



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Norsk: Kva hjelper? Betringsprosessar frå alvorlege psykiske vanskar

English: What helps? Improvment processes from severe mental difficulties

Rita Kvinge

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 7.september 2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bjørn Kjetil Larsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 6 september 2020

Antall ord: 11986

Psykiatriciens viktigste ressurs

er lydhørheten overfor det som «ikke passer inn»

-en smerte som kan gi de mest uventede uttrykk

(Wifstad 1997)

Innhold

1.0	Innleiing	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.1.1	Bakgrunn	1
1.1.2	Føremål med oppgåva	1
1.1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.1.4	Disposisjon/oppbygging av oppgåva	2
1.1.5	Vidare struktur i oppgåva.....	3
2.0	Metode.....	4
2.1	Litteraturstudie som metode	4
2.1.1	Kvalitativ metode og hermeneutisk tilnærming.....	4
2.1.2	Datasøkjingsprosessen, -baser, søkjeord og presentasjon av litteratur	5
2.1.3	Fagleg og personleg forforståing, - kva eg trur eg vil finne.....	6
2.1.4	Kjeldekritikk, validitet (gyldigheit) og reliabilitet (nøyaktigheit)	7
3.0	Teori	8
3.1	Teoretisk bakgrunn for tilnærming til problemstillinga	9
3.1.1	Salutogenese.....	9
3.1.2	Heilskapleg perspektiv	9
3.1.3	Kjernestoff litteratur.....	9
3.1.4	Relevant teori frå funn på databaser.....	10
3.1.5	Anna relevant litteratur som har påverka kunnskap og skriveprosessen.	10
3.1.6	Yrkesetiske retningslinjer.....	10
4.0	Funn, analyse og drøfting i forhold til problemstillinga.....	11
4.1	Frå litteraturen i Topor og Randby	12
4.1.1	Funn frå Topors primærkjelder i forhold til problemstillinga.....	12
4.1.2	Funn frå Randbys primærkjelder i forhold til problemstillinga.....	18
4.2	Ulike kjelder i forhold til problemstillinga.....	20
4.2.1	Psykiatriens evidensbare forskning.....	21
4.2.2	Diagnostisering	22
4.2.3	Opptappingsplan for psykisk helse	24
4.2.4	Standarisering av tenester i pakkeforløp.....	26
4.3	Kva hjelper i betringsprosessen?.....	28
4.3.1	Kva gjer du for å hjelpe deg sjølv?	28
4.3.2	Andre forhold som hjelper	28

4.3.3	Er tilfriskning avhengig av hjelp frå profesjonelle?.....	29
4.3.4	Åpen dialog bak lukkede dører	31
4.3.5	Recovery	33
5.0	Oppsummering og konklusjon.....	35
5.1	Oppsummering frå alle kjelder i forhold til problemstillinga	35
5.1.1	Oppsummering av hovudfunn frå Topors primærkjelder	35
5.1.2	Oppsummering av hovudfunn frå Randbys primærkjelder.....	36
5.1.3	Kva Topor skriv som hjelper i betringsprosessar.....	37
5.1.4	Strauss: Kva personar har erfart som hjelp frå venner og pårørande	37
5.1.5	Åpen dialog og betringsprosessar	37
5.1.6	Recovery	37
5.2	Konklusjon	37
5.2.1	Kva hjelper?	37
5.2.2	Oppnåing av formål med oppgåva?	38
5.2.3	Siste ord frå brukarorganisasjon	38
Litteratur	39

1.0 Innleiing

Dei fleste menneske som rammes av alvorlige psykiske problemer, kommer seg igjen, helt eller delvis. Det betyr ikke at de nødvendigvis blir kvitt alle sine symptomer, men at de tross alt lærer seg å håndtere dem og leve et akseptabelt liv. Når det gjelder muligheten for å bli bedre, råder det likevel en utbredt pessimisme blant leger, pleiepersonalet og blant dem som selv har psykiske problemer, til tross for at forskningsresultater motsier deres oppfatninger (Topor 2006).

1.1 Presentasjon av tema

Tilfriskning for personar med alvorleg psykiske vanskar

1.1.1 Bakgrunn

Under siste studieåret av vernepleieutdanninga i Molde, kasta eg ein dag eit tilfeldig blick på ei lita bok som fanga mi interesse. Tittelen var «Vendepunkter» av forfattar Alain Topor, med innhald om «jeget» som sentralt i tilfriskninga for personar med alvorlege psykiske vanskar. Boka gav meg ny vinkling ikring betringsprosessar. Kvantitativ forskning og undervisning om korleis psykiatrien med diagnostisering og medisinerung kan hjelpe den einskilde pasient med betring av symptom, er vesentleg å kjenne til i tenesteytinga. Ein anna kompetanse og kunnskapsbasert praksis som veks fram er Recovery, som i likskap med empowerment tankegangen, har myndiggjering og gjenvinning av kontroll over eige liv, som sentrale element i betringsprosessen (Karlsson og Borg 2017:12). Her vil ein få fram personar sine eigenerfaringar og kunnskap, som ressurs til betre tenesteyting. Nysgjerrigheit på den sjølvverfarte vinklinga, gjorde at eg ville utforske dette vidare.

1.1.2 Føremål med oppgåva

I mi framtidige yrkesutøving vil eg møte tenestemottakarar med psykiske og psykiatriske utfordringar og prosessar. Intensjonen min er å få auka innsikt og kunnskap om faktorar som er vesentlege for at personar med psykiske lidingar skal få betre tilrettelegging for eigen prosess og erfarer tilfriskning, likeverd og respekt. Å få presentert brukarerfaringar,

ser eg derfor som vesentleg verkemiddel, og dette ser òg ut til å kunne samsvare med regjeringa sitt satsingsområde for psykisk helse.

Regjeringa sitt folkehelsearbeid inkluderer styrking av psykisk helse, som ei oppfylging av Folkehelsemeldinga (2018-2019):

Mange kommuner rapporterer at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at de mangler kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk..
..Program for folkehelsearbeid (2017-2026) skal bidra til at gode tiltak og verktøy utarbeides og evalueres (Helse og omsorgsdepartementet 2019).

Ei kompetanseheving på området, kan gi mi og eventuelt andre si tenesteyting, meir presis og fruktbar ivaretaking og utvikling for personar, ressursar, individ og samfunn. Dette kan skje gjennom mellom anna å kritisk vurdere helse- og sosialpolitiske mål og verkemidlar, og drøfte korleis struktur, kultur og makt i organisasjonar kan påverke yrkesutøving og tenestetilbod, slik det står i Emneplan for vernepleie 3 året (Høgskolen i Molde 2019).

1.1.3 Presentasjon av problemstilling

Studiet har hovudfokus på ressursar og erfaringar til betring og tilfriskning frå alvorleg psykiske vanskar, som gir fylgjande problemstilling:

1.1.3.1 Kva hjelper? Betringsprosessar frå alvorlege psykiske vanskar

1.1.3.2 What helps? Improvement processes from severe mental difficulties

1.1.4 Disposisjon/oppbygging av oppgåva

1.1.4.1 Omgrepsavklaringar.

I og med at oppgåva er basert på å få fram erfaringar, er diagnosesystema underordna, og ikkje inkludert her, men likevel diskutert seinare i oppgåva.

Ordet *psykisk* kjem frå det greske psykhe-sjel, og er eit uttrykk for det sjelelege eller sinnsmessige (Snoek og Engedal 2017).

Psykiske lidingar er eit samleomgrep for tilstandar som gjev forstyrringar i kjensler, tankegang og /eller veremåte (Lorentzen 2008).

Omgrepet *vanskar* er mindre omfattande og kronisk enn lidingar, men gjeld same områda.

Vanskar er her nytta i meininga at det er overkommeleg å gjere noko for å redusere dei.

Ordet *alvorleg* kan i fylgje Universitetet i Bergen og Språkrådet (2020) tyde graverande stor, farleg, som kan få store negative konsekvensar.

Alvorleg psykiske vanskar er i denne samanheng nytta i tydinga med fare for liv og helse.

Omgrepet *personar*, er mest nytta her i teksten på målgruppa, dei som erfarer dei alvorlege psykiske vanskane.

Omgrepet *betring*, forklarar Topor som ein prosess i individet. Ved *total betring* viser individet ingen symptom på tidlegare diagnose. Behandling eller støtteapparat er ikkje lenger inkludert, og vedkommande lever vanleg sosialt liv. Ved *sosial betring* finst symptom, men som ikkje er til hindring, og individet har eit vanleg sosialt liv (2006: 20fs).

I oppgåva vert betring nytta som omgrep på ein tilstand over tid, der person opplever å ha mindre belastningar og auka livskvalitet, i forhold til i tidlegare periodar og erfaringar.

