i hverdagen, å ikke trives på jobben, å bli sykmeldt, å ikke ha noe meningsfullt å gjøre eller å ikke føle seg betydningsfull. Det hemmer også helse hvis man sliter på hjemmebane eller man ikke har noen å snakke med.

Tone fortalte at den kristne troen var viktig for hennes opplevelse av helse, og at det gav henne håp og mening i livet. Den kristne troen medførte at hun klarer å tenke at *”(...) hvis det skjer noe bra (...) da føler jeg takknemlighet, at det ikke er tilfeldig, eller at det bare skjedde, men at det (...) har en betydning (...))” ... ”(...) jeg har sterke følelser fordi jeg føler at det som skjer har en grunn - det har en mening” (Tone).*

”Helse handler om å være frisk” ... ”Å være sykmeldt (...) det at du har noe annet å gjøre i mellomtiden, føle deg viktig (...) en del ut av samfunnet, eller en del av noe større, det er veldig viktig (...) at det er behov for deg et sted (...))” (Lise).

”(...) god helse er (...) bare ha en vanlig hverdag” (Lise).

”(...) at du (...) har det bra (...) det er en sammenheng med at alt. Jeg tenker at hvis du er ensom, så vil det spille inn (...), har ikke du et godt familieforhold (...), mistrives du på jobben, (...) alt henger sammen” ... ”god helse, det er å ha en kropp som for meg fungerer, både fysisk og mentalt (...) en kropp som fungerer i hverdagen, du kan gjøre ting, du kan gå på trening, du kan gå på tur (...) du klarer hverdagen (...) uten store utfordringer. Og du kan gjøre det du har lyst til” (Mari).

”helse er (...) å gjøre ting som gjør meg godt” (Tone).

4.3.2 Å ha en støttende familie

Alle informantene fremhevet at godt nettverk, omgivelser, og det å ha gode mennesker i livet som venner, kjæreste, familie, foreldre og søsken er viktige for helsen. Dersom det gode familieforholdet mangler, vil det spille inn på helsen. Mari fortalte at man kan miste nettverket når man blir syk, og det kan være vanskelig å bygge eller å opprettholde nettverket. Hun sier at når du har blitt frisk, må du begynne på nytt, og at det kan være slitsomt. To av informantene trakk fram at helse påvirkes av ensomhet, og at det å kunne være sosial er viktig for helsen. Lise mente at hvis du sliter, og det ikke fungerer på hjemmebane, og du ikke har noen å snakke med, så kan det hemme helse. Lise fortalte at hun merket at det påvirker andre i familien når hun har det vanskelig.

”(...) ja, det påvirker andre (...) når jeg har det vanskelig (...) vi henger jo sammen (...))” ... ”(...) Min farfar sier han er aldri lykkeligere enn det mest ulykkelige barnet sitt, (...) så man henger på en måte sammen (...))” ... ”(...) det som styrker helse (...) så enkelt som bare det å ha gode mennesker i sitt liv (...))” (Lise).

4.3.3 Å ha fellesskap med likeperson

Informantene fortalte at fellesskapet og kontakt med brukerorganisasjonen var viktig, for da føler de seg ikke alene om ha det vondt. Tone fortalte at hun hadde deltatt på noen fellesarrangement der andre hadde delt personlige erfaringer, eller det hadde vært undervisning

i et tema. Lise hadde erfart veiledningsgrupper. Hun mente at fordelene med å delta i grupper er at man kan speile seg med andre, kjenne seg igjen i deres symptomer og dermed gjøre noe med seg selv. Informantene oppsøkte ikke fellesskap med andre medlemmer i brukerorganisasjonen i dag. De fortalte at de ikke kjente de andre som gikk til veiledning i organisasjonen. Det ble fremhevet av alle informantene at en til en kontakten med likepersonen var det viktige. Mari fremhevet at hun klarte lettere å åpne seg for en person, og hun følte det var bedre å forholde seg til en person. Lise sa at det var bedre å distanserte seg fra de andre fordi de kunne være ulikt i forløpet i forhold til spiseforstyrrelsen.

Informantene fortalte at kontakt med andre kunne være en ulempe. Tone beskrev en episode under en innleggelse i ungdomstiden på sykehuset som gjør at hun holder avstand og ikke involverer seg med andre med spiseforstyrrelser i dag. På sykehuset kunne det være konkurranse mellom pasientene som ikke var bra, fordi de andre pasientene kunne påvirke henne negativt med sin problematikk.

Tone fortalte at for henne er det viktig å ikke snakke med andre mennesker som sliter og har negative tanker dersom hun selv har en god dag, fordi personer som har negative tanker påvirke henne og kan trigge frem negative tanker hos hennes. På gode dager har hun oppmerksomheten rettet mot det som er positivt og på mennesker som selv har positive tanker.

Lise fortalte om snøballeffekten som handler om at mennesker kan opprettholde spiseforstyrrelsen eller forsterke negative tanker knyttet til mat, vekt og kropp ved å ta til seg andres ideer om hva de gjorde for å gå ned i vekt. En likeperson må derfor være påpasselige å dele erfaringer og ikke handling eller akkurat hva de gjorde da de selv var syke. *"(...) det handler jo om å vite hvor mye man skal dele og ikke dele (...) med sitt publikum"* (Lise).

Lise fortalte at da hun fikk spiseforstyrrelse i tidlig tenårene, fikk hun ikke delta i grupper samme med andre. Hun var ung, og de andre kunne ikke vite hvor hun var i forløpet, og det var fare for at hun ville ta til seg det de andre fortalte.

Lise fortalte at på mange områder i livet søker hun mennesker som står oppe i tilsvarende hennes livssituasjon, og hun opplever at det fellesskapet er viktig. Hun forklarte at når man kommer opp i nye situasjoner man ikke har vært i før, er det usikre momenter, og ved å søke ut mot andre som har det på samme måte, kan man bedre forstå hva man kan gjøre for å ha det bedre. *"Det er veldig deilig å utveksle erfaringer med noen som har stått på den andre siden"*

(...) også, eller noen som står mitt oppe i det” (Lise). Hun mener at man trenger noen, både selv eller som pårørende, enten når man står midt oppe i det eller i ettertid. Det kan for eksempel være når man har et sykt barn som er innlagt på sykehus. Hun opplever det nyttig å se hvordan andre tenker og gjør for å håndtere en vanskelig livssituasjon.

Lise fortalte at når man har en spiseforstyrrelse, så blir man veldig selvsentrert. Ved å ha kontakt med brukerorganisasjon, kan man se at man ikke er alene og ikke er den eneste som har det vondt. *”(...) det er viktig at du ikke er alene om det, (...) du er ikke den eneste i verden som har det vondt, (...) da er det godt å vite at det er andre som har det sånn også” (Lise).*

Tone fortalte om en venninne som også har spiseforstyrrelse. Hun beskriver betydningen av fellesskap med henne på denne måten: *”Jeg har en bestevenninne som sliter med spiseforstyrrelse. Vi er veldig bra for hverandre og motiverer hverandre. Hvis folk i brukerorganisasjonen kan ha det forholdet, at man støtter hverandre og motiverer hverandre, da tror jeg det er bra” (Tone).*

”(...) jeg søker (...) veldig ut mot andre som har det på samme måte. Prøve å forstå hva jeg kan gjøre for å ha det bedre, forventninger til meg selv, for de rundt meg (...) hvordan de klarer seg, ta i bruk andre sine verktøy” (Lise).

”Du tror at du er unik og alene, men du er ikke det” (Mari).

4.4 Oppsummering av funn

Informantene i denne studien har gitt viktige bidra om hvordan de har erfart veiledet selvhjelp i regi av brukerorganisasjon, og hva som skal til for at de har god helse. Svarene de gav på mine spørsmål forteller at alle har sin unike historie og tanker om hvordan veiledet selvhjelp hjelper dem og bidrar til å fremme deres helse.

Informantene erfarer at veiledet selvhjelp fra likeperson er til veldig god hjelp. Noen uttalelser tilsier at hjelpen oppleves like god eller bedre enn hjelpen fra en fagperson, men at veiledet selvhjelp fungerer best når man har kommet et stykke i tilfriskningen. Det å ha sett at en annen

person som har hatt lignende problemer som dem og som har klart å bli frisk, gir håp om at de selv kan klare det også.

Når man har en spiseforstyrrelse, har man ambivalens til behandling, man har behov for kontroll, og man kan ha tanker som det er vanskelig å snakke om. De ønsker å bli friske samtidig som de vil opprettholde noe av spiseforstyrrelsen. Det oppleves viktig at hjelpen er frivillig, at man kan komme og snakke med personer som forstår og har erfart det samme, og å ha en brukerorganisasjon i ryggen som alltid er der. Kontakt med en likeperson fremmer håp om å bli frisk fra spiseforstyrrelsen og håp for fremtiden, og informantene opplever å få tillit til personen, og at råd og veiledning som blir gitt er troverdig. Likepersonens egenskaper, personlighet og erfaring har stor betydning for hvor stort utbytte den enkelte har av samtalen. Det var viktig at de hadde samme erfaring og at de klarte å ”pushe” passe mye. Å kontakte en brukerorganisasjon for å få hjelp viste seg for noen å være skremmende og en terskel å passere, fordi man er redd for å måtte gi fra seg kontrollen. At veiledet selvhjelp var basert på frivillighet og lagt opp på deres premisser, kom fram som et viktig moment i studien. Informantene sa at det fremmer motivasjon og mestring, og det bidrar til at de selv får eierforhold til det de gjør.

Informantene fortalte at det er mye som ligger i det å ha god helse. Det er alt fra å ha god fysisk helse til det å være glad, ha god selvfølelse, ha meningsfulle aktiviteter i hverdagen, gode mennesker rundt seg og det å ha en jobb å gå til. Det handler også om å ha en brukerorganisasjon i ryggen som alltid er der. Godt nettverk i familie, venner, det å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagen som jobb og skole, kom fram som viktige faktorer for helse. Funnene viste at både fysiske, psykiske og sosialt og eksistensielle faktorer spilte inn på helsen.

Å ha kontakt med en brukerorganisasjon bidrar til følelse av å ikke føler seg alene om å ha problemene. Det er likevel ikke så viktig å ha kontakt med andre medlemmer, men å ha kontakt med en spesiell likeperson er tilstrekkelig. Kontakt med andre medlemmer kan være uheldig, spesielt i dårlige faser fordi de kan påvirke hverandre negativt. Tilgjengelighet og det å vite at de har noen der dersom de får tilbakefall var en viktig trygghet.

5.0 Drøfting

Hensikten med studien er å belyse personer med spiseforstyrrelsers opplevelse av og erfaring med veiledet selvhjelp fra likeperson og betydningen kontakt med en likeperson har for å fremme helse. Funnene som fremkommer i studien viser hvilke tanker og erfaringer informantene har veiledet selvhjelp fra likeperson, og hva de opplever som er viktig for deres helse. Problemstillingen danner utgangspunktet for drøftingen, og ved hjelp av funnene fremkommet i analyseprosessen, vil det bli forsøkt å besvare studiens problemstilling ut fra omsorgsvitenskapelig tenkning. Funnene blir diskutert opp mot studiens problemstilling, tidligere forskning og teori og forskerens stemme.

Målet mitt i drøftingen er å ta utgangspunkt i den ontologiske helsemodellen og belyse hvordan en likeperson gjennom veiledet selvhjelp, og å være medaktør i lidelsens drama, kan bidra til å fremme helse for et menneske med spiseforstyrrelse på de ulike nivåene. Deretter belyses hvordan spiseforstyrrelsen har innvirkning på mennesket som helhet i kropp, sjel og ånd, og hvordan et menneske med spiseforstyrrelse gjennom veiledet selvhjelp kan oppnå helse og helhet i lys av omsorgsvitenskapelig tenkning. Betydningen av likepersonens ethos og medmenneskelig kjærlighet vil bli drøftet i forhold til å ivareta mennesket med spiseforstyrrelse sin verdighet i det omsorgsfulle møtet.

5.1 Spiseforstyrrelsen er som et lidelsens drama

5.1.1 En likeperson kan bidra til å bekrefte lidelsen

Lise fortalte at hun hadde behov for åpenhet for å kunne snakke med andre mennesker om psykisk helse og om det som er tabu og ulovlig å snakke om, men hun erfarer at mennesker trekker seg unna, fordi psykisk helse er vanskelig å snakke om. Tone meddelte at for å styrke selvfølelsen, trenger hun bekreftelse fra sine nærmeste om at hun er god nok. En tolkning av informantenes uttalelser, er at de omhandler det å søke hjelp til å bekrefte sin lidelse ved å snakke med andre mennesker. Beskrivelsen forteller oss også at mennesker med en spiseforstyrrelse kan møte på ulike utfordringer for å bekrefte sin lidelse, og som kan forhindre dem i å komme videre i lidelsens drama og å oppnå helse gjennom vekst og utvikling. Mari fortalte at hun har forsøkt å snakke med personer i nettverket sitt om sin spiseforstyrrelse, men

har opplevde å ikke ha blitt trodd med sin historie, fordi andre mente at hun ikke var syk på grunn av at hun ikke var undervektig. Eriksson (1995) sier at lidelsens dramas første akt handler om at mennesket møter og bekrefter lidelsen, noe som er en forutsetning for å komme videre i lidelsens kamp, at lidelsen skal forvandles til positiv kraft og bli et middel til vekst og utvikling. Hun sier at lidelsen må formuleres med et annet menneske eller deles med en annen, og i lidelsens drama kreves det en medaktør. Å bekrefte den andres lidelse innebærer å formidle til den andre at hun blir sett, og det kan være en trøst, en forsikring om at noen kommer i møte. Når man overser eller ikke bekrefter den andres lidelse, setter man spørsmålsteget ved troverdigheten, og det blir en tilleggslidelse.

Flere informanter fremhevet at ensomhet ikke er bra, og at venner, familie og nettverk er viktig for helsen. Jeg tenker at dersom et menneske med spiseforstyrrelse mangler mennesker i nettverket sitt, mangles den medaktøren som må til for å få hjelp til å bekrefte spiseforstyrrelsen. Ved å være tilknyttet en brukerorganisasjon, og ha kontakt med en likeperson, kan være en god hjelp til å få bekrefte lidelsen og til å komme videre i lidelsens drama. Mari beskrev et møte med en likeperson når hun selv ikke hadde innsett at hun hadde en spiseforstyrrelse. Likepersonen fortalte sin historie som Mari kjente seg igjen i, og som gjorde at hun skjønnte at hun hadde samme problem. Informantene opplever gjennom veiledet selvhjelp å få forståelse hos likepersonen noe som bidrar til å få hjelp til å bekrefte sin spiseforstyrrelse. Lise og Mari fortalte at dersom man har blitt frisk fra en spiseforstyrrelse, innebærer det risiko for tilbakefall av sykdommen. Begge fortalte at ved tilbakefall er det godt å ha en likeperson å støtte seg til der de får forståelse og ikke blir sett ned på. Jeg tenker at ved tilbakefall av spiseforstyrrelsen, vil det være behov for ny bekreftelse og erkjennelse av spiseforstyrrelsen for at man på ny skal komme videre i lidelsens kamp.

Informantene fortalte om ønsket om å bli frisk og samtidig ønsket om å opprettholde noe av spiseforstyrrelsen. Eriksson (1995) sier at mennesket kan velge å gjøre lidelsen til middel for vekst og utvikling eller til en hemmende faktor. Det å ikke se lidelsen, dens muligheter eller å bortforklare den uten å gjøre den til en del av livet, er en trussel mot muligheten til å vokse i lidelsen. Unnvikelse skaper ny og forsterket lidelse, og likegyldighet medfører å ikke fornemme og å ikke ha styrke til å se, høre eller ta imot. Dersom lidelsen fornektet, fornektet en del av livet og muligheten til å bli et helt menneske. Jeg tenker at ambivalens i forhold til ønsket om å bli frisk fra spiseforstyrrelsen kan ses som at mennesket bekrefter lidelsen ovenfor uten at man egentlig har erkjent lidelsen eller at lidelsen ikke blir bekreftet.