Førenamn med markert **feit skrift** i teksten, er primærkjelder til forfatarane. Dette er personar som har uttalt seg om sine erfaringar med utfordringar, vanskar og betring.

1.1.5 Vidare struktur i oppgåva.

I kapittel to blir metoden for tilnærming i oppgåva presentert. Kapittel tre vektlegg teoretisk innpakking av vinkling i oppgåva. Kapittel fire er hovudkapittelet som gjennomgår funn, analyse, og drøfting av problemstilling oppimot litteraturfunna, studie, forskning, offentlege utgreiingar, brukarorganisasjonar og andre. Kapittel fem summerer og konkluderer.

2.0 Metode

Her kjem informasjon om litteraturstudie som metode, med kvalitativ hermeneutisk tilnærming, datasøkjingsprosess, forforståing, kjeldekritikk, om validitet og reliabilitet.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie vil sei systematisk gjennomgang av litteratur rundt valt problemstilling (Dalland 2007) Her forteljust kvifor ein bestemt litteratur er utvalt og korleis utvalet er gjort (Dalland 1997: 135)

Dette litteraturstudiet inneber presentasjon av funn frå nokre forfattarar sin innsamling av brukarorientert empiri og forskingsdata, samt analyse, drøfting med oppsummering og konklusjon på om funna svarar på problemstillinga, om kva personar har erfart hjelper i deira tilfriskning.

Litteraturstudiet er basert på empirisk kunnskap som gir sekundærdata og innsikt som eg med andre metodar ville ha utfordringar med å kunne tileigne meg og fordjupe meg i, både utifrå tidsperspektiv, geografi og tilgang.

Forfattarane i kjernestoffet, Topor (2006) og Randby (2010) har begge varsam og tolkande tilnærming i sine presentasjonar. Innleiingsvis omtalar professor i sosialpsykiatri, Andersen fylgjande i Topors bok (2006:10): «Det er viktig å unngå statiske beskrivelser av det menneskelige, som ikke er statisk. Og denne bokens beskrivelser er ikke eksakte når fenomenene som beskrives, ikke er eksakte».

2.1.1 Kvalitativ metode og hermeneutisk tilnærming

Kvalitativ metode gir heilskaplege skildringar av sosiale fenomen, der kvalitet vurderast viktigare enn mengda, med skildringar av individ sine oppfatningar, tankar, kjensler, haldningar, meiningar, opplevingar, intensjonar og verdiar (Garsjø 2006:140).

Kvalitativ metode omhandlar å karakterisere, og viser til eigenskapar eller karaktertrekk ved fenomen, skriv Aadland (2011:206fs) og refererer til Repstad (1993). «I kvalitative undersøkinger bør forsker være åpen, fleksibel og maksimalt nysgjerrig etter å registrere respondentenes egne synsvinkler, motiver og meninger».

Den hermeneutiske vitskapsteoretiske retninga, òg kalla humaniora og åndsvitskap, omhandlar menneske som kultur, med meining, og verdiladde fenomen, heilheit, del og

samanheng (Garsjø 2006: 128). Forskaren vil forsøkje å utdjupe eller utvide forståing eller tolking av ei handling eller eit fenomen ved å knyte det til ei hensikt (137). Ein vesentleg del av det forskaren interesserer seg for, er individets opplevingar av situasjonar (141).

Med slik tilnærming, stiller ein forholdsvis open til kva ein vil finne, lære og presentere, men likevel avgrense tema, til problemstillinga.

2.1.2 Datasøkingprosessen, -baser, søkjeord og presentasjon av litteratur

I søking etter relevant data vurderast litteratur, forskning, offentlege utgreiingar, lovdata og relevant pensum i forhold til problemstillinga.

Utgangspunktet for oppgåva var funn av ei bok på høgskolen sitt bibliotek av Topor om vendepunkt der han skriv om utvikling av «Jeget» og «Selvet». Deretter vart det leita i Høgskolens databasar og viste fleire bøker av Topor og medforfattar Borg. Vidare vart det leita etter litteratur, av andre forfattarar og med søkeorda: *Selvet, utvikle Jeget, psykiske prosessar, psykiske utfordringar, psykiske vanskar, psykisk betring, psykisk tilfriskning, betringsprosessar.*

Engelsk litteratur og fagstoff om «Jeget» og «Selvet». «The Self», vart funnen, men det såg vanskelegare tilgjengeleg ut med engelsk avansert fagterminologi. Torpor sine bøker var meir tilgjengeleg på svensk, norsk og dansk, og det sentrale var å finne litteratur som fekk fram personar sine erfaringar med betring.

Bibliotekar vart tinga, temaval og litteratur diskutert med vedkommande, samt rettleiing i forhold til temaval. Konkluderte vart at det ville vere utfordrande å finne nok tilgjengeleg litteratur om «Jeget/Selvet», på dette studienivået. Dette medførte at tema vart utvida til meir generelt om erfart betring. To litterære bøker vart kjernestoff i studiet.

Vidare gjennom Oria søkeportal, og Bibsys med søkeord *alvorlige psykiske vansker*, (skrivne på bokmål i forsøk på å finne meir litteratur), kom det opp ei relevant mastergradstudent si avhandling i forhold til personar sine erfaringar med helsefremming, som kan vere synonymt med tilfriskning/betring. Masterstudiet låg på NORA- Norwegian Open Research Archives, med BRAGE som søkemotor.

Ei anna masteroppgåve med kritisk haldning til manglande involvering av pasientar og pårørande i behandlingssopplegg, og til standarisering av helsetenester og pakkeforløp. Kjelda her var BRAGE, Vitenarkivet, Universitetet i Oslo, som òg låg under

kunnskapsbasen NORA. Masteroppgåva peika på moglege årsaker og manglar i behandlingssopplegg og tilrettelegging for personar med psykiske vanskar eller lidingar. I det siste funnet eg tok med får deltakarane erfare auka medbestemming i eiga behandling. Forskingsartikkelen viser verkemiddel og resultat, og vart funnen på Open Digital Archive, frå forskingsartikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

2.1.2.1 Avgrensingar

Eg søkte i utgangspunktet etter informasjon om re/etablering av «Jeget» som sentralt i tilfriskning etter alvorleg psykiske vanskar. Etter rådgiving frå bibliotekar og eigen konklusjon, landa eg på å utvide til søk med breiare nedslagsfelt. Engelsk litteratur og fagstoff blir det og for tidskrevjande å skulle arbeide med, sjølv om det ville vore interessant.

Som del av vernepleiarutdanninga medfører studiet avgrensing i tidsperspektiv. Å tileigne meg primærdata ved til dømes å produsere eigne intervju av representantar for brukarorganisasjonar, vert då for omfattande. Eg må og avgrense overkommeleg mengde og tilgjengeleg litteratur, oppimot det eg opplever kan dekke problemstillinga, sett i forhold til tidsavgrensingar i utdanninga. I litteraturstudie skal ein avgrense fokuset ikring valt problemstilling.

Mange personar med psykiske vanskar har òg rusproblematikk, og sjølv om rus blir omtalt, så er det ikkje noko stort tema i dette studiet.

2.1.3 Fagleg og personleg forforståing, - kva eg trur eg vil finne.

Kristin Bie skriv at forforståing er «forutinntatthet eller grunnantakelser», som kan vere både positive og negative (2013:62).

Vi brukar vår forforståing når vi tolkar ein situasjon eller hending. Slik får vi ei ny forforståing, som vi igjen brukar i nye situasjonar, og dette vert kalla hermeneutisk sirkel (Brotkorb, Norvoll og Rugkåsa (2001:37)

Fagleg innsikt og personleg kompetanse skaper ei forforståing om at relasjonell støtte og trygghet er særskilt vesentleg for personar med psykiske vanskar, og å få oppfylging og respons, kan utvikle eit helsefremjande «jeg» over tid.

Elles forventning av at trygghet, rammer, kommunikasjon, brukarmedverknad, og haldningar prega av likeverd og respekt, vil truleg vere vesentleg for mange i tilfriskningsprosess, med relasjonsutvikling som basis og vesentleg felleskomponent.

2.1.4 Kjeldekritikk, validitet (gyldigheit) og reliabilitet (nøyaktigheit)

«Validitet vil si at man tilstreber å fange opp de mest gyldige og relevante dataene for den problemstilling man forsker på» (Garsjø 2006: 123).

Innhaldet i valt litteratur og andre kjelder er relevant for problemstillinga, fordi dei hovudsakleg vektlegg brukarperspektiv og tenestemottakarar sine erfaringar med faktorar som har ført til tilfriskning.

Reliabiliteten eller pålitelegheit i kvalitativ forskning er knytt til vurdering av i kva grad forskingsresultat er utført på en truverdig måte.

Reliabilitet står for grad av å vere nøyaktig, påliteleg, og stabil i målingane, for å unngå tolkingsproblem og misforståingar, når det gjeld innsamling og etterfylgjande handsaming av data (Garsjø 2006: 123fs).

Innhaldet i studiet blir sekundærdata/litteratur, og utvalt data vil vere prega av forfattarane sine faglege perspektiv, hovudbodskap og intensjon i sine litterære verk. Eit humanistisk og samfunnskritisk syn pregar formuleringar og vinklingar, slik Topor (2006) gjennomgåande verkar kritisk til samfunnsakseptert haldning der psykiater historisk sett, har hatt mykje makt og autoritet. Som psykolog, og med skepsis til eigen profesjon og /eller psykiatriens forskning i kva som hjelper, får vi sjå Topor presenterer eiga forskning frå sine primærkjelder, og i tillegg støttar seg til psykiater Johan Strauss og andre internasjonale forskarar.

Litteraturforfattarar kan òg ha gjort strategiske utval, slik Dalland omtalar dette, der ein velje ut informantar som ein trur har noko å fortelje om det fenomenet ein er ute etter, i motsetnad til systematisk utval, som er norm i empirisk forskning (1997: 22).

Strategisk utval kan ha influert svara, men i datamaterialet elles kjem det og fram at det er både samanfallande, variasjonar og breidde i svara som er formulert av involverte informantar. Ulike forskingskjelder er i tillegg integrert i bøkene til Topor (2004:188fs) og Randby (2010:135fs), og i dei andre datakjeldene.

Framstillinga i oppgåva blir farga av forfattarane sine framstillingar og deira kjeder. Verifisering validerast likevel gjennom grundig dokumentering av forfattarane sine kjelder. Begge forfattarane nyttar ei lite påståeleg haldning, men viser heller ei meir forsiktig presentasjon av korleis innhald kan vere, i motsetnad til tradisjonell psykiatri si framstilling av kunnskap som absolutte sannheiter, utifrå positivistisk og kvantitativ tilnærming. I fylgje slik Garsjø (2006: 128fs) skildrar ulikskapen mellom hermeneutiske og naturvitskapsteoretiske retningar og tilnærmingar, kan dette vere eit eksempel. Ei bevisst varsam etisk haldning viser i fylgje psykiater Andersen eit alternativt kunnskapsfilosofisk standpunkt, står det innleiingvis i Topor (2006: 9).

Oppgåva er ikkje bevisst direkte samfunnskritisk, men kan ha element av dette når det blir vist til den tradisjonelle psykiatriens rolle oppimot den empiri som problemstillinga løfter fram.

Garsjø skriv at mange sosiologar meiner det ikkje nødvendigvis er eit forskingsideal med objektiv og nøytral framstilling, når betring av kritikkverdige samfunnsforhold og forsvar av demokrati er nødvendig, mot krefter som kan undergrave det (2006: 125). Subjektivitet er i hermeneutikken anerkjent og innarbeida, gjennom å inkludere forforståing i analyseprosessen, men openheit og nøytralitet vert likevel tilstreva, fortset Garsjø (126).

3.0 Teori

Dette kapitlet presenterer teoriar og modellar som er bakgrunn og relevante for problemstillinga, samt presentasjon av etablert kunnskap på området, og klargjering av valt innfallsvinkel for tilnærming i oppgåva.

3.1 Teoretisk bakgrunn for tilnærming til problemstillinga

3.1.1 Salutogenese

Dette er ein teori med humanistisk menneskesyn om menneske sin aktive evne til tilpassing for å fremma individ si gode helse, aukar meistring og velvære.

Allereie eller først i 1979, alt etter korleis ein ser det, utarbeida Aron Antonovsky kartleggingsverktøy for individets tilnærming til livet, om oppleving av samanheng mellom det begripelege, handterbare og meningsfulle. Sjølv om teorien vert sett på som ein reaksjon på det patologiske perspektivet, var ikkje intensjonen at salutogen modell skulle erstatta forskning på sjukdomsårsaker eller risikofaktorar, men gi komplimenterande perspektiv, med søkjelys på menneskelege ressursar og kapasitet, som fremjar helse (Antonovsky 2000). Dette skriv Rygge (2019) i sin masterstudie om psykososialt arbeid.

3.1.2 Heilskapleg perspektiv

Eit humanistisk perspektiv vektlegg menneskelege kvalitetar som sjølvrefleksjon, oppleving av mening, verdiar, håp, fellesskap, handling, aktivitet og følelsar, med menneske som autonomt, rasjonelt, sosialt og åndeleg vesen. Tradisjonen har utspring i hermeneutisk -fenomenologisk tilnærming med menneske som kulturelt og heilskapleg individ gjennom kropp, sjel og ånd i samspel med omgjevnader (Karlsson og Borg 2017: 63).

Alle psykologiske fenomen må i heilskapleg perspektiv forståast i lys av alle aspekt ved personens liv, både biologiske, psykologiske, sosiale og relasjonelle forhold, der forståing, subjektivitet, individualitet og prosess vert vektlagt (Håkonsen 2014: 276).

3.1.3 Kjernestoff litteratur

To bøker vart utvalt som kjernelitteratur

Alain Topor (2006). Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. 187sider.

Han er autorisert psykolog, dr.phil. og sjef for FoU- eining ved Psykiatrin Sødra i Stocholm helseregion. Han underviser og no på Universitetet i Agder.

Margareth Randby (2010) Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer. 132 sider

Margareth Randby har mastergrad i sosialt arbeid med lang og variert erfaring frå sosialfagleg arbeid, og i perioden 2002-2009 deltok ho i oppbygging av utgreiingspost for unge menneske med alvorlege rus og psykiatriproblematikk ved Universitetet i Nord-Norge.

3.1.4 Relevant teori frå funn på databaser

«Hvilke faktorer identifiserer unge voksne sjølv som helsefremmende og utfordrende i forhold til psykiske vansker» av Torill Rygge (2019).

«Hva gikk galt med opptrappingsplanen for de aller sykeste psykisk syke?: En drøfting av noen mulige årsakssammenhenger på bakgrunn av en gjennomgang av offentlige utredninger og samtaler med brukere», av Jo Erik Broyn (2012).

«Åpen dialog bak lukkede dører» –pasienter og pårørendes erfaringer med Åpen dialog i nettverksmøter ved en lukket psykiatrisk avdeling» (Sørgård og Karlsson 2017).

3.1.5 Anna relevant litteratur som har påverka kunnskap og skriveprosessen.

Bengt Karlsson og Marit Borg (2017) i boka «Recovery», skriv om faktorar som fremmar og hemmar betringsprosessar og psykolog

Arnhild Lauveng (2020) skriv om diagnosar i «Grunnbok i psykisk helsearbeid».

Dyshe, Hertzberg og Hoel (2010) om «Skriving i høyere utdanning».

Olav Dalland (1997) om Metode og oppgaveskriving for studenter.

Olav Dalland (2007) om Metode og oppgaveskriving.

3.1.6 Yrkesetiske retningslinjer

I Yrkesfaglig grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere, står det og at profesjonar skal legge vekt på en heilskapleg tilnærming til menneske som har behov for samansette og tverrfaglege tenester (FO 2019: 5). Ei stadig meir gjeldande hermeneutisk humanistisk tankegang i samfunnet, byggjer på at eitkvart menneske er fritt og sjølvstendig, samt ei fenomenologisk innstilling om at ein kvar bør få kunne stå fram som unik ut frå egne føresetjingar, skriv Aadland (2011: 115)

3.1.6.1 Personleg tilnærming

Desse tilnærmingar og menneskesyn pregar innfallsporten til oppgåva, der eg har tillit til individet sine ibuande resursar i betringsprosessar.

4.0 Funn, analyse og drøfting i forhold til problemstillinga

Problemstillinga er «Kva hjelper? Betringsprosessar frå alvorlege psykiske vanskar».

Vidare vil oppgåva ta for seg analyse og drøfting av problemstillinga om kva som hjelper til betring, i forhold til funna frå erfaringsbasert kunnskap, presentert gjennom litteraturforfattarane, anna forskning, fagstoff, sentrale politiske føringar og brukarorganisasjonar og anna praksis.

4.1 Frå litteraturen i Topor og Randby

Professor i sosialpsykiatri ved Universitet i Tromsø, Tom Andersen, uttrykkjer innleiingsvis fylgjande om innhaldet i Topors bok:

Her har vi sjansen til å få hjelp med klargjøring av de antagelser som ligger til grunn for vårt syn på alvorlige psykiske problemer, og ikke minst finne ut hva vi kan gjøre for å hjelpe hver enkelt med bedringsprosessen. Dermed bidrar vi også til verdighet i psykiatrien (2006: 10).