Lise fortalte at når likepersoner reiser rundt på ungdomsskoler, treffer ungdommer for å informere om spiseforstyrrelser, og for å formidle erfaring, vil det å ha samme tanker bli mindre skummelt for ungdommene. Jeg tenker at det kan bidra til at ungdommene som har utviklet eller står i fare for å utvikle en spiseforstyrrelse, får hjelp til å bekrefte eller erkjenne sykdommen dersom de ikke selv tør å oppsøke hjelp. For både å ta imot behandling og å delta i veiledet selvhjelp, som er basert på frivillig deltakelse, tenker jeg at man må selv erkjenner at man har en sykdom og innse at man trenger hjelp. Mangler man innsikt i egen lidelse og situasjon, mangler man forståelse for hjelpen. Mennesker med spiseforstyrrelse er spesielt sårbare for å ikke innse at de har et problem og kan ha problemer med å erkjenne sin lidelse. Skårderud (2000, s. 265) sier at spesielt ved anoreksi skjuler man problemet, og man vil ikke innrømme problemet for seg selv eller andre. Han sier at erkjennelse er viktig, men kan være vanskelig, styrt av skam og frykt, og man benekter og bagatelliserer.

5.1.2 Å leve med spiseforstyrrelse er en lidelsens kamp

Informantene beskrev sine motstridende følelser der de har ønske om å bli frisk, men samtidig et ønske om å ikke gi fra seg kontrollen og opprettholde noe av spiseforstyrrelsen. De beskrev tanker om både å ønske og ikke ønske behandling på en gang. Grunnen til det kan være spiseforstyrrelsens vedlikeholdende faktorer, som følelse av kontroll og demping av indre uro eller negative følelser. Symptomene oppleves nyttige og gjør spiseforstyrrelsen selvforsterkende (www.nettros.no). Mari fremhevet at da hun oppsøkte hjelp for spiseforstyrrelsen, var det skremmende å ta kontakt med brukerorganisasjonen første gang, fordi hun visste at det innebar at hun måtte gi slipp på spiseforstyrrelsen. Hun sa at det kunne bli sett på som en trussel å ta imot behandling eller å bli innlagt på sykehus, fordi det kan innebære at hun blir tvunget til å spise og å gi fra seg kontrollen. Slik jeg tolker Maris frykt, har hun et ønske både om hjelp til å bli frisk og å beholde litt av spiseforstyrrelsen på tross av dens ubehag. Den ene informant sa at håp gir styrke og krefter til å ikke gi opp, men at håp om å bli frisk også kan være vanskelig å takle. Når man vet at man kan bli frisk, innebærer det å måtte jobbe ekstra hardt, men det kan også bli en hvilepute. Skårderud (2000) sier at blandede og motstridende følelser og sterk ambivalens er sentrale trekk i spiseforstyrrelser, og dette dobbeltbudskapet kan ses på som formidling av egen forvirring. Han sier at på tross av ambivalensen, velger ingen å ha spiseforstyrrelse, og at man ønsker å gi fra seg spiseforstyrrelsen dersom man bare vet hvordan.

Beskrivelsene til informantene forteller hvordan spiseforstyrrelsen kommer til uttrykk hos et menneske. Man har håp og ønske om å bli frisk, men har samtidig motstridende tanker om å bli kvitt spiseforstyrrelsen. Håpet kan på den måten også være vanskelig å takle. Opprettholdelse av spiseforstyrrelsen medfører både et gode ved at man har kontroll og en lidelse ved at spiseforstyrrelsen styrer livet. I lys av Erikssons (1995) teori, kan bevegelsen mellom håp og håpløshet og det gode og det onde, være et tegn på kampen som pågår, og som er viktig i prosessen mot helse og å bli frisk. Eriksson (1995) sier at lidelsens kamp andre akt handler om lidelse i tid og rom, og det å være i lidelsen. Det handler om viktigheten av å pendle mellom lidelse og lyst, mellom håp og håpløshet. Å opprettholde bevegelse i lidelsens kamp er viktig for at det er bevegelse i lidelsen, for håpet og for å oppnå utholdelig lidelse. Stopper det opp, er det ingen bevegelse mot forsoning med lidelsen og mot helse. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at i lidelsens kamp befinner man seg i en helsetilstand der lidelsen er utholdelig med livsforståelseslys. Jeg tenker at ønsket om hjelp til å bli frisk og samtidig ønsket om å opprettholde spiseforstyrrelsen selv om det er vondt, kan tolkes som at spiseforstyrrelsen oppleves god og vond på samme tid. I lys av Erikssons (1995) teori vil det å ha en spiseforstyrrelse i lidelsens kamp handle om å klare å inkludere det onde med gode.

Informantene i studien fortalte at behovet for kontakt med likepersonen var i perioder gjennom flere år. Lise fortalte at det å ha en spiseforstyrrelse handler om at du kan leve med sykdommen, og at det ikke er slik at du enten er frisk eller syk. Hun fortalte om mellomperioden der du må lære å leve med spiseforstyrrelsen. Mari fortalte at hun må akseptere spiseforstyrrelsen og lære å leve med, fordi det er lett å få tilbakefall av sykdommen. Skårderud (2000) sier at 40 % av de som har spiseforstyrrelse må leve med symptomer fra spiseforstyrrelsen i større eller mindre grad livet ut. Jeg tenker at vissheten om at det er en risiko for at man må leve med en spiseforstyrrelse livet ut, fremkaller en usikkerhet for mennesker med spiseforstyrrelse som kan være vanskelig å forholde seg til, ikke minst på grunn av behovet for kontroll i livet. I lys av Erikssons (1995) teori, kan det å tilskrive lidelsen mening hjelpe i helseprosessen. Dersom man lærer å se at å ikke være undervektig er bra for helsen, eller at det å trene normalt og ikke overtrene er det beste, klarer man å leve med. Lidelsen får mening gjennom at man ser helseaspektet i å spise sunt og normalt, og at gjennom normal trening får man en sunn kropp. Eriksson (1995) sier at hvis man ikke kan forandre omstendighetene, må man forandre holdning til omstendighetene som dermed blir forandret. Lidelsen kan forvandles til lyst og glede ved innsikt om nye muligheter ved at håp kommer inn i en tidligere håpløs situasjon. Lises uttalelse kan tolkes som at et menneske med spiseforstyrrelse i periodene uten behov for hjelp, kan ha

helse på tross for spiseforstyrrelsen, ved at det onde er inkludert med det gode. I andre perioder trengs likeperson som medaktør i kampen mot å finne mening i lidelsen og en prosess mot helse. Ved å gå gjennom lidelsens drama, kan man inkludere det onde i spiseforstyrrelsen med det gode, der lidelse lindres og helsen nås på dypeste nivå. Å leve med spiseforstyrrelsen og ha helse, kan være en lang og tidkrevende kamp. Man må først erkjenne lidelsen deretter kjempe mot sin egen ambivalens for så å gi fra seg kontrollen.

5.1.3 Forsoning med spiseforstyrrelse kan bidra til å oppleve helse

Lise fortalte at hun har tro på at man kan bli helt frisk fra en spiseforstyrrelse, fordi hun selv har blitt frisk. I følge Skårderud (2000) klarer 60 % av de som blir rammet av spiseforstyrrelse å bli helt friske. Lise har familie, hun studerer, og hun arbeider som frivillig for andre som har spiseforstyrrelse. Hun lever et liv der man kan anta at spiseforstyrrelsen har ført til vekst og utvikling og helse. Eriksson (1995, s. 45) sier at når siste akt i dramaet er nådd, har dramaet endt lykkelig. Man har nådd forsoning ved at man har skapt ny meningsfull helhet som også inneholder det onde. Enten har man klart å bli frisk, eller man klarer å se mening med lidelsen. I følge Arman og Rehnsfeldt (2012, s.102) finnes det en dobbelthet i lidelse. På den ene siden er det nedbrytende og har i seg selv ingen mening, men på den andre siden er lidelse en forutsetning for personlig utvikling. Ved å gå gjennom lidelse kan mennesket finne mening i lidelsen, oppnå fornyelse, åndelig vekst og utvikle ny livsforståelse.

Alle informantene fortalte at målet med veiledet selvhjelp og kontakten med likepersonen er å bli frisk. For å oppnå det, handler det i lys av Erikssons (1995) teori, om å skape en ny meningsfull helhet som også inneholder spiseforstyrrelsens vonde elementer for å klare å se meningen med lidelsen. Ved å forsones seg med situasjonen kan lidelsen forvandles til lyst, glede og håp. Jeg tenker at det handler mye om at vilje, håp og mot til å gå inn i det nye, og at det vil være en prosess. En likeperson kan hjelpe den andre i sin forsoningsprosess og til å finne mening i lidelsen gjennom å bekrefter den andres lidelse og mulighet for helse. Gustafsson (2012) sier at det som tidligere var ansett som sant, må gis opp og ny sannhet må fremtre, og det krever mot. Jeg tenker at for et menneske med spiseforstyrrelse handler det om mot til å gi fra seg det som opprettholdt spiseforstyrrelsen, å våge å gi slipp på kontrollen, og at det kan medføre å bli forandret og bli annerledes som menneske. Gustavsson sier at det ikke alltid er lett å nå forsoning fordi lidelse og erfaring kan ligge som en skygge over sikten og muligheten for å se seg selv. Gustavsson (2012) sier at gjennom å se sin lidelse og sin fortid, blir sikten fri,

og man klarer å se sitt syn på sin helse, nåtid og fremtid. På den måten innebærer forsoning at lidelse og helse forenes, og at fortid, nåtid og fremtid forenes. I lys av Erikssons teori kan livet for et menneske med spiseforstyrrelse på den måten forstås i nytt lys som også kan gjøre det mulig å oppleve seg seg som en helt menneske.

Jeg tolker informantenes beskrivelser om tilbakefall av spiseforstyrrelsen at det handler om tap av lidelsens mening. Man har en god periode der man har klart å tilskrive lidelsen mening, der man føler seg frisk og opplever helse, og man klarer å leve med spiseforstyrrelsen. Ved tilbakefall kommer spiseforstyrrelsen tilbake, og det er behov for å finne ny mening i lidelsen for å klare å komme seg videre. I lys av Erikssons (1995) teori er det en spiral og en prosess der man i lidelsen finner mening og stadig ny forståelse og bevegelse mot høyere grad av vekst og utvikling. Eriksson (1995) sier at når livet har mening, kan lidelsen også få mening. Livet må inneholde meningsfulle aspekter som defineres av den enkelte. Det kan være jobb, aktivitet eller religiøs tro eller andre aspekter som gir livet mening. Når livet blir snudd på hodet på grunn av sykdom, vil man kunne miste det som oppleves som meningsfullt. Når livet mangler mening, kan det medføre åndelige lidelse som kommer til uttrykk i eksistensielle tanker. Eriksson sier at ved lidelse som ikke kan helbredes, eller det tar lang tid før man blir frisk, vil det å tilskrive lidelsen mening medføre at man kan finne mening i lidelsen og dermed lidelse som utholdelig og oppnå helse.

Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at forsoner man seg med situasjonen, forvandles lidelse til lyst, glede og håp. Ved forsoning har man skapt nytt syn på seg selv og sitt liv som innebærer overgang fra lidelse til helhet og helse. Ved å innse og forsones med lidelsen kan lidelsen få ny dimensjon. Eriksson (1995, s. 41) sier at når man ikke kan helbrede eller lindre smerte, bør man hjelpe til med å mobilisere evnen til oppfylle lidelsens mening. Lidelsen kan oppheve dersom mennesket finner mening i lidelsen gjennom å tilskrive lidelsen den sanne kilde, livets mening. Ved å tilskrive lidelsen mening kan lidelsen forbindes med noe annet. Det handler om å skape en ny meningsfull helhet som også inkluderer det onde. Lidelsen tilskrives mening, man kan ha flere perspektiver og synsmåter på livet samtidig og tre inn i et fornyet fellesskap med andre.

5.2 Det åndelige kommer til syne når livet mangler mening og sammenheng

Det ble fremhevet av flere informanter at for dem er helse sammensatt og god helse handler om mer enn å ikke ha en diagnose og om å være fysisk frisk. Det handler i tillegg om aktiviteter, at man kan gjøre det man har lyst til og det som gjør godt. Alle informantene trakk fram betydningen av jobb, skole, familie og støttende nettverk som viktige faktorer for å ha god helse. Mangler disse elementene i livet, fremhevet informantene at helse hemmes. Eriksson (1995b) sier at helse er på tre nivåer som er på gjøre-nivået, være-nivået og på vorde-nivet. I lys av Erikssons (1995b) teori, handler informantenes uttalelser om helsen på de ulike nivåene, og at helse belyse i forhold til kropp, sjel og ånd. Wärnå-Furu (2012, s. 204) sier at helse knyttes til helhet, opplevelse av mening og sammenheng, og meningsfulle handlinger. Det er den åndelige dimensjonen som skaper enheten og helheten hos mennesket og presiserer at helse har en dypere mening enn fravær av sykdom. Hun sier at dersom livet mangler mening og sammenheng, har ikke mennesket motivasjon til å fremme helse. Eriksson sier at helse ikke har betydning dersom livet savner mening. Sivonen (2012) sier at opplevelse av mening og sammenheng er et uttrykk for åndelige behov når man vil forstå og omfatte livet i sin helhet. Jeg tenker at informantenes uttalelser også kan handle om at helse fremmes ved at livet har meningsfullt innhold som kan dempe spiseforstyrrelsens dominans. Studien til Fox og Leung (2009) viser at sosialt engasjement, utdanning eller jobb som gir mening kan forhindre uhensiktsmessige handlinger for mennesker med anoreksi som kan avlede og erstatte anoreksisymptomer fordi det gir mening.

I informantenes beskrivelser om hva som oppleves å være god helse, fremkommer viktigheten av livet som helhet, og at livet oppleves meningsfullt for å oppnå helse. Lise sa at for henne var det viktig for helsen at hun kunne dyrke seg selv og sine gode kvaliteter, og at jobb og skole er viktig. For Tone er den kristne troen viktig for hennes opplevelse av mening. Hun fortalte at dersom noe bra skjer, føler hun at det som skjer ikke er tilfeldig, men at det har en betydning og en mening. I lys av den ontologiske helsemodellen, handler refleksjonene til Lise og Tone om det åndelige aspektet og helsens dypere nivå. Også Tones beskrivelser om at det er bra for selvfølelsen, og at det styrker hennes helse å få bekreftelse fra de rundt seg om at hun er god nok, er uttalelser som belyser informantenes tanker om deres opplevelse av mening og sammenheng som viktige elementer i helseprosessen. Deres tanker om mening og sammenheng kan hjelpe dem til å oppleve helse ved å tilskrive det som skjer en mening. I lys av Erikssons (1995) teori kan en likeperson i det medmenneskelige møtet hjelpe mennesket med

spiseforstyrrelse til mening ved å ta utgangspunkt i det som er viktig for akkurat for det unike mennesket. Koslander (2011) sier at det åndelige uttrykket hos et menneske ikke alltid er lett å tolke og kan være skjult bak andre symptomer. Jeg tenker det vil være viktig å få forståelse for om det kan ligge åndelige og eksistensielle årsaker bak en spiseforstyrrelse når man skal hjelpe et menneske med spiseforstyrrelse til å fremme helse.

Skårderud (2000, s. 237) hevder også at det å ha en spiseforstyrrelse handler om mye mer enn den fysiske kroppen som trenger fysisk å komme i balanse og de vanskelige tankene og følelsene. Han sier at spiseforstyrrelsen medfører dårlig kontroll over livet, begrenset livsutfoldelse og forringet livskvalitet, og har innvirkning på fritid, jobb, skole, familie og venner. Han sier at i behandlingen vil også fremtidsspørsmål være sentrale. Jeg tenker at det vil være viktig også i behandlingssammenheng å tenke på mennesket som helhet, hva som innebærer mening i livet for den enkelte, og dermed helse på dypere nivå, enten det handler om jobb, skole, aktivitet eller annet som er viktig for den enkelte.

Den ene informanten trakk frem at mennesker har suicidale tanker, og at det derfor er viktig med åpenhet og å ikke tabubelegge det som omhandler suicidalitet. Hun sa også at noen ganger handler helse bare om å overleve. Sivonen (2012, s. 164) fremhever at ånd har betydning for helsen ved å ha integrerende funksjon i hele mennesket. Det kan handle om å søke mening og å tilhøre et fellesskap. Ånden er en helseressurs som i tillegg til velvære gir motstandskraft, tillit til livet, trøst og støtte og helende funksjon. Skårderud (2000) sier at mennesker med spiseforstyrrelse har oftere suicidale tanker enn normalbefolkningen, og det er en høyere risiko for selvmord for mennesker som har en spiseforstyrrelse. Arman og Rehnsfeldt, (2011) sier at det åndelige vekkes når man eksistensielt skal forstå mening og sammenheng, og det er uttrykk for åndelige behov når man vil forstå og omfatte livet i sin helhet. Jeg tenker at eksistensielle tanker og spørsmål som omhandler livet og døden, kan komme ved alvorlig sykdom og må tas på alvor.

Den ene informanten fortalte at hun hadde opplevd problemer på jobben, og at det opplevdes ikke bra. Mari fortalte at det kan være vanskelig å bygge eller å opprettholde nettverket når man blir syk, og at man risikerer å måtte begynne på nytt igjen når man blir frisk, og hun opplever det som slitsomt og som kan tolkes at hemmer hennes opplevelse av helse. Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 108) beskrivelse av livslidelse omhandler, slik jeg tolker det, blant annet eksistensielle tanker om meningen med livet. De sier at livslidelse har relasjon til hva det

innebærer å leve, og er den lidelse som innebærer at hele livssituasjonen berøres og kan innebære å miste mulighet å fullføre sosiale oppgaver. Åndelig lidelse berører de store livsspørsmålene om livsmening, det vil si livsforståelse som utgjør den naturlige og nødvendige forutsetningen for å leve (Arman og Rehnsfeldt, 2012). Videre sier Arman og Rehnsfeldt (2011) at livslidelse forstås på gjørende nivå og handler om å holde seg i aktivitet. Gjennom å arbeide kan man prestere seg opp til en opplevelse av verdi og verdighet. I lys av Arman og Rehnsfeldts teori beskriver informantene livslidelse der sykdom kan medføre lidelse på grunn av sykdom berører hele livssituasjonen, trussel om tap av identitet eller funksjonstap. Jeg tolker at informantenes uttalelser om betydning av skole, arbeid og meningsfulle aktiviteter handler om dette. Min tolkning er at informantenes beskrivelser er lidelse på gjøre-nivå som i følge Eriksson (1995b) kommer til syne når man ikke kan leve opp til sin rolle, og redsel for å ikke å ha samme funksjon og stilling på jobb og i det sosiale livet. Det kan være å utelukkes fra kameratskap, og har dermed en sosial dimensjon eller å ikke oppleve at man har en posisjon. Jeg tenker at det å ha en spiseforstyrrelse kan for noen innebære at det å jobbe eller å delta i forskjellige aktiviteter ikke er mulig. Spiseforstyrrelsen er for dominerende på kroppslig, sjelelig og åndelig plan. I følge Eriksson (1995) handler livslidelse om å ikke ha verdi eller noen oppgave i livet. I dypeste forstand, på helse i tilblivelse, kan lidelse innebære at mennesket ikke kan utvikles til det som det er eslet til, at det ikke kan virkeliggjøre sitt innerste vesen. Wiklund (2009) sier at ansning på åndelig plan handler om å få uttrykke eksistensielle tanker. Jeg tenker at informantenes uttalelser handler om dette, og at en likeperson kan gjennom veiledet selvhjelp gi hjelp til opplevelse av mening og dermed å fremme helse.

5.2.1 Fellesskap med andre mennesker kan forhindre ensomhet

Informantenes beskrev godt nettverk, brukerorganisasjonen og kontakt med likepersonen, som viktige aspekt for helse, og slik jeg tolker det, handler dette om behov for å tilhøre et fellesskap og oppleve sammenheng. Gjennom kontakt med en brukerorganisasjon kan informantene se at de ikke er alene om å ha det vondt eller føle seg alene om problemene. Eriksson (u.å.) sier at mennesket har en lengsel etter å tilhøre et fellesskap. Mennesker som har alvorlig sykdom har behov for fellesskap, forståelse og å få bearbeide og finne sammenheng. Studien til Seeböhm et al. (2013) viser at selvhjelpsgrupper kan bidra til mentalt velvære. Gjennom å dele opplevelser og kunnskap økes selvtillit, kunnskap og kontroll av sin situasjon. Man får nye ideer til problemløsning og til gjenoppbygging av livet. Studien viser at selvhjelp kan være et supplement til helsesektoren for å styrke mental helse. Også studien til Hertz et al. (2012) viser

at likemenn og grupper fremmer det sosiale. Gjensidig støtte og selvhjelp bidrar til personlig utvikling, og man kan identifisere seg med andre og lære av andres erfaringer. Funn i denne studien viser at for informantene var ikke kontakt med andre medlemmer det som var vesentlig. De erfarer at det er tilstrekkelig å ha kontakt med en spesiell likeperson, ikke de andre som er tilknyttet brukerorganisasjonen.

Skårderud (2000) understreker at selvhjelp virker, fordi det er en arena som skaper samhold. Men Lises beskrivelser omhandler at å ha kontakt med andre som har spiseforstyrrelse også kan være uheldig spesielt i dårlige faser fordi de kan påvirke hverandre negativt. Det viser at det trenger ikke å være bra å ha kontakt med andre som lider av spiseforstyrrelse spesielt i dårlige faser. Av den grunn tenker jeg at det er en klok avgjørelse av informantene å kjenne på om det riktige for dem er å ikke ha kontakt med andre mennesker som er tilknyttet brukerorganisasjonen. Deres tanker er rettet mot hva som oppleves bra og helsefremmende for dem og å unngå å bli verre. Eriksson (1995b) sier at helse på gjøre-nivå handler om at handling og tanke er rettet mot å leve helsemessig og å unngå sykdom, og i lys av Erikssons teori vil informantenes valg bidra til å unngå forverring av sykdommen.

Når man har eller har hatt en spiseforstyrrelse tolker jeg at det er en livsavgjørende hendelse som kan etterlate seg et eksistensielt sår som trenger medmenneskelig støtte. Arman og Rehnsfeldt (2011) sier at en livsavgjørende situasjon kan etterlate et eksistensielt sår i mennesket som trenger eksistensiell bandasjering for å leges. I helseprosessen står man overfor en overgang der nytt og annerledes liv skal aksepteres og integreres, og det handler om å lære å leve med spiseforstyrrelse og å klare å håndtere tilbakefall dersom de kommer. Lise sier at når hun erfarer vanskelige livssituasjoner innen ulike områder i livet, opplever hun at det er god hjelp å ha kontakt med andre som går gjennom det samme som henne for å se hvordan de klarer seg, hva de tenker, og hva som bidrar til at de klarer å stå i situasjonen. På den måten føler hun ikke at hun er alene om å ha det vondt, og bidrar til opplevelse av mening og sammenheng. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at man trenger fellesskap med andre som har opplevd det samme og som forstår den indre smerten. Det finnes krefter i mennesket som får eksistensen til å oppleves splittet, og helheten i livet og livsforståelsen savnes, men gjennom fellesskap kan helheten settes sammen igjen. De sier at fellesskap er det som i ontologisk mening er omsorg ved at man ikke er alene med sin smerte. Jeg tenker at det handler om helse på dypeste nivå og mot helhet. Kärki (2014, s. 32) sier at sorgen deles med andre som har kunnskap og forutsetning for å forstå den indre smerten, man blir forstått uten å måtte forklare seg, og erfaringer kan

utveksles om hvordan man skal finne veien videre i livet. I fellesskap med andre kan en uutholdelig situasjon gradvis forvandles til at livet igjen blir meningsfullt. I følge Kärki (2014, s. 183) kan betydningen av familien og det sosiale nettverket etter en traumatisert hendelse ikke overvurderes. I lys av det som Kärki sier, har familie og det sosiale nettverket stor betydning når man får en spiseforstyrrelse fordi det å leve med diagnosen handler om en livsavgjørende hendelse. Kärki sier videre at det profesjonelle hjelpeapparatet vurderes ikke av de rammede som det viktigste bidraget i arbeidet med å tilpasse seg livet etter traume. Støtte fra andre med samme erfaring kan ha større betydning.

Funn i studien viste viktigheten av brukerorganisasjonens tilgjengelighet. Tone fortalte at brukerorganisasjonens chat som hun alltid kan henvende seg til, er viktig for henne, fordi der får hun svar fra en som forstår. Det at mennesker med spiseforstyrrelse alltid kan ta kontakt med brukerorganisasjonen når de har behov, ser informantene på som viktig og en trygghet, og det bidrar til at informantene kan ta kontakt når man opplever at lidelsen kommer tilbake. De forteller at det er annerledes med behandling. En informant fremhevet at i behandling får hun kanskje tildelt ti timer, så er behandlingen ferdig. I kontakten med en likeperson, er det kontinuitet og stabilitet, og hun kan oppsøke tilbudet når hun føler for det. Mari fremhevet den viktige betydningen av at de alltid er der, og at de har en hånd som hun kan ta tak i dersom hun trenger hjelp til å hente seg inn igjen, og i lys av hennes beskrivelse, belyser hun brukerorganisasjonens tilgjengelighet betydning for hennes helse. Informantene understreket at det alltid er fare for at det vil komme tilbakefall når man har en spiseforstyrrelse. Derfor tenker jeg det er spesielt viktig for mennesker med spiseforstyrrelse at de har et tilbud som er tilgjengelig når de trenger det, og at de føler seg velkommen til å kontakte. Studien til Clinton et al. (2014) understøtter dette der det er gjort forsøk med tilbud om drop-in timer. De viser til at tilgjengelig tilbud som er lagt opp på brukerens premisser, og der man kan møte opp når man selv ønsker, fremmer motivasjon til å søke behandling. At tilbudet er tilgjengelig medfører at mennesker selv tar initiativ til å oppsøke hjelp. Informantenes beskriver betydningen av brukerorganisasjonens tilgjengelighet, dens imøtekommelse, åpne dører og tilbud som alltid er der, som et viktig aspekt med deres arbeid, og dermed slik jeg ser det også for den lidendes helseprosess på ontologisk nivå.

Tone fortalte at det kan komme dager hun trenger å koble av fra de vanskelige tankene og kontakter brukerorganisasjonens chat for å skrive med likepersonen om hverdagslige ting for å få avledning og avkobling for tankene bort fra spiseforstyrrelsen. Da tar hun opp tema som for

eksempel kinofilmer eller musikk som ikke omhandler spiseforstyrrelsen. Jeg tenker at det handler om å få hjelp til å få tankene over på positive ting på dager der lidelsen dominerer, og i lys av den ontologiske helsemodell handler det om helse på gjøre nivå der handlingen er rettet mot å fremme helse og å unngå sykdom. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at den rammede må få hjelp til å hvile fra sin bearbeiding og hvile fra lidelsen. Å lide krever emosjonell energi, og det kan være behov for å hvile seg fra lidelsen. I følge Asp (2012) påvirker hvilen mennesket som enhet, kropp, sjel og ånd. Hvilen handler om å være fri fra mentale og fysiske belastninger, å gjenvinne krefter, oppleve ro og skaper forutsetning for helseprosessen. Jeg tenker at en likeperson kan bidra til dette gjennom samtaler eller chat som ikke omhandler spiseforstyrrelsen dersom den lidende gir uttrykk for å ha behov for det. Omsorg handler i følge Wiklund (2009) om lek for å få hjelp til å hvile fra stundens alvor. Jeg tenker at dette kan tolkes på samme måte, ved at det også handler om å oppleve fred fra det alvorlige i livet. Ut fra beskrivelsen til Tone tolker jeg at omsorg kan innebære å bare være til stede, å vise medfølelse og at man bryr seg, å formidle håp og å være sammen i stillhet for å få pause fra lidelsen. Dermed kan helse fremmes på dypere nivå. Jeg tenker at Tones beskrivelse av chat kan sammenlignes med online støttegrupper. Studien til Mc Cormack (2010) viser at i online støttegrupper kan erfaringer og kunnskap deles samt støtte gis til likesinnede, og bekrefter chatens betydning for å få hjelp med helseplager.

Funn i studien viste at ensomhet er en faktor som spiller inn på helsen. Informantenes beskrivelser kan tolkes som at det å ha en spiseforstyrrelse begrenser livsutfoldelsen og dermed mulighet for å delta i sosialt liv, og dermed en trussel for helsen, men at fellesskapet i brukerorganisasjonen der er det mulig for sosial kontakt og snakke med noen som forstår, kan bidra til å forhindre den vonde ensomheten. Eriksson (1995, s. 39) sier at lidelse kan forårsake et innvendig tomrom, men at tomrommet kan fylles med en hellig opplevelse slik at livet kan få mening igjen gjennom et møte med et annet menneske. Slik jeg tolker informantenes beskrivelser bidrar kontakten med brukerorganisasjonen til at ensomheten ikke blir for dominerende i livet og helse på dypeste nivå kan fremmes gjennom den meningsfulle relasjonen, men på den andre siden har ensomhet også en positiv side der det kan oppleves godt å være alene. Brita Nilsson (2007, s.58) sier at mennesker kan oppleve ensomhet som smertefull, men at ensomhet også kan være helse. Ensomhet som helse innebærer at man tåler seg selv og andre. Ensomheten er både vond og god gjennom tap, sorg, og håp. I ensomhet som helse søker man det meningsfulle fellesskap, mens man i ensomhet som lidelse kjenner på dens ubehag. Ubeklaget kan unngås ved fellesskap med andre for å slippe ensomheten.

Informantene fortalte at de lærer mye av likepersonen og av brukerorganisasjonen og ved å delta i veiledet selvhjelp, og at jobben brukerorganisasjoner gjør for å fremme kunnskap om spiseforstyrrelser blant befolkningen er viktig. Mari fortalte at det er en utfordring for henne dersom hun forteller folk om sin spiseforstyrrelse fordi hun ikke er undervektig. Hun opplever å ikke møte forståelse fordi folk mener at hun ikke er tynn nok til å ha en spiseforstyrrelse. Det medfører at hun ikke snakker om sykdommen til andre. Wiklund (2009 s.151) sier at omsorg handler om læring, og at læring øker forståelse. I følge Skårderud (2000, s. 232) handler spiseforstyrrelse om frykt og angst, og det kan være mange forstillinger om hva som skjer om man spiser annerledes, eller om man gir slipp på kontroll. Frykt er bygd opp på manglende kunnskap. Skårderud sier at kunnskap og erfaring er trygghetsskapende og det bidrar til avmystifisering og ansvarliggjøring, og det er nyttig at behandler gir uttrykk for en viss kunnskap. Han sier at selvhjelp virker fordi det gir kortere avstand til informasjon. Studien til Sjøfjell og Myhra (2015) viser at fellesskap og selvhjelp bidrar til læreprosesser som utvikler den enkeltes styrke og perspektiver på egne utfordringer og egen situasjon. Malm (2012) sier at de prosesser som relateres til det sjelelige, handler om åpenhet for ulike typer kunnskap, læring som betrakter personlige referanserammer og hvordan pasienten tilskriver tilværelsen mening. Mari erfarer at hos likepersonen får hun forståelse og informasjon om at de fleste som har spiseforstyrrelse har normal vekt. Med kunnskap blir hun mer trygg på seg selv og kan bedre håndtere situasjoner som oppstår. I følge Wiklund (2009 s.151) er relasjonen viktig for hvordan vi lærer. Vi har lettere for å ta til oss kunnskap fra mennesker som er betydningsfulle for oss på et personlig plan. Rosengren (2012, s. 234) sier at pleierens tiltro til det pasienten sier er viktig og at pasienten skal føle seg trodd. Det handler om bli møtt på en verdig måte og vist respekt og tillit. Eriksson (1995, s. 22) sier at troverdighet er et aspekt ved menneskets verdighet, og når det lidende mennesket forteller om sin lidelse, har beretningen krav på troverdighet samtidig som at det gis bekreftelse på lidelsen.