4.1.1 Funn frå Topors primærkjelder i forhold til problemstillinga

Vi blir i boka invitert med på i ei slags reise og prosess ilag med personane som erfarer og skildrar vanskane, og samtidig viser kva som hjelpte i dei i ulike fasar av betringsprosessen. Når berre sidetal er referert i parentes, er innhaldet frå Topor (2006).

4.1.1.1 Samfunnets oppfatning av dei som har psykiske vanskar

Dominerande oppfatning i vår kultur av menneske med alvorlege psykiske vanskar, er at individet har ei rekkje avvik der problemet er i individet sjølv, og at vedkommande manglar sjukdomsinnsikt og ikkje er klar over eller er i stand til å ta tak i problema sine, og berre psykiatriens ekspertise kan behandle og heile problema, skriv Topor (78).

Dette er i kontrast til korleis personar som erfarer vanskane opplever det sjølv, der dei er klar over at alt ikkje er slik dei trur det burde vore, og arbeidar sjølv med å handtere utfordringane (ibid).

4.1.1.2 Re/utvikling av «Jeget» som tilfrisking.

Ei endring av «jeg» opplevinga, ser ut til å vere sentralt i utfordringane. Ein kan oppleve dette som å kjenne på noko framand i seg, som personar ikkje kjenner seg igjen i, som medfører ei søking tilbake til eller til ei utvikling av «Jeget/seg sjølv».

Bakgrunn for den framande kjensla, kan ha opphav i tidleg oppleving av å ikkje føle seg god nok slik ein er, som gjer at ein vidare i livet strevar for å kjenne seg anerkjent, at ein duger, er dyktig og godt likt. Forsøka på kompensasjon for kjensla av å vere utilstrekkeleg, kan medføre gap mellom det ein presterer og korleis ein opplever seg sjølv.

Dette kan føre til deler av eit «Jeg» som er framand for dei, og som tek makt over deler av seg og sin person, og samtidig er andre deler av «Jeget» klar over at kjensler, tankar og handlingar ikkje er slik som dei kjenner det burde vere. Denne «doble bevisstheita» gjer at dialog med andre er utfordrande, og kan gi meir indre monolog, der vedkommande gjerne lagar seg eigne forklaringar på kva som skjer, for å få samanheng i erfaringane.

Sjølvinstruksjonar kan vere eit tydeleg teikn på at ein erfarer denne «jeget» delinga, mellom «eige Jeget» og «framande «Jeg delane», der det eigne «Jeget» (sunne) resonnerer med seg sjølv eller med dei framande delane, enten ved å kompromisse med dei framande delane eller ved å overtale seg sjølv til å sjå vekk frå dei. Stemmer frå desse delane kan lage strenge rigide førestillingar og reglar for kva som vert akseptert av åtferd for den som høyrer stemmene, slik **Ylva** i boka opplevde dette (97).

Oppførsel kan opplevast merkelege på omgjevnadane og som symptom, som igjen medfører mindre respons og dialog med omverda, som igjen bli destruktivt, fordi dialogen vert skildra som vesentleg kjelde til betringsprosessar. Personell og andre personar opplever det utfordrande og vegrar seg imot å gå inn i dialog med personar på ein konstruktiv måte, men dialogen trengst eigentleg, skriv psykologen Topor (ibid).

4.1.1.3 Rigiditet

Topor refererer til professor i psykiatri, Johan Strauss (1989) som skildrar prosessar frå personar om handtering av eigne erfaringar, både i forhold til andre menneske og seg sjølv (2006: 43)

Strauss meddeler at dersom handteringa blir noko rigid, kan etterkvart nye utfordringar verte vanskeleg å handtere, fordi løysingsstrategiane vert problemet, og medfører kriser. På lengre sikt og i tilfriskninga kan individet omorganisere seg og utvikle nye, meir fleksible strategiar for å handtere utfordringar.

Rigid oppførsel kan vere eit forsøk på å oppretthalde ei trygg kjensle som er innarbeidd i kjente mønster og blitt ein overlevingsteknikk i korleis manøvrere ved utfordringar Den lite smidige strategien får utfordringar, og bryt gjerne etterkvart saman, som medfører kaos og samanbrot, medan den personar leitar etter tryggheita som kan virke tapt. Innøvde

velfungerande roller vert då til hindringar, og når verkelegheita brest, blir gjerne angst, tung depresjon og psykosen neste steg, som ein slags resignasjon etter søken for å kontrollere det utrygge (Topor 2006: 44fs).

4.1.1.4 Innlagt på psykiatrisk avdeling

Neste steg kan medføre innlegging på psykiatrisk institusjon, som i seg sjølv kan bli traumatisk, og medføre diagnose posttraumatisk stressyndrom, skriv Topor og viser til Olofsson (2000). Personalet kjenner gjerne ikkje brukar frå før, og det kan vere vanskeleg å finne ut grensa mellom opphøveleg lidning og eventuell angst og uro som kjem av behandlingsmetodar, opphald, og opplevd maktesløyse i institusjon (Topor 2006: 27).

NOU (2011:9) har og gitt ut nyare forskning om dette i «Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkningar av tvang i det psykiske helsevernet»

4.1.1.5 Skam og skuldkjensle

Personar kan få forsterka skamkjensle når dei vert innlagt i psykiatrisk avdeling. Utifrå ein medisinsk modell der årsaka til symptomta vert knytt til avvik i individ, kan personen kjenne på skuld- og skamkjensle for dei alvorlege vanskane som er utvikla, der opphald på psykiatrisk avdeling kan verte ei stadfesting på at ein ikkje har klart å takle utfordringar og justere livet sitt tidlegare. Ein kan og ha utvikla utfordrande åtferd mot andre, som ein er skjemd over (Håkonsen 2014: 277).

Strauss hevdar at dersom omgjevnadane ser og stadfestar symptom som rimelege reaksjonar på urimelege situasjonar, kan ein unngå at skam og skuldkjensle får fotfeste og forverrar vanskane. **Christina** har erfart og fått bevisstgjort dette, gjennom støtta ho fekk frå sine barn (28).

4.1.1.6 Meiningsløyse og håpløyse

Andre kan oppleve håpløyse, kopla til aksept av å vere sjuk, som gir næring til lengsel etter døden, og **Hanna** stadfestar at dette ikkje er lett å handtere. Dødstala er høgare blant personar med alvorleg psykiske vanskar enn generelt i folkesetnaden, og **Børge** trur mange venner har teke livet av seg grunna oppleving av meiningsløyse (46fs).

Nokre behandlingsmetodar tek meir omsyn til omgjevnadene enn til den som gjennomgår psykosen, og **Anne-Maria** seier ho treng forståing og omsorg i staden for innelåsing og medikament (48).

Å takle smerta og den kjensle av å vere forlatt når ein er i botn, kan bli eit val mellom å ville ta livet sitt eller gi seg over til psykiatri og behandling. Å vere på botn kan og opplevast trygt, fordi det då ikkje kan bli verre, og som om ein kamp om å overleve døden. Mange tek sats frå botn, til endring, medan andre etter lang tid på botn, ikkje kan innsjå at dei fortener å få eit betre liv, men lever vidare for barn eller foreldre si skuld (49). Nære personar kan representere eit håp som dei sjølve ikkje klarer å mobilisere. Topor (50) viser til psykolog og forskar Patricia Deegan som sjølv har fått behandling for schizofrendiagnose:

Vi husket at selv når vi hadde gitt opp, så fantes det noen som elsket oss og ikke gav opp. De sviktet oss ikke. De kunne ikke forandre oss, og de kunne ikke gjøre oss bedre. De kunne ikke bestige fjell for oss, men de var beredt til å lide med oss. De overøste oss ikke med sine optimistiske planer for fremtiden vår, men de beholdt håpet til tross for dårlige odds. Kjærligheten deres var en fast invitasjon som manet oss til å bli noe mer enn all denne selvmedlidenheten og håpløsheten. Mirakelet er at jeg begynte å høre og besvare denne kjærlige invitasjonen (Deegan 1988).

Fleire opplever ein avgrunn slik **Hanna** skildrar med oppleving av å nå sin personlege botn, der ho får ei ny erkjenning og skjønar at for å komme seg vidare, må ho ta ansvar sjølv for kva ho trong, som ikkje er avstumpande medisin og elektroshjokk, men kjærleik og omtanke, og nokon som såg henne (47).

Sjølv psykosen har av nokre vorte opplevd som ein slags topp, der dei frigjer seg frå omsyn til andre, og frå konvensjonar og ei tilpassing som gjer dei nedtrykte, og der det skjer ei stor forvandling i det å ta ansvar for seg sjølv og eige liv (ibid).