5.2.2 Gode familierelasjoner er bra for helsen

Å ha en støttende familie ble fremhevet av alle informantene som viktig for helsen. Lise sa at det styrker hennes helse dersom hun har gode mennesker i sitt liv, og i lys av Erikssons ontologiske helsemodell belyser hun helse på gjøre- og være-nivå. Flere informantene sa at hvis du sliter på hjemmebane, og at du ikke har noen å snakke med, vil det påvirke helsen. Lise beskrev også at det påvirker de andre rundt henne dersom hun selv har det vanskelig. Hun trakk fram hennes farfars uttalelse: *"min farfar sier at han er aldri lykkeligere enn det mest ulykkelige*

barnet sitt". Jeg tenker at dette er uttalelser som belyser familiens viktighet for begge parter. Skårderud (2000, s. 263) fremhever også at for mennesker med spiseforstyrrelse er familien de viktigste, fordi det er de som er der hele tiden. Alvsvåg (2012) sier at den sykes familie også trenger oppmerksomhet for å klare å stå i situasjonen. Å handle for den andres beste kan innebære å ivareta familien. Det tenker jeg at kan handle om at omsorg kan handle om å styrke familien for at de skal klare å stå i krevende livssituasjoner.

Informantene beskriver viktigheten av å ha godt nettverk og familie rundt seg, men jeg tenker at det belyser også det som kan være sårbart i livet til et menneske med spiseforstyrrelse, og som forhindrer opplevelse av helse. Når et familiemedlem har en spiseforstyrrelse, kan det være utfordrende og medføre fortvilelse for de nærmeste når familien ser at helsetilstanden til den de er glad i forverres, og de føler at de ikke klarer å hjelpe. Det må være krevende for familiemedlemmer som ikke vet hvordan det er å ha spiseforstyrrelse å kunne sette seg inn i hvordan et menneske med spiseforstyrrelse har det og hvordan hun tenker. Jeg vil tro at man kan bli redd, fortvilet og kjenne på egen utilstrekkelighet, få skyldfølelse ved å ha sviktet som omsorgsperson, og at man kan få tanker om at hva man selv kunne ha gjort annerledes. Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 140) sier at mennesker som får alvorlig sykdom kan oppleve at andre ikke forstår dem, noe som kan medføre å komme i konflikt med sine nærmeste selv om de trenger dem. Resultatet blir at de opplever økt fremmedgjøring og ensomhet. De sier at det stilles krav til medmennesker å holde ut med svingningene når man opplever avvisning eller mistillit. Skårderud (2000, s. 258) presiserer at å være familie er en krevende oppgave. Det er smertefullt, og det kan fremkalle skyldfølelse. Skårderud trekker frem viktigheten av at familien tar ansvar, viser trygghet og er ærlig, men at familien ikke skal føle skyld, fordi skyldfølelse ikke bare er vondt for den det gjelder, med det er også destruktivt og gagnar ikke den lidende. I stedet mener Skårderud at man heller skal forsøke å se mennesket bak spiseforstyrrelsen, noe som kan bidra til å fremme forståelse. Jeg tenker at avvisning fra familie kan oppleves frustrerende, men at ontologisk kan det også tolkes å være et uttrykk for kjærighet familien viser overfor den spiseforstyrrede. Alvsvåg (2012) sier at for å kunne gi menneskekjærighet må man ta vare på seg selv, og da kan kjærighet handle om å overlate omsorgen til andre. I de tilfeller at familien ikke føler at de strekker til, kan det handle om å ta vare på seg selv. Jeg tenker at det kan hjelpe familien til å bedre forstå ved å forsøke å sette seg inn i den andres situasjon og tenke hva som ville vært bra, og hvordan de selv ville ønsket at andre skulle forholdt seg. Da tenker jeg at det handler om det som Martinsen (2012) fremhever: "å se den andre i meg". Jeg tenker også at familiens utfordringer med å forstå, utløser behovet for å spre

kunnskap og informasjon til familie og andre mennesker for å styrke deres forståelse og dermed mulighet til å bistå den syke. Brukerorganisasjoner med deres kunnskap og forståelse av spiseforstyrrelser mener jeg har en viktig rolle her som kan spre kunnskap og informasjon til andre slik at familien kan bli i bedre stand til å forstå den lidende. Studien til Hasle og Risstubben (2007) som viser selvhjelpens betydning, belyser dette. Pasientopplæring, pårørendeopplæring og samtalegrupper med andre i samme situasjon, fremmer mestring og kan bidra til økt livskvalitet på tross av utfordringene med psykisk sykdom i familien.

5.3 Å oppnå balanse i tanker og følelser fremmer sjelelig helse

Informantene fortalte at helse handler om å være glad, å ha det godt, å ikke ha bekymringer i forhold til kropp og sinn, og å gjøre ting som man har lyst til. Lise fortalte at for henne handler helse om åpenhet og om å kunne snakke åpent med andre om psykisk helse. Usikkerhet, tap av kontroll, uro med familien, og å ikke ha noen å snakke med, er eksempler som hemmer opplevelse av helse. Tone sa at bekreftelse fra sine nærmeste om at hun er god nok, er viktig for hennes helse, noe som jeg tenker at omhandler det sjelelige ved å være et menneske. Å bli akseptert for den man er kan bidra til at selvfølelsen styrkes. En likeperson kan hjelpe den som lider av spiseforstyrrelse til å sette ord på tanker og følelser knyttet til sin spiseforstyrrelse. Å få hjelp til å bearbeide tanker og følelser, omhandler det sjelelige. Malm (2012, s. 146) sier at følelser kan stenges inne på grunn av tvil, skam, fordømmelse eller skyld for å beskytte seg mot lidelse, men presiserer at det uansett er viktig at følelser får komme til uttrykk, og at man lytter uten forutinntatte meninger eller vurderinger. Sjelen uttrykker seg i følelser, og det er viktig å både støtte positive og negative følelser og å skape et omsorgsmiljø der pasienten både kan føle seg trygg og respektert for å oppnå personlige mål og å kjenne fellesskap med andre. Arman og Rehnsfeldt (2012, s.54) sier at å fortelle sin historie i lidendes kamp kan gi mennesket indre kraft, og å snakke om det mørke, kan gi opphav til lys i senere fortellinger, og fortellingen endrer karakter og fylles med ny innsikt. I lys av Arman og Rehnsfeldt må et menneske med spiseforstyrrelse få anledning til å snakke for at spiseforstyrrelsen skal endre karakter. Jeg tenker at dersom man ikke har anledning til snakke om sine tanker og følelser, er det fare for at det kan frembringe følelse av skam og skyld som forverrer livssituasjonen og lidelsen. Rensfeldt (2011) sier at det omsorgsfulle møtet handler om å få en felles forståelse som berører livsforståelsen hos begge som igjen kan skape forutsetninger for å forstå og dele noe som kan utvikle forståelsen for hva det innebærer å være menneske.

Lise og Tones uttalelse kan, slik jeg tolker det, kobles til den iboende kjærligheten som finnes i dem selv, i familien og i menneskene rundt dem. Malm (2012) sier at kjærlighet er kraftkilde for sjelen, og at ved å gi og få kjærlighet er kilde til helse og helhet. Jeg tenker at å motta kjærlighet fra sine nærmeste gjennom at de viser respekt og åpenhet, og at informantene selv kan gi kjærlighet tilbake, handler om kraft til å styrke sjelen og om å oppnå helhet og helse. I følge Skårderud (2000) medfører spiseforstyrrelse vansker med å forholde seg til og å sette navn på egne tanker og følelser, og det råder indre kaos med fortvilelse og forvirring. Følelsene kan være vanskelig å identifisere og kjennes som diffus, indre uro. Man ser blandede, motstridende følelser, ambivalens og lav, svingende selvfølelse. Slik Skårderud beskriver det å ha en spiseforstyrrelse, tenker jeg at spiseforstyrrelse medfører en sjelelig lidelse og bidrar til at mennesket som enhet splittes. Det er også i tråd med slik Wiklund beskriver en sjelelig lidelse. Hun sier at en sjelelig lidelse er ubalanse mellom tanker, følelser, hodet og hjertet (Wiklund, 2003, s. 51). Jeg tenker at Lises behov for å snakke åpent handler om å bidra til å styrke det sjelelige og på den måten fremme helhet og helse.

Tone beskrev sin dårlige samvittighet fordi hun ikke er fornøyd med slik hun ser ut, at hun har negative tanker om egen kropp, og at hun har ønske om å se annerledes ut. Hun ønsker å være fornøyd med slik hun er blitt skapt. Dette tolker jeg at kan handle dårlig samvittighet forårsaket av skam- og skyldfølelse for ikke å godta seg selv slik hun er blitt skapt. På den måten kan lidelsen ved å ha en spiseforstyrrelse bli forsterket ved slike tanker der skam og skyld blir en tilleggslidelse. I følge Eriksson (1995) oppleves sykdomslidelse i forhold til sykdom og behandling. Skårderud (2000) sier at skam er en viktig affekt i spiseforstyrrelser både som årsak og virkning, og at skammen holdes skjult og snakkes gjerne ikke om. Min oppfatning er at det kan være en mulig årsak til at skam og skyld ikke ble beskrevet eksplisitt i intervjuene. Tolkning av Lises uttalelse er at det handler om følelse av skam og skyld til egen sykdom og som dermed bidrar til økt lidelse. Eriksson (1995, s. 37) sier at lidelse blir skyld når mennesket blir seg bevisst at det har sviktet seg selv. Jeg tenker at det sjelelige aspektet kommer tydelig frem når man har en spiseforstyrrelse. I lys av Erikssons (1995) teori medfører ubalanse mellom tanker og følelser lidelse ved at menneskets helhet splittes og helse forstyrres.

Mari fortalte at da hun startet på behandling, ble hun først dårligere, fordi hun måtte begynne å jobbe med seg selv på en annen måte tankemessig. Samtidig at hun ble mer bevisst, fikk hun panikk fordi hun mistet kontrollen. Hun var også redd for sykehusinnleggelse i dårlige perioder,

fordi det innebar, som hun sa, å bli ”tvangsforet” og å miste kontrollen. Hun bad da om mer tid, fordi hun ønsket å forsøke å snu det selv. En mulig tolkning av informantens uttalelse, kan handle om en behandlingslidelse som medfører økt sjelelig lidelse. Å miste kontroll og ta imot uønsket behandling blir en sjelelig tilleggslidelse. Slik jeg ser det, kan ufrivillig behandling og sykehusinnleggelse og ”tvangsforing” ses som maktutøvelse. På den ene siden kan man si at behandling er bra fordi det er nødvendig i dårlige perioder, men på den andre siden påfører det ekstra lidelse. Alvsvåg (2012) sier at menneskekjærlighet kan handle om å støtte og hjelpe, om behandling og omsorg. Det kan også være å stille krav og støtte den andre til å selv prestere, trene opp ressurser og å forandre handlingsmønster. I følge Rykkje (2014) er kjærlighet og makt knyttet til hverandre og at kjærligheten er fundamentet i kjærlig omsorg, men ingen motsats til makt. Rykkje (2014, s. 121) viser til Tillich og sier at å anerkjenne den andre betyr ikke å ensidig følge pasientens ønsker dersom det vil medføre skade. Slik pleie vil krenke pasienten og oss selv. Rykkje sier at «makt uten kjærlighet er tilfeldig og fornærmende, og kjærlighet uten makt sentimental og blodfattig» (Rykkje, 2014, s. 113). Mari trengte at behandler brukte makt for å snu en negativ utvikling, men i lys av Rykkjes teori kan det ses som handling utført i kjærlighet. Rykkje (2014, s. 121) sier at å anerkjenne den andre betyr ikke å ensidig følge hennes ønsker dersom det vil medføre skade. Slik pleie vil krenke både den andre og utøver. Jeg tenker at ved at hun fikk mer tid, ble behandlingslidelsen mindre ved at hun fikk bestemme mer og selv ta makten. I lys av Rykkjes (2014) teori fikk kjærligheten som fundament i omsorgen på den måten tre frem. Mari slapp innleggelse, men måtte jobbe med seg selv for å bli frisk på tross av hennes ambivalens.

En informant trakk fram at veiledet selvhjelp fører til at hun blir mer bevisst egne valg og hva hun gjør og hva hun ikke bør gjøre. Dette handler om å kunne ta beslutninger på bakgrunn av økt forståelse. Malm (2012) sier at det sjelelig handler om å ta beslutning og evne til å tenke og føle. I lys av det, tenker jeg at kunnskap om egen lidelse kan fremme helse gjennom at personen tar det til seg og gjør det til sitt eget for å oppnå bedre forståelse for sin situasjon. Man lærer å se sammenhenger mellom symptomer og det som skjer med en selv og omgivelsene. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at med kunnskap kan man selv og medmennesker forstå kaos og motsigelser ved livstruende situasjoner som en del av naturlige helseprosesser og som en del av helsen. Slik jeg tolker informantenes uttalelser, erfarer informantene at det øker deres forståelse gjennom at likepersonen kan sette seg inn i deres situasjon og har større trygghet til å våge å ta opp det som de er opptatt av, også tabubelagte og vanskelige tema.

Å invitere til samtale og hjelpe til med å sette ord på tanker og følelser, handler slik jeg ser det,

om ivaretagelse av det sjelelige i mennesket, og vil være en viktig omsorgshandling for å gjenopprette helhet og fremme helse. Wiklund (2009) sier at ansning på sjelelig plan handler om å få uttrykke følelser og å få bekræftelse. Jeg tenker at for et menneske med spiseforstyrrelse vil det handle om å hjelpe til med å snu tankegangen og å korrigere tanker og følelser knyttet til kropp og mat. Skårderud, (2000, s. 94) sier at grunnmuren i behandling er motivasjon og at samtaler er den nyttigste behandlingsformen ved spiseforstyrrelse. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at fortelling innebærer sjelelig smertelindring, og den som lytter er medisinen eller lindrende bandasjering. I fortellingen kan man få distanse til sin historie og historien kan omformuleres til en mer meningsfull og mindre smertefull helhet. Fortelling skaper avspenning, men den rammede må selv bestemme om hun vil fortelle eller ikke, da fortelling åpner det eksistensielle såret på nytt. Slik jeg ser det innebærer møtet mellom likeperson og menneske med spiseforstyrrelse lede til sjelelig smertelindring og bidra til helhet som menneske.

5.4 Helse handler om å ha en frisk kropp

Uttalelser fra informantene fortalte at fysisk helse er viktig for god helse. Lise sa at for henne handler helse om å være frisk fysisk. Mari sa at det å ha en kropp som fungerer er viktig for hennes helse, og Tone sa at helse er å ikke ha bekymringer i forhold til kroppen. En av informantene sa at god helse innebærer at du kan gjøre ting, gå på trening og klare hverdagen uten store utfordringer. Slik jeg tolker informantenes uttalelser, handler det om at en frisk kropp har betydning for deres helse, men jeg tenker at det ikke er en selvfølge dersom man har en spiseforstyrrelse. Lassenius (2010) sier at kroppslig lidelse forårsaket av psykisk lidelse fører til eksistensiell lidelse i tillegg til fysisk lidelse ved at opplevelsen av kroppen forandres. Det kommer også fram i informantenes uttalelser. I følge Skårderud (2000) er spiseforstyrrelse en lidelse som kan føre til alvorlige tilstander for kroppen dersom man ikke får hjelp til å gjenopprette fysisk normaltilstand. Jeg tenker at det er vel ingen annen psykisk lidelse som får så tydelige og synlige kroppslige symptomer som en spiseforstyrrelse får. En psykisk lidelse er ofte usynlig for andre og får ikke tydelige kroppslige symptomer. Skårderud sier at en spiseforstyrrelse kan medføre avmagring, overvekt eller normal vekt. Ved spiseforstyrrelse er belastningen på kroppen stor, og de kroppslige skadene og symptomene kan i verste fall være dødelige. Det er kroppen og maten som har blitt et språk for å takle følelser og livsproblemer. Spiseforstyrrelse handler om misnøye med egen kropp og at man trenger å vinne sin egen kropp tilbake.

Den ene informanten beskrev sin treningsavhengighet som hun sammenlignet med alkoholisme. Informantens beskrivelser, er slik jeg ser det, sjelelig lidelse som får kroppslige følger i form av stor slitasje på kroppen som ikke er bra, og som bør unngås. Dermed tenker jeg at også treningsavhengigheten får innvirkning på det sjelelige. Når man har en spiseforstyrrelse, har man en overopptatthet av kropp, vekt og utseende, og Skårderud (2000) sier at ved spiseforstyrrelse er overvekt vanlig eller det kan finnes forstyrret kroppsbilde der man som underernært ser seg selv som overvektig. Jeg tenker at de kroppslige symptomene ved spiseforstyrrelse, fører til at mennesket som helhet splittes, og må derfor tas på alvor. Ved at kroppen gjenopprettes normaltilstand, kan det bidra til helhet. Jeg tenker at omsorgshandling rettet mot kroppen må handle om å gjenopprette fysisk ubalanse i kroppen og tilstrebe normalvekt. I følge Wiklund (2009) handler omsorg om ansning, og at på kroppslig plan kan det innebære å sørge for mat og andre behov som kroppen har. Også Skårderud (2000) fremhever viktigheten av at den spiseforstyrrede får hjelp til å lage en ernæringsplan. Eriksson (1995) sier at fysisk smerte forårsaket av sykdom er sykdomslidelse og bør lindres med midler som står til rådighet. På den ene siden tenker jeg at fysiske smerter og kroppslig uhelse ved spiseforstyrrelse lindres med tiltak rettet mot kroppen, men ved å ha fokus også på sjelelig smerte, kan det lindre fysisk smerte.

5.5 Omsorg som lindrer lidelse og fremmer helse

5.5.1 En likeperson ivaretar hele mennesket

Informantene fortalte at veiledet selvhjelp oppleves å være like god hjelp eller bedre hjelp sammenlignet med den hjelpen de får fra fagperson. Uttalelsen fra Mari tydeliggjør dette ved at hun sa at selv om psykologen sa at han hadde hjulpet mange med spiseforstyrrelse, så hadde det ikke innvirkning på henne. Psykologen kunne ikke vite sikkert, da han ikke hadde erfart å ha spiseforstyrrelse selv. På den ene siden er veiledet selvhjelp god hjelp, men på den andre siden understreker informantene at hjelp fra likeperson og veiledet selvhjelp ikke er riktig hjelp i de dårligste periodene. Man er mer mottakelig for veiledet selvhjelp når man har kommet et stykke i tilfriskningen. Også Wiklund (2009, s. 154) presiserer at noen ganger er den naturlige omsorgen utilstrekkelig, og det er behov for profesjonell omsorg med kompetanse, vitenskapelig kunnskap, erfaring og forpliktelser for pasienten. Omsorg kan da gis på en systematisk måte og med utgangspunkt i en spesifikk yrkeskompetanse. Informantene mente at

veiledet selvhjelp kan være supplement eller erstatning for behandling, at det ikke er enten behandling eller veiledet selvhjelp. De mente at hver for seg manglet de en form for kunnskap, men til sammen kan de utfylle hverandre med fagkompetanse og erfaringskompetanse. Helsedirektoratet (2014) sier at selvhjelp ikke kan erstatte behandling av sykdom eller lidelser, men det kan være en viktig læringsprosess som kan støtte opp under behandling. Studien til McCormack (2010) forteller at støttegrupper kan være et godt supplement til behandling fordi erfaringer og kunnskap kan deles til likesinnede. Skårderud (2000, s. 204) understreker at selvhjelp ved spiseforstyrrelse er god hjelp, og det virker fordi det er en arena der man kan snakke ut. Han understreker at selvhjelp må være supplement til behandling, og ikke erstatning for det profesjonelle helsevesenet.

Informantenes tanker, følelser og opplevelser knyttet til helse når man har en spiseforstyrrelse, tolker jeg som at en spiseforstyrrelse bidrar forstyrrelse i kropp, sjel og ånd, som medfører at mennesket som helhet og helse forstyrres. I følge Edlund (2012) medfører lidelse at helheten forstyrres og at helse er gjennom helhet. Eriksson (1995) sier at lidelse medfører at mennesket er avskåret fra seg selv og sin egen enhet. I lys av Erikssons teori, fremmer hjelpen fra likepersonen helse ved at hjelpen er rettet mot helhet og ivaretagelse av kropp, sjel og ånd. I følge Eriksson (2012) vil det å ikke ha et helhetssyn i omsorgen innebære krenking av menneskets verdighet og opphav til større lidelse, og at gjennom kroppslige, sjelelige eller åndelige handlinger kan pasienten gjenopprette eller bevare en opplevelse av seg selv som en levende helhet. Eriksson (u.å.) sier at selv om helhetssyn er allment godtatt grunnverdi i omsorgen, betyr ikke det at det er et levende ethos og noe som hver og en pleier bærer og handler ut ifra. Hun sier at kroppen er den synlige delen av mennesket, og det som pleier bevisst eller ubevisst setter først, men hun poengterer at for å oppnå helhet og helse, må ikke fokus bare være på fysisk helse. Også sjelelige og åndelige aspekter må ivaretas. Eriksson (1995, s. 45) sier at lidelse ofte blir redusert til fysisk lidelse, og at det medfører at mennesket fratras mulighet for å lindre lidelse og mulighet for vekst og utvikling og forsoning. Jeg tenker at dette er spesielt risikabelt for et menneske med spiseforstyrrelse der de kroppslige symptomene er et tegn på psykisk lidelse, og at i møtet med et menneske med spiseforstyrrelse, vil sjelelig omsorg få betydning for det kroppslige. Skårderud (2000, s. 95) sier at vektøkning og å bidra til å fjerne de fysiske symptomene er sentralt i behandling, men må ses som et delmål. Større mål er å bidra til at den som har spiseforstyrrelse tør å utforske sine følelser og reaksjoner, å bli kjent med seg selv og forholdene til andre mennesker. Om behandler bare ser ytre symptomer er det langt på vei som ikke å se. Den somatiske helsen er bedret, men personen kan fremdeles være

spiseforstyrret. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at hoveddelen i helse- og omsorg er preget av naturvitenskapelig tankesett, og det er biomedisinsk, reduksjonistisk syn på mennesket. De mener at medisinsk omsorg trenger støtte av omsorg med helhetssyn for at man skal oppnå god omsorg. Sivonen (2012) sier at det kreves åndelig kvalitet av lydhørhet hos omsorgsperson å se det åndelige i situasjonen.

Thorkildsen et al. (2014) sier at pasienter kan ha negativt møte med helsepersonell, noe som kan skyldes reduksjonistisk forståelse der man forhindres i å se pasientens ontologiske lidelse og å handle etisk. Man må kunne se under overflaten og forstå uttrykket av den ontologiske lidelsen som er gjemt. Mennesket er ikke alltid slik som det ser ut i første blick. Hva sykepleieren ser eller ikke ser bak barrieren er påvirket av ethoset til den enkelte og av omsorgskulturen. Kjærlighet og å ofre seg bidrar til å se den ontologiske lidelsen. Delmar (2012) sier at det finnes faktorer som medfører en risiko for at lidelsen blir ignorert. Det kan være hvis omsorgen blir for teknisk, for mange rutiner eller at dokumentasjon tar all tid.

Arman og Rehnsfeldt (2012 s. 19) sier at årsaken til at åndelig aspekt er fraværende i omsorgen, kan være at man ikke forstår viktigheten av det, det blir fornektet eller det åndelige vurderes som uinteressant. De sier også at det åndelige er tabubelagt i omsorgen fordi det råder uklarheter om det åndelige i mennesket og betydningen det åndelige har for helsen, for helseprosessen og for omsorgen. Jeg tenker kanskje at årsaken kan ligge i omsorgskulturen i helsevesenet og pleiernes vanskeligheter med å snakke om det åndelige aspektet. Det har jeg selv erfart i praksis. I møtet med mennesker kan det være vanskelig å snakke om tema som kan omhandler tanker om livet og døden i forbindelse med sykdom. Jeg tenker at i omsorgen er det viktig å få fram åpenhet for alt som tilhører det å være menneske, og i et omsorgsvitenskapelig perspektiv, vil det åndelige være sentralt.

5.5.2 Troverdighet fremmer tillit, tro på livet og håp for fremtiden

Alle informantene hadde samme erfaring med at å treffe en likeperson som har gjennomgått det samme som de har, og der de kan se at den andre har lyktes i å bli frisk, gir motivasjon og håp om at de selv skal klare å bli friske og håp for fremtiden. Informantene sa at håpet er viktig for å se hensikten med å jobbe mot å bli frisk, og det gir motivasjon og inspirasjon. Også studien til Crowley et al. (2013) viser at en pasient som møter en behandler som har erfaring med å ha samme psykiske lidelse, bidrar til å fremme håp om at pasientene også selv kan bli friske. I lys

av Crowley et al.'s funn viser det hvor viktig det er å ha håp. Man ser at det er verdt å kjempe for å bli frisk, og man klarer å se fremover. Skårderud (2000) sier at man kan bli frisk fra en spiseforstyrrelse, men at en spiseforstyrrelse også kan bli en kronisk lidelse, eller det kan ta lang tid før man blir frisk. Da tenker jeg at det er spesielt viktig å ha håpet som hjelper et menneske med spiseforstyrrelse til å se at å jobbe mot å bli frisk har en hensikt. Benzein (2012) understreker at håp har betydning for utvikling av helseprosessene, og Wiklund (2003) påpeker at håp er en indre ressurs som bidrar til helse og er avgjørende for hvordan helsen formes som en tilblivelsesprosess der mennesket utvikles. Funnene i studien viser at hjelpen fra en likeperson gjennom å fremme håp er en sentral essens hvorfor veiledet selvhjelp av likeperson oppleves å være så betydningsfull og viktig. I lys av Benzein og Wiklunds teori vil håpet for et menneske med spiseforstyrrelse kunne bidra til å fremme helse på et dypere nivå.

Informantene fortalte at i og med at likepersonen hadde gjennomgått det samme som de selv, og at de har kjennskap til hvordan det er å ha spiseforstyrrelse, styrker troverdigheten til deres råd og støtte. Det fremmer tillit til det likepersonen forteller og styrker troen på at de selv kan klare det samme. Jeg tenker at informantenes opplevelse av tro og tillit til likepersonen er sentral i selvhjelpsarbeidet og hvorfor informantene opplever at veiledet selvhjelp har hjulpet dem. Martinsens (2012) sier at tillit, som en av de suverene livsytringene, innehar iboende godhet og at tillit er en forutsetning for mellommenneskelige relasjoner. Fagerstrøm (2012) sier at tillit til noen eller noe kan være en indre kraftkilde til livskraft som er helsen kjernesubstans og essens som har kobling til menneskets åndelige dimensjon. Studien til Crowley et al. (2013) belyser også tillit. De sier at tillit fremmes ved at behandler har felles erfaring med samme lidelse. Det fremmer en god relasjon og forutsetning for empati, medfølelse og forståelse for den andres lidelse.

Tone fortalte at tillit til likepersonens råd og veiledning kan utebli dersom erfaringen er ulik, eller at kjemien med likepersonen ikke stemmer. Tone fortalte at for henne handler det om at hun må tillit til erfaringene som likepersonen har. Hun kan ha tillit til personen, men får ikke tillit til erfaringen dersom likepersonen har en historie hun ikke identifiserer seg med, og det vil ha betydning for hvordan hun vil klare å følge likepersonens råd og veiledning som gis. Martinsen (2012) sier at livet blir sårbart ved at vi daglig utleverer oss i tillit til hverandre. I lys av Martinsens teori er tilliten også det som kan gjøre veiledet selvhjelp sårbart, ved at opplevelse av om helse fremmes, avhenger av tilliten til erfaringen og historien til likepersonen. Slik jeg ser det kan mangel på tillit forhindre den lidende til å åpne seg, og hjelperen vil dermed

ikke klare å se lidelsen ontologisk og dermed hvordan helse kan fremmes og lidelse kan lindres. Jeg tenker at dette ikke er spesielt når det gjelder veiledet selvhjelp utført av likeperson. Det samme gjelder om hjelperen er en fagperson. Tilliten må være der for at den lidende skal klare å åpne seg. Funn i studien kan vise at tillit til en likeperson er lettere å oppnå enn tillit til en fagperson på bakgrunn av deres felles erfaring og den naturlige omsorgen. Rosengren (2012, s. 230) sier at tillit og tro er synonyme, og at mennesker trenger tillit og tro for sin personlige utvikling. Man kan slite mellom forventning og fortvilelse frem til at man tør tro på at det kan ordne seg. I lys av disse refleksjonene tenker jeg at det forteller om tillitens betydning i relasjonen til en hjelper. Selv om man ikke har full overbevisning, gir tillit mot til å være i sin situasjon. Rosengren sier at mye avgjør om man stoler på, og har tillit til, den som opplyser om sakens ide.

Lise beskrev seg selv som en person som lett får tillit til andre mennesker, og hun kan lett åpne seg for andre, mens Tone fortalte at tillit til andre mennesker avhenger av om personen er ærlig, og hvordan hun blir snakket til. Martinsen (2012) sier at menneskene har ulike livshistorier og livserfaringer. Noen er tillitsfulle mens andre er mindre tillitsfulle. Vi møter hverandres tillit med forbeholdenhet, og man må være forberedt på å møte motstand i form av at den andre ikke umiddelbart vil dele sine erfaringer. Den andre har med seg inntrykk fra eget levd liv, og hvordan hjelperen har tatt vare på pasientens tillit, hans utleverthet og sårbarhet. I lys av Martinsens teori, vil et menneske med spiseforstyrrelse være preget av hvordan hun har erfart tillit til andre mennesker tidligere i livet. Martinsen (2012) sier at det er viktig å være varsom i møtet med pasienten og fornemme om en blir invitert inn det fiktive rom. Det fiktive rommet kan også være krenkelsens rom hvis man uinvitert trenger seg på pasienten ved å ikke vise aktelse for den andres tillit. Umoralske handlinger forutsetter et fiktivt rom uten sansning og der vi ikke ser igjen og igjen på forskjellige måter og bruker fantasien. I lys av Martinsens teori, er et menneske med spiseforstyrrelse utsatt for krenkelse gjennom pleielidelse, noe som skal unngås. Gjennom å bruke fantasien og sansning vil en likeperson kunne tenke hvordan man selv ville ønsket å bli møtt dersom man var i den lidende sin situasjon, og på den måten forhindre krenkelse og lidelse.

Mari fortalte at hun kunne låse seg dersom kjemien med likepersonen ikke hadde stemt. Jeg tolker hennes uttalelse at det handler om å åpne for Maris fortrolighet der hun beskriver sine lidelse for den andre. Martinssen (2012) sier at for å bli invitert inn i pasientens fiktive rom, må pleieren vise pasientens tillit verdig. Mistillit kan holde pleieren på avstand. Nilsson (2007, s.

94) sier at pasientens delaktighet i utviklingen av et omsorgsforhold skjer gjennom tillit til hjelperen. Om tillit er til stede, forteller pasienten om sin lidelse slik at hjelperen vekkes i sin medlidenhet for pasienten. Medlidenhet gir grobunn for videre utvikling av omsorgsforholdet. Pasientens opplevelse av trygghet er det som gir meningsbærende innhold i omsorgsrelasjonen og som bidrar til at kraft for å utholde lidelsen utvikles, og at mulighet for videre vekst og utvikling gjenvinnes. Jeg tenker at for å lindre lidelse og fremme helse, vil tillit til den andre og til deres historie og troverdighet være avgjørende. I møtet mellom et menneske med spiseforstyrrelse og en likeperson er forutsetning for tillit til hjelperen til stede gjennom sin ekspertkompetanse knyttet til spiseforstyrrelsen.