4.1.1.7 Å bli møtt av likesinna uprofesjonelle, men ikkje av personalet

Personar med alvorleg psykiske vanskar har opplevd at problem vert avvist og ignorert av pårørande, samt psykiatriens og sosialtenesta sine tilsette. Sjølv om slik varsemd eller unnvikande imøtekomming kan ha ulike forståelege grunnar, så er likevel behovet til mange personar motsett, å bli imøtekommen på det vanskelege dei vil dele, med å bli vist interesse, trudd, og få hjelp til å ordne opp. **Hanna** understrekar viktigheita av dette. Ho erfarte at respons, stadfesting av å bli sett av andre, først kom frå andre personar som

hadde liknande problem. Topor skriv om dette at dersom ein vil samarbeide med og påverke eit anna menneske, så kan ein ikkje fornekte eller neglisjere vedkommande si oppfatning (42f).

4.1.1.8 Vendepunkt

Vendepunkt vert skildra som ei endring i innstilling, med å ta tilbake makta over eige liv, og det kan skje både gjennom ei bestemt hending, eller som resultat av ein serie hendingar, møter og avgjerder.

Carina omtalar den djupe innsikta ho òg fekk som gav ny overlevingsstrategi, men ho påpeikar at i kombinasjon med eigen vilje er ho avhengig av støtte frå andre (50).

Topor viser igjen til Strauss (1989) som tek utgangspunkt i personar sine formidlingar av prosessen som skjer i slike vendepunkt, systematisert i tre stadium:

Stadium 1.

Personar blir meir apatisk, tilbaketrekt, innadvent med lav verbal aktivitet. Dette vert vurdert av psykiatrien som «negative symptom» som kjem før kronisk utvikling. Sett utanifrå ser det ikkje ut til å skje noko som helst, medan for dei det gjeld, går det føre seg eit intenst arbeid på innsida, med sjølvgransking av kva som har skjedd, samt forsøk på å sortere og finne løysingar, hindringar og kven og kva ein kan stole på. **Lars** uttalar: «Jeg hadde ikke verktøy til å hjelpe meg selv med å forsøke å sortere de fæle sakene som hadde skjedd i livet mitt» Å få nok ro og tid til det indre sorteringsarbeidet med å akseptere tilstanden sin, samle krefter og finne ny retning, er viktig i denne fasen. **Ylva** understrekar behovet for å vurdere eigne vilkår i ro, for å kunne komme seg vidare, men ein kan trenge ein person ilag med seg, for å teste ut eigne tankar og reaksjonar. I fylgje Strauss (ibid) risikerer ein å bli møtt av profesjonelt hjelpeapparat med medisiner og aktivisering, skriv Topor (2006:53).

Stadium 2.

Her vil utfordringa vere prega av forsøk på realisering og handling ut ifrå det vedkommande har kome fram til i stadium 1. Dette medfører ofte auka uro og angst, og gamle symptom kan dukke opp att, som kan sjå ut som ei forverring. Profesjonelle kan ynskje å motvirke dette, og ser auka medisiner og løysing. «Kanskje er det slik at mye av den innsatsen de profesjonelle står for, mislykkes fordi de ikke har funnet ut hvor brukeren befinner seg i sin utvikling», skriv Topor (55), og viser til Strauss (1989). Det viktigaste for personell er her å vere meir tilgjengeleg og nærverande, fylgje med og støtte,

men ikkje avbryte prosesser, og heller kommunisere med vedkommande om medisineringsstilbod dersom utfordringane vert for krevjande og varer lenge. Strauss påpeikar likevel at vendepunktet kan føre til både betring og forverring, og at andre personar sin innsats kan vere avgjerande (ibid).

Stadium 3.

Positive erfaringar er viktig i betringsprosess, men dei må integrerast i sjølvbilete, gjennom samtalar og samspel med andre menneske. Sjeldan skjer betring på alle områder samtidig, men framsteg på eit område er meir vanleg. Ei utfordring er gjerne pårørande sine ynskjer om at alt skal bli slik det eingong var. Helse- og sosialtenesta forventar meir og stiller gjerne krav når dei merkar forbetring. Forventningane vert skrudd opp, som kan gi det Topor kallar kontraproduktiv effekt, når personar møter nye situasjonar og mange krav, som til saman blir for mykje, og som ikkje stemmer med behova i ein sårbar fase. Å kunne bli betre i eige tempo, og bli støtta i prosessar, poengterer **Bengt** som vesentleg. Betringa skjer i etappar med framgang og tilbakefall, men dess lenger utviklingsprosessen går føre seg, dess meir vert gjerne tidlegare pasientars liv likt andre menneske sine liv (58).

4.1.1.9 Å erobre ny identitet og roller, og å stole på sitt «jeg».

«Når en person bryter med de rollene som har vært dominerende i livet hans, starter en prosess i flere steg», skriv Topor (2006:59) og visar til Fuchs Egbau (1988).

Tidlegare psykiatrisk pasientrolle og vanskar kan då utgjere ein avgrensa del av samansett identitet og livshistorie. Topor skidrar tre aspekt;

Det første omhandlar erfaring med å vere tilstades i eige liv, kunne velje mellom ulike alternativ, og å stole på sitt indre «jeg». **Christina** skildrar dette som om å ha vore gjennom ein indre krig, og ei oppløysing av sitt indre slaveri, til å eige heile seg (60).

Andre aspekt omhandlar å sjå seg sjølv i samanlikning med tidlegare fasar, og at livet er blitt lettare å leve. Tredje aspekt er å oppdaga at ein tidlegare har levd med ei forenkla oppfatning og førestilling om livet, og no erkjenner at vanleg liv ikkje berre er paradiso og sjukdom berre er helvete, men at ein klarer å leve med å bli skuffa, og likevel gå vidare. Dersom ein ikkje erobrar ny identitet, vil det å vere ein «forhenverande» kunne oppfattast som det er i påvente av neste tilbakefall, og identifikasjon med den ein har vore. Sagn av ny «legitimasjon» slik **Børje** opplever det, vert støtta av forskaren Frank (1995) som presenterer analysar av situasjonar for pasientar som har kome seg frå ulike typar kroniske sjukdommar (Topor 2006:62).

4.1.1.10 Reisa sin slutt?

Å vekse inni og bli kjent med sitt nye, og erobre kjensla av å vere seg sjølv, treng og anerkjening frå andre. Fleire fortel om å ha blitt møtt med skepsis, tausheit og ikkje bli trudd i at dei tidlegare har vore alvorleg sjuke, men søker gjerne stadfesting, og profesjonell hjelp for stadfesting på betringa. Hanna har erfart og forklarar dette (31). Nokre opplever at dei må bevise at dei er mykje friskare enn andre, for å duge, hevdar mellom andre **Hanna**. Stivna roller i sosial nettverk blir utfordra og bør gjerne endre seg, til å kjenne på meir likestilte roller (65).

Arnhild Lauveng har her god kompetanse på dette, i og med at ho har schizofreni diagnose, og er no utdanna psykolog med doktorgrad. Ho uttalar: «Jeg møter fremdeles noen som tviler på at jeg har vært syk, og andre som tviler på at det er mulig å bli frisk» (Paulsen 2016).

4.1.1.11 Gap mellom forventingar og evne til meistring i sårbar betringsperiode

Det å kjenne att at gamle kjensler kan dukke opp, er naturleg i prosesser. Å akseptere dette og ha positive forventingar og tru på egne evner, vil bidra vesentleg i betringsprosess. Viss personalet ikkje kjenner personen godt nok, kan dei vurdere vedkommande sine vanskar til å vere såpass omfattande og destruktive at dei trur person ikkje har kunnskap og evne til å handtere utfordringane. Alternativt kan helsevesen overvurdere slik at person blir tilkjent ressursar som vedkommande ikkje innehar.

Eit anna aspekt er at når fleire områder fungere betre, kan det medføre eit gap mellom det som ein sjølv og andre forventar, og det ein kjenner at ein er i stand til å meistre. Her skriv Topor at ein må ha ei heilskapleg vurdering, der summen av heilskapen er større enn summen av kvar del, som må sjåast oppimot kva ein treng og har av ressursar, støtte og meistring (69).

4.1.2 Funn frå Randbys primærkjelder i forhold til problemstillinga

Her fylgjer vi fem ulike personar sine erfaringar i deira betringsprosessar

Sidetal i parentes viser til Randby (2010) i fylgjande fem avsnitt.

4.1.2.1 Ole

Det som Ole er tydeleg på som hjelper han er meistringsopplevingar som byggjer han. Å bryte av negative tankekjør ved hjelp av sjølvhjelpsteknikkar, som han har lært i sjølvhjelpsgruppe *Et bedre liv*, er og noko Ole framhevar som har god betringseffekt. Han trekkjer og fram at det hjelper med sterkare tru på evner til å meistre utfordringar, og kva han sjølv kan gjere i betringsarbeidet. Han er og bevisst at han treng folk rundt seg, og sjølv om han ikkje fungerer med familie, så har han andre konstruktive nettverk som han heldt på å byggje opp og utvide. Å drikke øl får han òg til å slappe av og tek vekk hemningar, så det blir lettare å være med andre (67fs)

4.1.2.2 Stian

Stian erfarer det å få struktur på kvardagen, med god nattesøvn og jamne måltid som viktig for å ha god livskvalitet. Etter å ha utvikla ein god relasjon med saksbehandlar på sosialkontoret har han òg fått meir orden på økonomien sin, og at det kjennes godt. Stian ser det og som viktig å «utøve meir eigenomsorg» og ikkje ta all skuld på eigne skuldrar. Reduksjon av mengda medikament, har hatt positiv innverknad på oppfylging av kvardags gjeremål, betre kontakt med følelsar og betre potens, seier han. Stian understrekar forhold til familie, og å bli gitt ny tillit, som han opplever er grunnlaget for auka sjølvtilitt (79fs).

4.1.2.3 Vigdis

Vigdis er opptatt av at det er ein sjølv som må ta det største ansvaret, og når ho vart gravid, la ho seg frivillig inn for avrusing då, men trivst dårleg på institusjonen, og skreiv seg ut. Fekk så god hjelp og støtte frå lokalt hjelpeapparat med psykiatriteneste og barnevern, der ho utvikla god og spesiell relasjon til barnevernsskurator. Ho seier ho treng å få avstand til fortida, og hjelp til å arbeide med det, og meiner det er viktig med små skritt i endringsprosess, samtidig med å tenkje langsiktig, og ta tida til hjelp (90fs).

4.1.2.4 Andreas

Andreas fortel at han brukar mykje tid på «selvhealing», og at alternativ tilnærming tilfører kvardagane hans ein positiv dimensjon, og nytt perspektiv på si psykiske helse. Han les sjølvhjelps bøker, bøker om alternativ behandling og religiøse bøker for å leite etter svar, men i psykotiske periodar har han erfart at det blir for mykje av desse tankane, og prøver då å få meir struktur i kvardagane. Samtalar i psykiatritenesta, gruppeaktivitetar, lange spaserturar og besøk hos foreldra hjelper han tilbake til samhandling med andre. Samtidig

engasjerer han seg i tankar om å ha levd fleire liv, som gir han mening og innhald. Han er og trygg i ny bustad, og trivest med kontakt med jamn aldrande der, og har skifta rusmiddel, som gjer han mindre psykotisk. Han ser at han treng vere ilag med andre og er med på fleire gruppe aktivitetar. Andreas erkjenner at det er mykje opp til han og hans val korleis vegen utviklar seg. Søken etter forståing av eigen situasjon gir han mening og meir positivt perspektiv på livet, og ser framover mot å kunne fungere betre i samfunnet, og kanskje jobbe etterkvart, medan han er her (100fs).

4.1.2.5 Ivar

Ivar likar seg godt og føler seg trygg på den psykiatriske avdelinga, seier han, men er utskreven. Etter å ha fått psykiatrisk diagnose, var det viktig for han å vise seg sjølv og andre at han framleis hadde kontroll over eige liv. Han skaffa seg hybelleilegheit, men trivest ikkje der. Rus gir han ei god kjensle, sjølv om han seier den gir han ei falsk sjølvtilitt, men at han veks likevel på den. Som tidlegare toppidrettsmann opplever han å ha god form framleis, og han trenar litt framleis og held seg oppdatert. Det gjer godt for sjølvkjensla at han framleis får det til, seier han, og han skil mellom periodar med rus og trening, og er stolt over det han får til i rolla som idrettsmann. Ivar uttrykkjer håp om at han i framtida kan bli rusfri og gjere noko anna, få litt betre døgnrytme, kanskje ein kjæraste og bli litt klarare i hovudet, og at han på kortare sikt vil forsøkje å redusere rusinntaket (107fs).

4.2 Ulike kjelder i forhold til problemstillinga

I dette hovudkapittelet blir det presentert ulike tilnærmingar til personar med alvorlege psykiske vanskar i betringsprosessar, i forhold til psykiatrisk evidensbasert forskning, internasjonal forskning, diagnostisering, opptrappingsplan for psykisk helse, standardisering gjennom pakkeløp, brukarorganisasjonar mot pakkeforløp, feedbackverktøy, Strauss og Topor om personars eigne strategiar, Åpen Dialog om samtaleprosjekt mellom innlagte personar, pårørande og psykiatritenesta, samt om Recovery og betringsprosessar.

4.2.1 Psykiatriens evidensbare forskning.

Evidensbasert behandling har til mål å finna dei mest effektive metodane, der tiltak vert samanlikna. Den psykiatriske helsetenesta, og psykiatrien som teori har strevd med anerkjening som medisinsk spesialitet basert på naturvitskapleg tilnærming, med symptom, diagnose og avvik som teikn på sjukdom, der ein leitar etter årsak, og behandlingsmetodar vert utvikla for kvar sjukdom. I psykiatrien er sosiale samspel vesentleg i tilfriskning. Å skulle måle effekt av sosiale samspel er ikkje lett, og kanskje endå vanskelegare opp imot kontrollgrupper (Topor 2006: 106). Problemet er at psykiatriske diagnosar og byggjer på samspel mellom menneske, og diagnosen blir resultat av samspel mellom psykiater og brukar, sett gjennom psykiaterens briller. Dette medfører at personar kan få varierende diagnosar og behandling, skriv Topor (2006:76) og viser til Strauss et al (1979), Kirk&Kutchins (1992) og Boyle (1993) som har granska psykiatriske diagnosar sin reliabilitet.

4.2.1.1 Evidensbasert forskning gir motstridande svar

I psykiatri og sosialtenesta finns mange ulike teoriar og «sanningar», basert på gjentekne forsøk på å fastslå evidensbasert kunnskap, der forskning på dei ulike behandlingsmåtene sin effektivitet syner motstridande resultat, hevdar Topor (2006:70), og viser til eksempelvis Priebe & Slade (2002). Ulike organisasjonar bestemmer over eiga forskning og tolking av røynda. Men samarbeid mellom profesjonar og brukarar bør fordra interesse for brukarperspektiva, men profesjonar må velje korleis forhalde seg (2006:71).

4.2.1.2 Psykiatrien i utvikling

Psykiatrisk behandling har utvikla seg frå reint medisinsk til tverrvitskapleg, institusjonar er hovudsakleg erstatta av poliklinikkar, og det er ei rørsle frå ekspertmakt til brukarmedverknad og samarbeid. Mange brukarar har mykje erfaringar, men vidare kunnskapsformidling av desse resursane er mangelfulle, påpeikar Topor (2006:12). Boka formidlar derimot forskning og dokumentasjon frå brukarar som har erfart betring (ibid).

Topor skriv og at psykiatrien har lite kunnskap om erfaringar til dei som ikkje kjem tilbake, som erfarer tilfriskning, men psykiatrien kjenner godt til «svingdørpatientar». Psykiatriens erfaringar kan derfor føre til negative forforståing om kronisk sjukdom, og personar kan oppleve slike haldningar i første møte med psykiatrisk kultur (29fs)

Desse resultatata viser kor viktig det er at tenesteytarar bør respektere tenestemottakarar sine ressursar og kjennskap og innsikt i eigne behov, og kor viktig det er å få fram brukarressursorienterte erfaringar til betring frå psykiske vanskar, slik at fleire kan bli møtt der dei er, for å kunne komme vidare i sine betringsprosessar.

4.2.1.3 Europeisk og amerikansk forskning på 1970- og 1980-talet

Psykiatriens tradisjonelle innstilling til menneske med alvorleg psykiske avvik, har vorte forska på. Den psykofarmakologiske innføringa på midten av 1950-talet, medførte i fylgje forskar Armeliuz ikkje til påviseleg samanheng mellom positiv utvikling av schizofreni og behandling. Schizofreni var lenge rekna som ein kronisk varig sjukdom. Topor skriv at Harding (1988) viser til resultat frå oppfylgingsstudiar av personar som tidlegare har fått schizofrenidiagnose. Den viser at to tredje deler opplevde betring, totalt eller sosialt. Tilsvarande vert støtta av nyare studiar, som Harding og Keller (1998) og Harrison et al (2001). Desse viser at alvorlege psykiske vanskar ikkje er kroniske, håplause, men går an å heile, hevdar Topor (2006:33).

Slike funn bør og kan påverke ei haldningsendring i samfunnet og psykiatri, som støttar trua på betringsprosessar.