5.5.3 Kjærlighet og verdighet er fundamentet i omsorg

Den ene informanten fortalte at hun synes den jobben en likeperson gjør, er beundringsverdig. Hun tenker at likepersonen viser at hun har glede av å hjelpe andre, og at hun brenner for det. En likeperson oppleves av informanten som et medmenneske som lytter, og som viser evne til å forstå og som ønsker å hjelpe. Informanten opplever også at likepersonen gir uttrykk for at hun bryr seg, at hun er engasjert, og at hun vil hjelpe. Dette tolker jeg at handler om likepersonens respekt for den andre og et uttrykk for likepersonens ethos som kommer til syne i møtet gjennom ord og handlinger. Rykkje (2014, s. 120) sier at i den caritative omsorgen er det gjennom kjærlig lytting at man kan forstå hva som er rett overfor den andre og å fostre den andres verdighet. I følge Alvsvåg (2012) har alle mennesker kjærligheten nedlagt i seg, og kjærlighet er nødvendig i livet for å opprettholde godt fellesskap. Thorkildsen et al. (2014) sier at ubetinget kjærlighet handler om å gi kjærlighet uten å kreve noe tilbake, slik at den lidende kan åpne seg og akseptere å ta imot hjelp. Det handler også om å ofre seg selv. Gjennom kjærlighet kan man forstå den ontologiske lidelsens mening og pasientens helligste ønske.

Den ene informanten erfarte at likepersonen brenner for å hjelpe uten at hun opplever at hun blir dømt eller sett ned på. Jeg tenker at mennesker med spiseforstyrrelse som oppsøker brukerorganisasjonen for å få hjelp, kommer med åpent sinn, utleverer seg for en likeperson og møter den andre i tillit. Innerst inne kan de ha motstridende tanker om det å bli frisk. I lys av Alvsvågs teori kan likepersonen være med å bidra til helhet og helse gjennom at mennesket med spiseforstyrrelse har med kjærlighet som sin kraft som kommer til syne i møtet med likepersonen. Rykkje (2014 s. 118) sier at kjærlighet er kilde til helse og helhet. Thorkildsen et al. (2014) sier at kjærlighet er indre drivkraft for mennesker som lider. Pasienten har kjærlighet

som en hellig styrke i seg og kjærlighetens kraft i pasientens hjerte kan tjene som basis for å søke egen tro og finne ny mening med livet. Jeg tenker at det handler om kjærlighet som er naturlig i både mennesket med spiseforstyrrelse og i likepersonen som bidrar til helse og til å lindre lidelse. Malm (2012) sier at mennesket har begjær etter kjærlighet og bekreftelse, og det å ikke få eller gi kjærlighet innebærer lidelse. Eriksson (2012 s. 91) sier at å lindre lidelse og bekrefte verdighet er mulig gjennom kjærligheten. Eriksson (1995) sier at mangel på kjærlighet kan være den dypeste livslidelse.

Det var flere av informantene som fortalte at kjemien med likepersonen var viktig for at veiledet selvhjelp skulle ha en hensikt. Ut fra min tolkning kan dette handle om kjærlighet som likepersonen har med seg og som kommer til uttrykk i det medmenneskelige møtet. I følge Eriksson (u.å) er caritas den bærende kraft, det ethos, som gir omsorgen en spesiell toneart og som blir synlig i hjelperens holdning. I lys av Erikssons teori kan kjærlighet være kilde til å gjøre handlingen etisk og at mennesket med spiseforstyrrelse opplever å bli ivaretatt på en verdig måte. Alvsvåg (2012) sier at caritas innebærer en etisk holdning og grunnvalg for handling som handler om å gjøre den andre godt. Arman og Rehsfeldt (2012) fremhever at for å kunne gi eksistensiell ivaretagelse kreves menneskevennlig holdning som inneholder kjærlighet og respekt og at det vises gjennom handling og holdning. De sier at det medmenneskelige møtet er sentralt for lindring og leging av eksistensielt sår og innebærer kjærlighet og omsorg. Näsman et al. (2008) sier at en omsorgsetikk er blant annet avhengig av kjærlighet der pleierens indre ethos kles i ord og uttrykkes i handling.

Man kan spørre seg om det er alles rett til å bli møtt med caritativ omsorg og om det kan være mulig å gi caritativ, verdig omsorg overfor mennesker som man ikke kjenner. Alvsvåg (2012) sier at selv om vi ikke kjenner pasienten, skal kjærlighet gjenspeiles i omsorgen det vil si å handle med omtanke. Alvsvåg fremhever at menneskekjærlighetens logikk kan hjelpe, og at det å handle profesjonelt med menneskekjærlighet kan utvikles.

Den ene informanten fremhevet at hun opplever å bli respektert for den hun er, og at i brukerorganisasjonen blir hun ikke dømt eller sett ned på. Jeg tolker ut fra hennes erfaring at det handler om likepersonens ethos, at hun opplever at likepersonen har tro på henne og på hennes indre potensiale til bedring av helse. Hun opplever at verdigheten blir ivaretatt ved at likepersonen ser på henne som likeverdig menneske. I følge Rykkje (2014) er det aldri likevekt i kjærlighetsrelasjonen mellom pleier og pasient. Maktbalansen tipper alltid i behandlerens favør.

Eriksson (u.å.) sier at en bærende tanke i all omsorg er å verne om menneskets verdighet gjennom å se pasienten som verdig med et indre potensial til liv og helse. Jeg tenker at dersom det motsatte hadde skjedd, å ikke bli respektert eller verdsatt som et menneske eller at den man møter ikke har tro på mennesket, påføres skam eller skyld gjennom pleielidelse, og det bidrar til krenkelse og at verdighet ikke ivaretas. Eriksson (u.å.) sier at å krenke menneskets verdighet er å berøve menneskets livskraft og håp og forårsake lidelse. I hvert møte med en annen kan man gjennom vår holdning trykke den andre ned eller løfte ham opp. Eriksson (1995, s. 71) sier at å oppleve at man har egenverdi som menneske, er av grunnleggende betydning for helseprosessen. I følge Eriksson og Lindstrøm (2003) er alle mennesker bærer av ethos. Dermed vil likepersonens ethos være avgjørende for hvorvidt den andre føler seg ivaretatt, og hjelperens holdning vil bli synlig i handlingene. Skorpen et al. (2015) sier at likebehandling, evne til å se den enkelte og ærlighet og respekt, har betydning for pasientens opplevelsen av verdighet. I tillegg har også graden av pårørendes og pasientens involvering betydning.

Jeg tenker at ivaretagelse av verdighet handler om at mennesket med spiseforstyrrelse opplever respekt for sin lidelse og menneskets tanker og følelser må tas på alvor og ikke forsøkes å omgjøres til noe annet. Arman og Rehnsfeldt, (2012, s. 34) sier at ekspertholdning kan være et overgrep og kan støte bort mennesker som egentlig trenger støtte. Ut fra den tanken blir det pleielidelse dersom man inntar holdning om å vite best, og ikke møte mennesket med spiseforstyrrelse med respekt for hennes unike opplevelser. Målet i samhandlingen mellom likepersonen og mennesket med spiseforstyrrelsen blir å gjenskape håpet og troen på livet, finne lys i mørke som gjør hverdagen utholdelig og skape et nytt liv med ny mening og at hun kommer styrket ut av lidelsen.

5.5.4 Å forstå det ontologiske gjennom metaforer

To av informantene brukte metaforer når de skulle beskrive sine opplevelser, noe jeg opplevde som berikende i samtalen. Jeg opplevde at gjennom bruk av metaforer klarte informantene å uttrykke hva de mente og tenkte på ontologisk nivå. Ved hjelp av metaforene kunne jeg tolke deres beskrivelser ontologisk og stille oppfølgingsspørsmål. Det bidro til en dypere forståelse av deres tanker og følelser. Gustin og Bergbom (2014, s. 114) poengterer at i samtalen kan vi stille spørsmål som oppmuntrer en person til å formulere seg metaforisk. Spørsmålene kan hjelpe oss til å få tak i den personlige betydningen som ligger i et uttrykk. Metaforene kan bidra

til både mening i lidelsen og med lidelsen gjennom at det blir begripelig, og man kan lære noe av det. Jeg la merke til at den ene av informantene brukte ikke metaforer i sine beskrivelser, og det utfordrer meg i større grad til å tolke hennes beskrivelser ontologisk. I det følgende vil jeg trekke frem noen av metaforene som informantene brukte der jeg beskriver min tolkning av betydningen på ontologisk nivå.

Mari fortalte at gjennom veiledet selvhjelp og kontakt med likeperson, kunne hun se at det kan gå bra selv i de dypeste daler og de mørkeste kjellere. Metaforen dype daler og mørke kjellere beskriver hennes følelse når tankene og følelsene er på det verste og jeg tolker det som opplevelse av livsforståelsesmørket. Arman og Rehnsfeldt (2012) beskriver livsforståelsesmørket der mennesket bare ser mørket og håpløshet dominerer og metaforen kan relateres til uutholdelig lidelse. Å ha håp i livsforståelses mørke vil være avgjørende for bevegelse i lidelsen og bevegelse mot helse. I en annen uttalelse beskrev Mari legens uttalelse at hun befant seg på stupet. Der anvendte legen metaforen på stupet fordi han ville at Mari skulle forstå hvor alvorlig spiseforstyrrelsen hadde utartet seg. Legens anvendelse av metaforen kunne hjelpe Mari til å forstå legens bekymring i forhold til hennes helse. Ontologisk kan man tenke at det ikke var bevegelse i lidelsens kamp mot forsoning eller tilheling, og det var behov for behandling eller hjelp som kunne sette bevegelsen i gang for å komme videre i lidelsens kamp.

Et annet tilfelle der Mari brukte metafor for å beskrive noe ontologisk, var da hun sa at hun ikke er ikke laget av porselen, og at hun hadde behov for at likepersonen var direkte og tydelig overfor henne. Hun brukte metaforen porselen for å beskrive seg selv som person. Porselen knuser lett dersom man utsettes for noe. Med det beskriver hun seg som en person som tåler mye og ikke er var og skjør. Samtidig belyses hennes tanker at et annet menneske ontologisk kan krenkes gjennom pleielidelse dersom man ikke blir møtt på en verdig og respektfull måte. Lise beskrev at ved spiseforstyrrelse er det vanlig med perioder med tilbakefall og forverret lidelse etter gode perioder. Det er mer garantert enn at alt går på skinner. Jeg tolker hennes metafor, skinner, at helseprosessen ikke er uten hindringer og problemer, og kan ontologisk forstås som lidelsens kamp som pågår i lidelsens drama der det onde og det gode må forenes for å oppnå mening i lidelsen. Mari brukte metaforen gulrot som er der fremme, for å beskrive håpet som hjelper henne til å se fremover. Det finnes noe å strekke seg etter som er godt og verdt å kjempe for. Det handler om at i fremtiden er det håp om å bli frisk. Mari brukte metaforen reise når hun beskrev behandlingsløpet. Metaforen kan tolkes som at likepersonen

kan være en medvandrer med hennes erfaringer og opplevelser. Det er mye som skjer underveis når man har en lidelse. Ontologisk tenker jeg at dette også kan være et uttrykk for opplevelsene på en reise, som svinger fra medgang til motgang, kan sammenlignes med lidelsens kamp der det er bevegelse mellom lidelse og lyst, håp og håpløshet, og der framme, når man har nådd reisemålet, har man nådd mening med lidelsen, forsoning eller man har blitt frisk.

5.5.5 Den hermeneutiske dialogen fordyper forståelse

Det ble fremhevet av alle informantene at en likeperson som har samme erfaring med å ha hatt spiseforstyrrelse, gjør at hun har kunnskap og forståelse som bidrar til at likepersonen kan sette seg inn i hvordan de har det, og hva de går gjennom. Informantenes beskrivelser av likepersonens kompetanse tolker jeg som ekspertkompetanse i kraft av sin erfaring. Den ene informanten mente at kunnskapen som en likeperson har, ikke er kunnskap som det er mulig å lese seg frem til, men noe hun har fått gjennom erfaringen. Beskrivelsene til informantene belyser kompetansen en likeperson som unik og som en fagperson ikke kan tilegne seg. Studien til Crowley et al. (2013) underbygger dette der det fremkommer at når behandler i tillegg til fagkompetanse har personlig erfaring ved å ha samme lidelse, medfører at behandleren har større forståelse for den andres tanker og følelser enn en behandler som ikke har samme erfaring med lidelsen. Det etableres en tettere og bedre relasjon, og de har en bedre evne til å sette seg inn i hvordan den andre har det og til å vise empati.

Lise fortalte at hun oppsøker brukerorganisasjonen for å snakke om tanker og følelser som det er vanskelig å snakke med andre mennesker om. For henne er åpenhet viktig, og det å snakke åpent med andre mennesker om det som hun tenker, føler eller er opptatt av, også det som er vanskelig å snakke om og som er tabubelagt. Informanten har opplevd at mennesker rundt henne kan ha vanskeligheter med å åpne seg og å snakke om psykisk helse. Skårderud (2000, s. 260) sier at dialog er medisin, og ved spiseforstyrrelse er det behov for å fremme en annen, åpnere og mer verbal kommunikasjon enn den som gjøres via kroppen og maten. Arne Rehnsfeldt (undervisning 19.10.2015) viser til Eriksson og sier at hermeneutikk har sin grunn i intersubjektivitet der vi møter noe meningsbærende som krever tolkning for å forstå. Lassenius (2014, s.81-92) sier at pleier trenger hermeneutisk kunnskap for å se den ontologiske blindhet. Det aktuelle er fra begynnelsen skjult i den meningen at det er overraskende og uforutsigbart, men gjennom tolkning og forståelse er medlidelse mulig, lidelse kan lindres og pasientens verdighet vernes. I lys av Lassenius sin teori kan anvendelse av hermeneutikk i dialogen bidra

til bedre forståelse for den andres lidelse, og dermed til bedre forutsetning for å hjelpe et menneske med spiseforstyrrelse. Gjennom å forstå delen ut fra helheten og helheten ut fra delen, kan man gjennom den hermeneutiske spiral oppnå stadig økt forståelse. Likevel skal man ikke tenke at alt ved den andre kan forstås. Selv etter hermeneutisk tolkning der man har oppnådd økt felles forståelse, vil det fortsatt være noe som er skjult i den andres virkelighet.

Tones fortalte at en psykiatrisk sykepleier ikke kan vite hvordan hun har det selv om hun har mange års erfaring, fordi sykepleieren ikke har erfart spiseforstyrrelse selv. Sykepleieren kan bare si at hun skjønner at hun har det vanskelig, men ikke at hun forstår hvordan hun har det. Med det tenker jeg at hun mener at en sykepleier mangler erfaringen og kan derfor ikke vite hvordan hun har det med sin spiseforstyrrelse. Lassenius (2014) sier at uhelse og sykdom alltid innebærer en trussel mot menneskets enhet og det som er urørt, fordi vi aldri kan være sikre på hvordan vi skal oppfatte eller forstå den andres opplevelse eller forstå den andre helt og fullt. Vi har aldri en umiddelbar tilgang til den levde meningen hos pasienten, dermed må alt i pasientens situasjon tolkes. Lassenius (2014, s.81-92) sier at man kan ikke helt og fullt forstå den andres plage, men gjennom å dele erfaring og språk finnes et potensial for forståelse. Gjennom å lytte til fortellingen og bevisst tillempe den hermeneutiske sirkelen og strev mot helhetsforståelse styrkes kunnskapen som kreves for å forstå, handle og hjelpe på en klok måte. Den nye kunnskapen høyer seg over en kunnskap fra før. Holm, (2014, s. 135) sier at analyse og tolkning kan lindre den psykiatriske pasientens uhelse, emosjonelle smerte og lidelse spesielt der pasienten kan risikere å bli misforstått i sin lidelse.