4.2.2 Diagnostisering

4.2.2.1 Utvikling av symptom og diagnose

Antonovsky (1979) seier at når mennesket møter problem, har konflikhtar med andre, opplever dårleg sjølvbilete, avvising, tap eller overgrep, er det alltid eit sterkt behov for å forstå og gi meining til opplevinga. Når vanskane er så store at situasjon opplevast uforståeleg eller kaotisk, og det ikkje finst hjelp, støtte eller omsorg, vil det opplevast som det ikkje er noko utveg. I kjensla av maktesløyse og hjelpeløyse kan løysinga bli å gjere seg «upåverka». Dette er ei slags flukt som skaper symptom. Symptoma flyttar fokuset over på andre områder, men er altså ein måte å handtere sine grunnleggjande problem på, med ei irrasjonell kjensle av kontroll, men dette igjen skaper nye og andre vanskar og problem. Menneske som vil hjelpe personar med psykiske vanskar, opplever at endringar er vanskeleg å få til, fordi viss person skal sleppe kontrollen, vil vedkommande kunne oppleve det som om at alt blir uføreseieleg og umogeleg å kontrollere. Behovet for kontroll, gjer at slike endringar ofte er vanskeleg å få til, skriv Håkonsen (2014:278).

Gjennom diagnose kan det på ein enkel måte formidle informasjon om ein pasient. Ei diagnose refererer til ei samling av kliniske opplysingar om ein person, med summen av framtrekande symptom og vurderingar, som òg gir hovudlinjer for behandling. Ein fare med diagnose er at dei kan hindre ei personleg tilnærming og forståing, bli ei sjølvoppfyllande profeti, medføre sosial stemping, samt hindre andre innfallsvinklar for forståing, skriv Håkonsen (ibid: 283).

4.2.2.2 Frå person til å bli ei diagnose, eller frå diagnose til å få vere ein person

Topor har ei kritisk haldning til psykiatriens diagnostisering, sjukdomsstemping og framandgjering, i forhold til tilfriskning av «Jeget». Dette kan redusere personen, og miste perspektiv på vedkommande sine ressursar som trengst i betringprosessen.

Psykiatriens merksemd vert lett retta imot mislykka løysingsforsøk som vert oppfatta som symptom, i staden for mot opphavet til problemet. Diagnostiserande haldningar blir her ei forenkling, og med sjukdomsstempelet risikerer personar å verte ytterlegare framandgjort for seg sjølv, der det hjelpesøkjande «Jeget» kan bli neglisjert og forsvinne endå meir, slik **Lars** og **Inga** skildrar i sine erfaringar med dette (Topor 2006:78fs).

Psykiatriens diagnostisering og journalføring kan medføre ei oppramsing av personar si tilkortkomming, som kan mangle oppfatning av ein heil samansett person med framheving av ressursar, kunnskap og framgang.

Effektivitet i kombinasjon med for mykje motstridande informasjon kan vere vanskeleg eller uhandterleg for helse- og omsorgspersonell i hektiske kvardagar, og forenklingar kan redusere individet til sine problem og diagnosar (78). Personar bør ikkje reduserast til å bli diagnosar, men diagnosefokuset bør endrast til å sjå personen. Sjølv om menneske kan vere i vanskar og i prosessar, og arbeidar det med å handtere desse, treng ein å bli møtt som eit likeverdig menneske. Kontakten med psykiatri og sosialtenesta vert vanlegvis oppretta når sosialt nettverk har mislukkast med å handtere utfordringane. Personar og vanskar bør verte møtt med forståing av at det går føre seg fleire prosessar, slik at ikkje eit løysingsforsøk blir eit problem, og oppfatta som symptom (81fs).

Vi ser òg i dette at diagnosar kan ha lite reliabilitet som gjer at ein person kan få mange ulike diagnosar viss person har samansette vanskar, og kontakt med ulike deler av

behandlingsapparatet i ulike livsfasar. Helsedirektoratet (2020) skriv fylgjande om diagnostisering og stigma

Diagnoser kan også virke stigmatiserende og bidra til selvstigma. Selvstigma vil si at pasienten tenker på seg selv som sykdommen han/hun har, istedenfor å se seg selv som et fullt og helt menneske med muligheter for utvikling.

Diagnostiseringa kan sjå ut til å kunne medføre meir ubehag enn føremoner for mange, med fokus på sjukeleggjing, usikkerheit om kva eventuelle diagnose som skal gjelde, med påfølgjande usikre medisiner og kor tenleg det kan vere å nytte diagnostisering

4.2.2.3 Diagnoseverktøy i endring

ICD skildrar psykose med at verkelegoppfatninga er forstyrra (Helsedirektoratet 2020). Diagnoseverktøya ICD, International Classification of Diseases og DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, skildrar diagnosar hovudsakleg «frå utsida», med vekt på observerbare symptom og funksjonsfall, som kan vere mindre hensiktsmessig innan psykisk helsevern. The Power Threat Meaning Framework er meir opptatt av kva personane har opplevd, og kva konsekvensar dette har hatt, skriv Lauveng (2020: 37).

Arnild Lauveng (2020: 37) skriv at det no skjer eit viktig skifte i angående ivaretaking av psykisk helse, frå å vere oppteken av medisinske diagnosar basert på symptom på sjukdom(patogenese) til å gi meir merksemd til funksjon, meining, meistring, opplevingar, og multifaktorielle årsaksforklaringar. Ho viser då til Antonovsky (1979), Johnstone& Boyle (2018) og Lunde (2018).

Dette vil truleg kunne styrke ei auka brukarressursorientert tilnærming, der ein får eit meir nyansert og samtidig breiare bilete av personar. I salutognese, og i den veksande Recovery retninga vektleggjast dette for å få det betre inni seg og rundt seg (Borg og Karlssen 2017).

4.2.3 Opptappingsplan for psykisk helse

Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006) kom endeleg som resultat av Stortingsmelding 25; «Åpenhet og helhet», om psykiske lidningar og tenestetilbodet, som konkluderte med svikt i alle ledd. Brukarmedverknad vart nytt og sentralt prinsipp, og frå «asyl-psykiatri» til desentralisert psykisk helsevern med vektlegging på meistring og deltaking i samfunnet, frivilligheit og openheit som sentrale prinsipp, skriv psykolog Arnild Lauveng (2020: 70). Ho skriv vidare at måla om meir autonomi er berre delvis

innfridd, og sjølv om helsepersonell er meir opptekne av brukarmedverknad no, er det langt igjen til den blir reell i mange samanhengar (74).

Ein måte å kartleggje korleis tenestemottakarar opplever yting i psykiatrien, er tilbakemeldingsskjema, som er innført i Norge, og Lauveng viser til forskinga ikring dei.

4.2.3.1 Systematisk tilbakemeldingsverktøy

Kommunar og helseføretak har innført systematisk bruk av tilbakemeldingsskjema i tenestene. NORSE feedback er spesielt utvikla for norske forhold, innafor rusbehandling og psykisk helsevern. Lauveng skriv om forskning på tilbakemelding (2020:144):

En metastudie av 18 forskingsartikler fant at nytteverdien innen psykiatri var liten, og at de positive funnene stort sett kunne forklares med forskerens egen tro på metoden (Ostergard, Randa, & Hougaard, 2018). En annen forklaring kan imidlertid være at klinikere som kjenner metoden godt, får bedre resultat, nettopp fordi de er bedre trent i å benytte skjemaene. Disse systemene kan lette samhandlingen med noen brukere, og minne oss på å hele tiden etterspørre brukernes opplevelser. Samtidig vil ingen verktøy passe alle situasjoner og alle brukere. Disse verktøyene ber også om tilbakemeldinger innen noen utvalgte områder, mens pasienten kanskje er misfornøyd med, eller har ønsker for, på helt andre områder. Man kan derfor aldri stole på at bruken av slike verktøy i seg selv sikrer at man har god brukermedvirkning, selv om de kan være nyttig hjelpemiddel på veien dit.

Lauvstad (2020:144) omtalar vesentlege poeng her. I omgrepet brukarmedverknad ligg det at ein har medverknad, og er såleis «medhjelpar» til korleis ein skal kunne få hjelp frå ein tenesteytar til ivaretaking av seg sjølv. Perspektiv på ressursen som ligg i at den enkelte sjølv kanskje veit beste kva vedkommande treng, ser fråverande ut.

Som brukar er ein ifylgje person- og brukerrettighetsloven (§1-3, 1999) definert som ein som brukar ei teneste, men ikkje alle er brukarar. Nokre personar med psykiske vanskar har meir utbytte av å nytte sjølvhjelpsgrupper, der ein møter andre med tilsvarande erfaringar, og arbeider seg gjennom utfordringar og naturlege prosessar utan profesjonell hjelp. Klingeman, Klingemann & Sobell (2015) med «Self-change is a major pathway to recovery» skildrar slike såkalla «naturlege prosessar» som i Norge er eit lite kjent kunnskapsområde, men det har aukande interesse, skriv Karlsson og Borg (2017).