På den ene siden tenker jeg at en likeperson har de beste forutsetninger for å vite hvordan den andre har det, men på den andre siden kan en likeperson aldri forstå den andre fullt og helt, uansett om hun har samme erfaring. Tones opplevelse av hvordan hun har det er unik og kjennes kun av henne som den unike personen. I et hermeneutisk møte mellom likeperson og Tone, tenker jeg at kan det etableres et omsorgsfullt møte som kan lindre lidelse hos Tone. Arman og Rehnsfeldt (2012) sier at i et hermeneutiske møte, møtes pleier og pasient på dypere nivå enn en vanlig relasjon. Jeg tenker at den erfaringen som en likeperson har vil være en del av hennes forforståelse, men likepersonens forforståelse om mennesker med spiseforstyrrelse har likeperson med seg, men hun skal ikke handle forutbestemt. Gustin (2014, s. 113) skriver at forforståelse må settes til side, og at man må ikke ta for gitt at vi vet hvordan den andre har det ut fra egen erfaring eller teoretisk kunnskap om ulike symptomer. Man må avdekke det individuelle for å finne fram til helheten. Likepersonens forkunnskap er et bakteppe som

innordnes i den aktuelle situasjonen. Arman og Rehnsfeldt sier at med hjelp av sin forforståelse og tolkningsprosess vil man lettere kunne forstå lidelsen på et dypere nivå. De sier at mening og utvikling i livsforståelse uttrykker seg som en etisk fordring rettet mot den andre der man søker meningssskapende fellesskap. Dette skjer i det hermeneutiske møtet.

5.6 Studiens betydning for klinisk praksis

Denne studien tar utgangspunkt i tre informanters beskrivelser av erfaring med veiledet selvhjelp fra likeperson. Den viser deres subjektive oppfatning av hvordan denne kontakten har hjulpet dem. Det finnes likheter i deres erfaringer som viser at hjelpen har bidratt positivt i deres tilfriskningsprosess, spesielt i gode sykdomsperioder. Det betyr at veiledet selvhjelp fra en likeperson bør gjøres mer tilgjengelig, ikke bare for mennesker med spiseforstyrrelser, men også for andre mennesker med andre diagnoser. Min oppfattelse i lys av studiens funn er at veiledet selvhjelp bør gjøres mer kjent for mennesker med spiseforstyrrelse, deres pårørende og blant helsepersonell, fordi jeg er usikker på hvor kjent denne formen for hjelp er blant dem. I min kommune er det behov for å få en oversikt over hvilke brukerorganisasjoner som finnes, og hvor det er mulig å få veiledet selvhjelp fra en likeperson tilknyttet organisasjonen.

Økt kunnskap blant helsepersonell og informasjon til mennesker som denne hjelpen er aktuell for, vil kunne føre til at flere kan benytte seg av veiledet selvhjelp fra likeperson. Å informere personer som kontakter bestillerkontoret om brukerorganisasjoners arbeid, må implementeres blant alle saksbehandlerne slik at tilbudet skal bli kjent. Jeg tenker også at tilbud om veiledet selvhjelp fra likeperson tilknyttet en brukerorganisasjon må gjøres mer tilgjengelig, for i dag er tilgjengeligheten best i de største byene.

Funn i studien viser at familie og nettverk har en viktig rolle for helsen til mennesker med spiseforstyrrelse. Jeg tror at kunnskap om betydningen av eksistensiell ivaretagelse fra familie og andre nære relasjoner må styrkes for å øke deres trygghet i å være en omsorgsperson når en av de nærmeste opplever livstruende sykdom eller hendelse.

Studien viser betydningen av hermeneutikk i møtet med mennesker med spiseforstyrrelser og viktigheten av å avdekke det ontologiske i lidelsen. Som saksbehandler på bestillerkontor er jeg

opptatt av å gjøre en grundig kartlegging av personens helseforhold, behovet for hjelp og hvilken helsetjeneste som kan fremme selvstendighet og bedring i helsen. Det som først presenteres om menneskets lidelse er bare en del av en helhet. Gjennom hermeneutisk refleksjon kan man forstå delen ut av helheten og helheten ut fra delen og få en dypere ontologisk forståelse av helse- og lidelsesforholdet. Først da kan man si noe om kontakt med likeperson er en egnet omsorgsform fremfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Min mening er også at hermeneutisk tenkning bør anvendes i den utøvende tjenesten for å fremme helhetlig omsorg som ivaretar menneskets helhet i kropp, sjel og ånd.

Å anvende omsorgsvitenskapelig tenkning kreves styrket kompetanse om omsorgsvitenskapen blant helsepersonell. Det burde være politisk og administrativ vilje til å implementere omsorgsvitenskapen i helsetjenestene. For det første er handler det om den god og omsorgsfull helsetjeneste og for i tillegg i et samfunnsøkonomisk perspektiv tror jeg at det vil være besparende ved at helse fremmes, lidelse lindres, og at mennesket tar i bruk egne ressurser slik at selvstendighet fremmes. For at omsorgsvitenskapelig tenkning skal bli en felles plattform, må tenkningen forankres i ledelsen på øverste nivå i kommunen. Etter min mening kan kompetansen heves gjennom at omsorgsvitenskapen integreres i profesjonsutdannelsene for å få det presentert som et rent emne helt fra starten i yrkesutdannelsen, noe som kan kreve mulig utvidelse av for eksempel sykepleierutdanningen til fire år.

5.7 Forslag til videre forskning

Min studien har tatt utgangspunkt i tre informanters beskrivelser om veiledet selvhjelp etter å ha hatt kontakt med en likeperson over flere år. Det kunne vært interessent med en studie som beskriver opplevelse av helse til et menneske med spiseforstyrrelse i løpet av prosessen, og beskrivelser over hvordan veiledet selvhjelp oppleves under og etter kontakt med likeperson. Jeg tenker det ville vært interessant å prøve ut den ontologiske helsemodellen i praksis, og å få beskrivelser over hvordan likepersonens råd og veiledning etterfølges i hverdagen når lidelsen oppleves å komme tilbake. En kvantitativ studie der det forskes på effekten av veiledet selvhjelp kunne vært interessant ved å se på hvor mange mennesker som for eksempel klarer å komme tilbake til jobb og normalt liv etter spiseforstyrrelse. Det vil få frem et annet bilde av både den personlige gevinsten og den samfunnsøkonomiske betydningen av satsning på veiledet selvhjelp.

6.0 Avslutning

Å bli rammet av en spiseforstyrrelse kan være alvorlig og livstruende der helse hemmes og lidelse dominerer, og det kan kreve behandling i det profesjonelle helsevesenet spesielt i dårlige faser av sykdomsforløpet. En spiseforstyrrelse kan man bli frisk fra, eller det kan være en sykdom man må lære å leve med i større eller mindre grad i mange år, noen ganger livet ut. I et omsorgsvitenskapelig perspektiv, vil det å bli rammet av en spiseforstyrrelse være en livsavgjørende episode med lidelse der det vil være behov for eksistensiell bandasjering i form av medmenneskelig omsorg i akutt fase, og for noen på lang sikt for å fremme helse. Da trenger man den beste hjelpen for å klare å holde motet oppe, at man ikke gir opp, har tro på at innsatsen en gjør har en hensikt, og å ha noen der som har tro på at man kan klare det og som kan fremme håp for fremtiden. Det ble fremhevet av informantene at veiledet selvhjelp ikke er behandling, men at man i gode perioder gjennom veiledet selvhjelp kan bli styrket til å leve med sykdommen og ha helse på tross av spiseforstyrrelsen. Studien har vist at en likeperson som har samme erfaring, kan forstå hvordan et menneske med spiseforstyrrelse har det, og hva de går gjennom, og har dermed den beste forutsetningen for bidra til å fremme helse gjennom å være medaktør i lidelsens drama. En likeperson kan hjelpe et menneske med spiseforstyrrelse i prosessen mot å se mening med lidelsen og oppnå helbred eller forsoning med lidelsen. Menneskets helhet styrkes ved å fremme kroppslig, sjelelig og åndelig helse Gjennom at ethos blir synlig i møtet mellom mennesket med spiseforstyrrelse og likepersonen, og at menneskets verdighet blir ivaretatt gjennom det caritative omsorgsmøtet, kan en likeperson bidra til å fremme helse for et menneske med spiseforstyrrelse.

Litteraturliste

- Arbeids- og Sosialdepartementet. (2002). *Handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2002*. (Rundskriv U-3/2002). Oslo. Arbeids- og sosialdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/lover_regler/rundskriv/id1762/
- Alvsvåg, H. (2012). Kärleik. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s. 251-261). Studentlitteratur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdande*. Polen: Liber.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2012). DEF – Det existentiella Förbundet: Existentiellt omhändertagande efter katastrof. Liber.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. s. 186-197. Studentlitteratur.
- Asp, M. (2012). Vila. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s. 462-471). Studentlitteratur.
- Asp, M & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. s.65-75. Studentlitteratur.
- Benzein, E. (2012). Hopp. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. s. 239-248. Studentlitteratur.
- Clinton, D., Almlöf, L., Lindström, S., Manneberg, M. & Vestin, L. (2014). Drop-in access to Specialist services for eating disorders: A qualitative study of patient experiences. Routledge. DOI:10.1080/10640266.2013.797318.

Crowley, M.E.J., Olivardia, R., Schafer, K.J. & Warren, C. S. (2013). Treatment Providers With a Personal History of Eating Pathology: A Qualitative Examination of Common Experiences. *Routledge*. Taylor & Francis Group. DOI:10.1080/10640266.2013.797318

Dahlberg, K. og Segesten, K. (2013). *Hälsa og vårdande i teori og praxis*. Natur og Kultur.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning*. Gyldedahl Akademisk.

Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy*, 13, 236-243.

Eriksson, K. (Red). (1995). *Den mångdimensionella hälsan - verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Tano.

Eriksson, K (u.å.). Se människan! [Http://www.signaturstiftelsen.se](http://www.signaturstiftelsen.se).

Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som diciplin. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s.31-44). Studentlitteratur.

Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (Red.) (2003). Klinisk vårdvetenskap. I: K. Eriksson & U.Å. Lindström (Red.). *Gryning 2: Klinisk vårdvetenskap*. (1.utg s. 3-20). Vasa: Åbo Akademi.

Fagerstrøm, L. (2012). Livskraft og livshållning. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik* (s. 391-404). Studentlitteratur.

Fosshagen, K. (2014, 17.11). *I store norske leksikon*. Hentet 14.05.2017 fra <https://snl.no/ontologi>.

Gadamer, H.K. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Cappelen.

Gustafsson, L.K. (2012). Försoning. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och*

- i teori och praktik.* (s. 473-484). Studentlitteratur.
- Gustin, L.W. (2011). Att balansera mellan verdighet og skam. I: L.G. Wiklund (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 143-156). Studentlitteratur.
- Gustin, L.W & Bergbom, I. (2012). Innledning. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik.*(s. 25-29). Studentlitteratur.
- Fox, A.P. & Leung, N (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa – A preliminary investigation. School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK.
- Hasle, B. & Risstubben, E. (2007). Selvhjelp for pårørende. Et forprosjekt fra landsforeningen for pårørende innen psykiatri. Høgskulen i Volda.
- Helseforskningsloven, (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018. (Brosjyre).*Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdirektoratet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsarbeidet.* Oslo: Helse- og omsorgsdirektoratet.
- Helsedirektoratet (03/2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* Veileder. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hertz, P., Addad, M. & Ronel, N. (2012). Attachment styles and changes among women members of overeaters anonymous who have recovered from binge-eating disorder. *Health & Social Work.*

- Holm A.L. (2014). Hermeneutiskea möjligheter i psykiatrisk vårdpraxis. I E. Lassenius & E. Severinsen (Red), *Hermeneutikk i vårdpraxis: Det nära det flyktiga, det dolda*. s. 135-148.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kärki, F.U. & Weisæth, L. (Red.). (2014). [*Fra sjokk til mestring: Norges respons på et nasjonalt traume*](#). Oslo: Gyldendal akademisk. (sidetall)
- Koslander, T. (2011). Andliga behov – en väg till personlig mening och hälsa. I: L.G. Wiklund (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 124-141). Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. Utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lassenius, E. (2014). En bro til en annen – forståelse i vårdande praxis. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.). *Hermeneutikk i vårdpraksis: Det nära, det flyktiga, det dolda*. Gleerups.
- Lassenius, O. (2010). Den sårbara kroppen - fysisk aktivitet och undandragande. I: L.G. Wiklund (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 143-156). Studentlitteratur.
- Lindwall, L. (2012). Kroppen. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och i teori och praktik*. (s. 130-140). Studentlitteratur.
- Løgstrup, K.E. (2012). *Den etiske fordring*. Løgstrup biblioteket. KLIM.
- Malm, M. (2012). Själen. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s. 143-153). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. 3. Utgave. Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2012). Etikk i sykepleien – mellom spontanitet og ettertanke. I K. Tellus, & M. Pahuus. (red.), *Praksisformenes etik – bidrag til anvendt etik.* (utg., s. 259-279). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Martinsen, K (2012b). *Løgstrup og sykepleien.* Akribe.
- Mc Cormack, B. (2010). Individuals with eating disorder and the use of online support groups as a form of social support. *CIN: Computer, Informatics, Nursing.* (January/February) 2010, 12-19.
- Napha - Nasjonalt kompetansesenter for kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (u.å.) https://www.napha.no/veiledet_selvhjelp_film/
- Näsman, Y. (2012). Dygd – ett vårdetiskt grundbegrep. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik.* (s. 215-226). Studentlitteratur.
- Näsman, Y., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik - vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande og handlande. *Vård i Norden*, 28(2), 50-52.
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet: Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg: Når horisonter møtes.* Cappelen akademisk forlag.
- Parkins, S.S.J., Murphy, R.R.M., Schmidt, U.U.S., William, C. (2006). *Self-helps and guided self help for eating disorders. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library, Issue.* DOI:10.1002/14651858.CD004191pub2.
- Rehnsfeldt, A. (2010). Livsforståelse som utgangspunkt för pasientens perspektiv. I: L.G. Wiklund (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 88-101). Studentlitteratur.
- ROS. Rådgivning om spiseforstyrrelser. (u.å.) <http://www.nettros.no>
- Rosengren, A.I., (2012). Tro. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik.* (s. 230-235). Studentlitteratur.

- Rykkje, L. (2014). Betydningen av kjærlighet og makt i omsorgsrelasjoner beslyst ved teologen og filosofen Paul Tillich. H. Alvsvåg m.fl. (Red), *Rom for omsorg?* (s. 111-122). Fagbokforlaget.
- Råholm, M.B. (2014). Abduksjon, en form av hermeneutisk forståelse. Lassenius, E. & Severinsson (red). *Hermeneutikk i vårdpraksis: Det næra, det flyktiga, det dolda*. Gleerups.
- Seebohm, P., Chaudhary, S., Boyce, M., Elkan, R., Avis, M. & Munn-Giddings, C., (2013) The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. *Health & Social. Care in the community*, 21(4), 391-401. 11p. DOI:10.1111/hsc.12021.
- Sivonen, K. (2012). Anden. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s.157-168). Studentlitteratur.
- Skorpen, F., Thorsen, A.A., Forsberg, C. & Rehnsfeldt, A. (2015). Views concerning patient dignity among relatives to patients experiencing psychosis. *Scand J Caring Sci*; doi: 10.1111/scs.12229.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Sjåfjell, T.L. & Myhra, A.B., (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid – mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 140-8.
- St.mld. nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thorkildsen, K., Eriksson, K. & Råholm, M-B. (2014). The core of love when caring for patient suffering from addiction. *Scand J Caring Sci*; doi: 10.1111/scs. 12171.
- Thornquist, E. (2015). Vitenskapsfilosofi og metode.: For helsefag. Fagbokforlaget.
- Torgersen, Leila (u.å). <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser/>

Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. I L.W. Gustin & I. Bergbom. (Red.), *Begrepp i teori och praktik*. (s. 199-214). Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm. Natur och kultur.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervjuguide

Tema: ROS (råd om spiseforstyrrelse) / brukerorganisasjon:

Hvordan kom du i kontakt med ROS?

Hvilken hjelp får du fra ROS?

Tema: Helse:

Hvordan vil du beskrive hva som er god helse for deg?

Hva vil du si bidrar til å styrke din helse og hva bidrar til at din opplevelse av helse hemmes?

Tema: Veiledet selvhjelp:

Hvordan opplever du at veiledet selvhjelp er til hjelp for deg?

På hvilken måte tenker du at erfaringskompetanse kan bidra til å styrke din helse?

Hvordan tenker du at erfaringskompetanse ikke kan hjelpe?

Hvilke egenskaper hos en likeperson setter du mest pris på?

Hva ønsker du at veiledet selvhjelp skal føre til?

Hvilken betydning har kontakt og fellesskap med andre medlemmer i ROS for deg?

Oppfølgingsspørsmål

Dette var interessant, kan du forteller mer om det?

Kan du utdype det litt mer?

Vedlegg 2 – Henvendelse til brukerorganisasjon

Torunn Ellingsen

Valdemar Skoglandsgt. 20

5532 Haugesund,

Telefon 93006675, mail: tor.ell@online.no

xxx

xxx

E-post: xxx@xxxx.no

Henvendelse til xxx om rekruttering av informanter til forskningsstudie

Mitt navn er Torunn Ellingsen, og jeg er mastergradstudent i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved høyskolen Stord/Haugesund. Jeg er sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og arbeider til daglig med saksbehandling i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Nå er jeg i startfasen av en forskningsstudie knyttet til masteroppgaven. Studien omhandler temaet selvhjelpsarbeid. Hensikten med studien er økt kunnskap og oppmerksomhet om selvhjelp og hvordan brukerorganisasjoner gjennom å tilby veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse for personer med spiseforstyrrelse. Det er samtidig mitt ønske med denne studien å belyse brukerorganisasjoners rolle og bidrag til helhetlige helsetjenester.

Med dette brevet tillater jeg meg å henvende meg til dere i xxx for å be om hjelp til å komme i kontakt med 3-4 av deres medlemmer som jeg ønsker å invitere til å delta som informanter i forskningsstudien. Deltakelse innebærer å delta på en individuell samtale/intervju med meg. Intervjuene vil foregå som en vanlig samtale, men jeg trenger å bruke båndopptaker slik at jeg får alle opplysningene med.

Å være informant er frivillig og skal ikke være forbundet med ulemper. Masteroppgaven følger de nasjonale forskningsetiske retningslinjer. Opplysningene som informantene gir er taushetsbelagte, og alle data blir anonymisert og oppbevart utilgjengelig for andre. Alle opplysninger vil bli slettet etter at resultatet foreligger og analysen er ferdig. Det er bare meg og min veileder som har tilgang til data. Data som blir presentert i selve masteroppgaven blir

fremstilt på en måte som gjør at man ikke kan spore opplysningene tilbake til den enkelte informant. De som er interessert i å stille som informant vil få tilsendt mer utfyllende informasjon om dette.

Prosjektet er godkjent hos NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), prosjektnummer. 48540

Men denne henvendelsen ber jeg dere i xxx om å overbringe noen av deres medlemmer et informasjonsbrev om studien og samtykkeerklæring. Informanter som er villige til å delta i studien bes ta kontakt med meg på telefon 93 00 66 75.

Haugesund 16.01.17

Mvh

Torunn Ellingsen

Vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Til medlemmer i xxx

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om veiledet selvhjelp

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Torunn Ellingsen, jeg er mastergradsstudent ved Høyskolen Stord/Haugesund der jeg studerer Klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og arbeider til daglig som saksbehandler i Karmøy kommune. Med dette brevet inviteres du til å delta i et forskningsprosjekt der hensikten er å undersøke hvordan veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse hos personer med spiseforstyrrelse. Målet med studien er å få større forståelse for selvhjelp og hvordan veiledet selvhjelp kan bidra til å fremme helse for personer med spiseforstyrrelse sett fra et brukerperspektiv.

Som psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten møter jeg mennesker med spiseforstyrrelse som har helseplager som medfører behov for tjenester og behandling på både kommunal- og spesialisthelsetjenestenivå der ulike tiltak overlapper og avløser hverandre. Oppfordringen fra min arbeidsgiver og politikere i kommunen er å motivere brukere til å benytte brukerorganisasjoners tjenester i større grad. Målet er at brukerorganisasjoner skal bidra til mer helhetlige helsetjenester. Jeg tenker at det er viktig å få mer kunnskap og forståelse for hva brukerne selv mener og tenker om det.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Mitt ønske er å komme i kontakt med deg som har eller har hatt spiseforstyrrelse, og som har erfaring med å ha kontakt med likemenn og å delta i veiledet selvhjelp i regi av brukerorganisasjon. Totalt ønsker jeg å komme i kontakt med 3-4 personer. Deltakelse i studien innebærer et intervju omkring din erfaring med veiledet selvhjelp, og hva det har hatt å si for din opplevelse av helse. Det er derfor et ønske å treffe deg personlig i for eksempel xxx sine lokaler eller et annet lokale som er egnet som vi blir enige om. Intervjuet vil foregå som en samtale og kan ta ca. 1-1,5 time. Jeg vil ha med en temaguide med spørsmål knyttet til det aktuelle temaet. I samtalen trenger jeg også å benytte en lydopptaker slik at jeg får med meg alle opplysningene. Du spørres samtidig om samtykke til å delta i et eventuelt oppfølgingssamtale dersom det skulle vise seg nødvendig ved gjennomgang og analyse av informasjonen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene du gir vil i masteroppgaven være bearbeidet slik at de ikke kan tilbakeføres til deg som enkeltperson. Ingen deltaker vil kunne gjenkjennes i publikasjon da alle persondata vil bli anonymisert. Mens jeg arbeider med oppgaven vil opplysningene kun være tilgjengelige for meg som forsker og min veileder ved høyskolen Stord/Haugesund. Personopplysningene blir lagret atskilt fra lydopptaket og det skriftlige materialet. Alle papirer vil bli oppbevart innelåst i et låsbart skap som kun jeg har tilgang til. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av 2017. Etter at prosjektet er avsluttet vil alle personopplysninger, opptak og det transkriberte intervjuet bli slettet. Selve masteroppgaven med anonymiserte personopplysninger vil kunne bli publisert eller omskrevet til artikkel som i ettertid kan bli publisert.

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 slettet. Ønsker du å delta, eller har du spørsmål til studien, tar du kontakt med Torunn Ellingsen på telefon 93006675 eller mail tor.ell@online.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, og er godkjent av NSD - Norsk senter for forskningsdata, prosjektnr. 48540.

Haugesund 16.01.17

Vennlig hilsen

Torunn Ellingsen
Masterstudent ved
Høyskolen Stord/Haugesund
Telefon 93006675
Tor.ell@online.no

Kari Marie Thorkildsen
Veileder/prosjektleder/

Høyskolen Stord/Haugesund
kari.thorkildsen@hsh.no
Telefon 95920749.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 – Henvendelse til brukerorganisasjon 2

Torunn Ellingsen
Valdemar Skoglandsgt. 20
5532 Haugesund,
Telefon 93006675, mail: tor.ell@online.no

xxx

XXX

xxx

E-post: xxx@xxx.no

Henvendelse til xxxx om informanter til forskningsstudie

Mitt navn er Torunn Ellingsen, jeg er mastergradstudent i Klinisk helse- og omsorgsvitenskap ved høyskolen Stord/Haugesund. Som psykiatrisk sykepleier og saksbehandler arbeider jeg til daglig ved bestillerkontor i kommunehelsetjenesten. Nå er jeg i startfasen av en forskningsstudie knyttet til masteroppgaven.

Hensikten med studien er å undersøke hvordan deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til å fremme helse for kvinner med spiseforstyrrelser. Mitt ønske med denne studien er å bidra til økt kunnskap og oppmerksomhet om selvhjelpsgruppers betydning for kvinner med spiseforstyrrelse.

Med dette brevet tillater jeg meg å henvende meg til dere i xxx for å be om hjelp til å komme i kontakt med 3-4 av deres medlemmer som jeg ønsker å invitere til å delta i forskningsstudien som informanter. Gjennom å delta i studien kan deres medlemmer bidra til mer kunnskap om helsefremmende arbeid for kvinner med spiseforstyrrelse.

Deltakelse innebærer å delta i en individuell samtale/intervju med meg som masterstudent/psykiatrisk sykepleier. Intervjuene vil foregå som en vanlig samtale, men jeg trenger å bruke båndopptaker slik at jeg får alle opplysningene med. For at det skal være mest mulig praktisk i forhold til reisevei, ønsker jeg fortrinnsvis å komme i kontakt med medlemmer som bor Oslo området og som er knyttet til Oslo/Akershus lokallag. Det vil være til stor hjelp dersom dere har et egnet lokale som jeg kan låne i forbindelse med intervjuene.

Deltakelse som informant er frivillig, og skal ikke være forbundet med ulemper.

Masteroppgaven følger de nasjonale forskningsetiske retningslinjer. Opplysningene som informantene gir er taushetsbelagte, og alle data blir anonymisert og oppbevart utilgjengelig for andre, og de vil bli slettet etter at resultatet foreligger og analysen er ferdig. Det er bare meg og min veileder som har tilgang til data. Data som blir presentert i selve masteroppgaven blir fremstilt på en måte som gjør at man ikke kan spore opplysningene tilbake til den enkelte informant. De som er interessert i å stille til intervju, vil få tilsendt mer utfyllende informasjon om dette.

Prosjektet er godkjent hos NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), prosjektnummer. 48540

Denne henvendelsen innebærer et spørsmål til kontaktpersoner i xxx om å overbringe et informasjonsbrev om studien og samtykkeerklæring til noen av deres medlemmer.

Informanter som er villige til å delta i studien bes ta kontakt med meg på telefon 93 00 66 75.

Det hadde vært fint om jeg fikk en tilbakemelding fra dere i xxx på denne henvendelsen innen 25.10.16.

Haugesund 21.10.16

Mvh

Torunn Ellingsen

Vedlegg 5 og vedlegg 6 – svar fra NSD og søknad til NSD



Kari Marie Thorkildsen
Avdeling for helsefag Høgskolen Stord/Haugesund
Postboks 1064
5407 STORD

Vår dato: 20.06.2016

Vår ref: 48540 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48540	<i>Selvhjelp- og likemannsarbeid i helhetlige helsetjenester. En kvalitativ studie om kvinner med spiseforstyrrelse og deres opplevelse av brukerorganisasjoners betydning for verdige, helhetlige helsetjenester.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen Stord/Haugesund, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Marie Thorkildsen</i>
<i>Student</i>	<i>Torunn Ellingsen</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, 11.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

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

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Torunn Ellingsen Tor.ell@online.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Formålet med studien er å oppnå mer kunnskap og styrket forståelse om deltakelse i selvhjelpsgrupper og/eller kontakt med likemenn for kvinner med spiseforstyrrelse og hvordan likemannsarbeid kan bli benyttet på mest mulig hensiktsmessig måte som supplement til eller erstatning for behandling. Fokus blir å belyse temaet ut fra Klinisk helse- og omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Problemstilling: Hvordan kan kontakt med likemenn og deltakelse i selvhjelpsgruppe bidra til å fremme helse for kvinner med spiseforstyrrelse? Brukerens perspektiv belyses med sykepleiefaglig vinkling.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Det er imidlertid lagt opp til at alle som samtykker til deltakelse sender inn sitt skriftlige samtykke til studenten. Da det kun skal avtales intervju med 3-4 personer vil det være mer hensiktsmessig å be de som ønsker å delta om å ta kontakt med student per telefon. Det vil være en personvernulempe forbundet med å sende et samtykke til deltakelse i posten for så å kanskje ikke bli innlemmet. Det virker mer hensiktsmessig om interesserte tar kontakt og så får en umiddelbar avklaring av om behovet for informanter er dekket og samtykkeerklæring ikke er nødvendig å sende inn.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2, punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen Stord/Haugesund sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 11.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å: - slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) - slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Prosjektnr: 48540

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei ●	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte) via IP-/e-post adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Selvhjelp- og likemannsarbeid i helhetlige helsejenester. En kvalitativ studie om kvinner med spiseforstyrrelse og deres opplevelse av brukerorganisasjoners betydning for verdige, helhetlige helsejenester.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen Stord/Haugesund	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helsefag	
Institutt	Stuedsted Stord	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Torunn	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kanbiveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Ellingsen	
Stilling	Saksbehandler	
Telefon	9300675	
Mobil		
E-post	Tor.ell@online.no	
Alternativ e-post	Tor.ell@online.no	
Arbeidssted	Karmøy kommune	
Adresse (arb.)	Stangalandsgt 9	
Postnr./sted (arb.sted)	4250 Kopervik	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Torunn	
Etternavn	Ellingsen	
Telefon	93006675	
Mobil		
E-post	tor.ell@online.no	
Alternativ e-post	tor.ell@online.no	
Privatadresse	Valdemar skoglandsgt 20	
Postnr./sted (privatadr.)	5532 Haugesund	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> • Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Formålet med studien er å oppnå mer kunnskap og styrket forståelse om deltakelse i selvhjelpsgrupper og/eller kontakt med likemenn for kvinner med spiseforstyrrelse og hvordan likemannsarbeid kan bli benyttet på mest mulig hensiktsmessig måte som supplement til eller erstatning for behandling. Fokus blir å belyse temaet ut fra Klinisk helse- og omsorgsvitenskapelig perspektiv.</p> <p>Problemstilling: Hvordan kan kontakt med likemenn og deltakelse i selvhjelpsgruppe bidra til å fremme helse for kvinner med spiseforstyrrelse? Brukerens perspektiv belyses med sykepleiefaglig vinkling.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input checked="" type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	
Beskriv utvalg/deltakere	3-4 kvinner over 18 år som har eller har hatt spiseforstyrrelse og som har kontakt med Interesseorganisasjon for kvinner med spiseforstyrrelse (IKS) og som har deltatt i selvhjelpsgruppe og har hatt kontakt med likemenn. Eksklusjonskriterier er barn, alvorlig psykisk sykdom og deltakere med kognitiv svikt.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	Kontaktpersoner i Oslo/Akershus lokallag blir kontaktet skriftlig med forespørsel om å informere IKS medlemmer om studien og at medlemmer i IKS inviteres til å delta som informanter. Av medlemmene som sier seg villige til å delta blir tilfeldige trukket ut.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk.
Førstegangskontakt	Det blir sendt skriftlig informasjon om studien til IKS medlemmer med samtykkeerklæring. De som sier seg villige til å delta i studien bes fylle ut og returnere samtykkeerklæring i frankert konvolutt som medfølger.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem. Les mer om dette på temasidene .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	3-4	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ● Nei ○	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier her . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Det vil bli benyttet lydopptaker under intervjuet som informanten er informert om på forhånd. Lydfilen slettes etter at prosjektet er ferdig.	
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer her . Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema. Last ned en veiledende mal her . NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.
Samtykker utvalget til deltakelse?	● Ja ○ Nei ○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert . Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.

10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	Personidentifiserte opplysninger skal ikke bli registrert sammen med det øvrige datamaterialet. Det vil bli oppbevart atskilt og innelåst. Informantens navn vil i adresselisten bli kodet som "informant 1, informant 2, osv" I mailadresser og på mobil vil telefonnummer og navn ikke kunne kobles da jeg vil lagre kode og ikke navn sammen med nummer. Mobil og mail må åpnes med kode og kun jeg har tilgang.	NBI Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter. Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon. NBI Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver. Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Lydopptak og mobile lagringsenheter vil bli oppbevart i innelåst skap på arbeidsplassen.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	03.01.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for avslutt	11.06.2017	Prosjektstutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.

Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslut?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Egenfinansiering	
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		