4.2.4 Standardisering av tenester i pakkeforløp.

Pakkeforløp er normerende pasientforløp for konkrete diagnosar eller grupper av pasientar, Målet er at pasientar skal møte heilskaplege behandlingsskjeder og pasientforløp. som er politisk initiert på bakgrunn av et ønske om meir føreseielegheit, trygghet og brukarmedverknad for pasientane. Samtidig skal dei auke kvaliteten i pasientbehandlinga, kostnadseffektiviteten og samarbeidet mellom profesjonsgrupper, avdelingar og andre tenesteledd. (Ramsdal og Ramsdal 2007:7ff).

4.2.4.1 Skepsis til pakkeforløp i 2012

Mastergradstudent Brovn (2012) påpeikar i likskap med Lauveng, på konsekvensen av manglande koordinering og involvering av pasientar og pårørande i behandlingssopplegget, og manglande tilpassing av tilbod til den enkelte brukars behov, men ut frå myndigheitears ambisjonar om å standardisere tenesta.

Han gjer òg merksam på at faren ved målforskyving som problematiserast i lys av myndigheitears forsøk på innføring av kvalitetsindikatorar og andre måleparameter, i forsøk på å kvalitetssikre tenesta.

4.2.4.2 Rapport om pakkeforløp og feedbackverktøy 2020

Til tross for denne skepsisen til innføring av pakkeforløp med fare for målforskyving som vart hevda allereie i 2012, er det likevel desse verktøya dagens regjering vil fortsetje å nytte seg av.

Helse og omsorgsdepartementet har nyleg gjeve ut fyrste rapport om pakkeforløp for rus og psykisk helse, 26 juni 2020. Sjå fylgjande utdrag:

Tallene for brukarmedvirkning ser lave ut. 31 prosent av pasientene har sammen med behandler utarbeidet en behandlingsplan. For åtte prosent av pasientene som har gjennomført pakkeforløp, er det registrert at feedbackverktøy er brukt i løpet av forløpet. Hensikten er at pasientene på en systematisk måte skal kunne melde fra om hvordan behandlingen oppleves.

Innføringen av pakkeforløpene har gitt oss et verktøy til å følge med på tilbudet pasientene får, blant annet brukarmedvirkning. Derfor er jeg glad for at mange

jobber aktivt med å få dette på plass. Nå skal den enkelte institusjon ta tak i disse resultatene og forbedre seg, sier Høie (Helse og omsorgsdepartementet 2020).

Ei positiv side med pakkeforløp er intensjonen med å skulle kvalitetssikre at alle i målgruppa får same tilbod. Det kritikkverdige er mellom anna at behova for personar med alvorleg psykiske vanskar ikkje er einsarta, og derfor er det vanskeleg å skulle standardisere tilpassa tilbod på ein tilfreds måte.

Dei kvantitative funna til Sintef helsetjenesteforskning (2020) viser lav brukarmedverknad og endå lågare på tilbakemeldingsskjema, der leiarar er meir fornøgd med brukarmedverknad enn behandlarane. Ei stor fare for feilkjelder i tilbakemeldingsverktøya, kan òg vere at dei som er fornøgde melder tilbake, og dei som ikkje opplever god hjelp, uteblir frå tilbakemelding.

4.2.4.3 Brukarorganisasjonar og fagmiljø imot pakkeforløp

Det finst ei rekkje brukarorganisasjonar for personar med psykiske vanskar i Norge. Ein del representantar frå fleire av organisasjonane samlast til demonstrasjon mot innføring av pakkeforløp, 25 august 2016 i Oslo, der Sigrid Ramstad (2016) heldt appell i regi av Norsk foreining for psykisk helsearbeid, og her er eit utdrag referert frå nettsidene deira:

Til tross for store protestar frå brukarmiljø og fagmiljø, er det no bestemt at pakkeforløp skal innførast. Tenesta ber preg av styringsforma New Public Management, som ifølgje kritikken som er komme seinare åra, medfører behandling på samleband, kor det er viktigare å telje tal på kor mange konsultasjonar framfor å gi hjelp som verkar. I spesialisthelsetenesta brukast det meir og meir tid på utgreiing og spørjeskjema, og mindre og mindre tid på å faktisk hjelpe.

Pakkeforløpa bygger på den medisinske modellen, der ein svarer på spørjeskjema, får diagnose og deretter en behandlingsspakke basert på diagnosen. I tråd med den medisinske modellen er det altså diagnosen som bestemmer, ikkje vedkommandes personlege preferansar eller eigen definisjon av problema. Det er forhandsdefinert timetal per diagnose, og viss det er slik at ein oppfyller kriteria for fleire diagnosar, kan det bli fleire ulike behandlingsspakkar av ulike behandlarar, med til dels lang ventetid imellom (Ramstad 2016).

Dette ser ut til å tale for at pakkeforløp ikkje vil gagne betringsprosessar, heller tvert imot.

4.3 Kva hjelper i betringsprosessen?

4.3.1 Kva gjer du for å hjelpe deg sjølv?

I Strauss et al. (1987) presenterer dei funn som han og andre har gjort etter han vart gjort merksam på spørsmålet i overskrifta, frå ei dame som sa at ho ynskte å bli stilt dette spørsmålet. Dette endra heile Strauss sitt virke, og han begynte deretter å stille dette spørsmålet til sine pasientar, og oppdaga deira innsats for å hjelpe seg sjølv, som vart dokumentert og systematisert i desse funna (Topor 2006:83):

Senke aktivitetsnivå for å tilpasse det etter endra behov

Auke aktivitetsnivå for å konsentrere seg om andre ting enn vanskane.

Å unngå problematiske stader, menneske og oppgåver.

Refleksjon og sjølvinstruksjonar i forhold til eigne vanskar.

Å forsøkje å forstå eigne erfaringar som alvorlege psykiske vanskar medfører

Å bestemme seg for å overvinne dei framande delane av «Jeget»

Symptom som handtering, i tydinga at person produserer symptom for å oppnå delmål i psykiatrien og sosialtenesta.

Handtering som symptom, i tydinga når person sin handlingsmåte vert misforstått som symptom (84fs)

4.3.2 Andre forhold som hjelper

Åndelege aspekt vert og av fleire framheva som hjelp til betring gjennom eigne erfaringar knytt til Gud, trua og å vere med i eit samfunn.

Å få forklaringar på eiga helse, hjelper individ til å organisere erfaringar og orientere seg mot ei framtid.

I tillegg til å bestemme seg, og ta ansvar sjølv for å komme seg, trengs ein verktøy samt hjelp og støtte frå personar og omgjevnader, for å klare å gjennomføre.

At innhaldet i ein refleksjon mellom person med vanskar og andre, skal innebere sannheit er ikkje vesentleg for betringsarbeidet.

Topor viser til Jerome Frank (1963) som understrekar at viss ein tidleg i livet har opparbeida erfaring i å meistre situasjonar som var eit problem, vil det positivt påverke seg sjølv, livet sitt om omgjevnadane (Topor 2006:87fs).

Dersom ein person òg får til noko som han ikkje trudde var mogleg, gir det håp om at framtida ikkje treng vere ei forlenging av nuet. Sjølv om meistringskjensla ikkje er direkte overførbar til andre områder, så kan det å lukkast på eit område, medføre auka tru på egne evner og i beste fall medføre «snøballeffekt», skriv Topor og viser til Brumoen (2000) Dette vert skildra i boka «Bygging av mestringstillit.».

4.3.3 Er tilfriskning avhengig av hjelp frå profesjonelle?

Topor meiner psykiatrisk tilnærming omhandlar å gi god pleie med rett behandling til rett diagnose, der alvorlege psykiske avvik berre kan få hjelp av spesialkompetanse som psykiater og psykoterapeutar med evidensbasert kunnskap. Berre dei kan påverke sjukdomsprosessen, medan anna helse- og sosialfagleg personell, støttekontaktar, venner og pårørande berre kan vere til støtte og hjelp i kvardagen, skriv Topor (105), i det viser til Priebe & Slade (2002).

Ut frå samanhengen ser det ut som Topor er kritisk til deira haldning med at psykiatrien behandlar, og sosialt nettverk berre står for støtte og service.

Skepsisen kan finne støtte i Davidson et.al (2001) sitt forskingsprosjekt som varte i ni månader, med psykisk avvik og sosial isolasjon som kriteria og utgangspunkt. Resultata peika på at alvorlege psykiske vanskar ikkje fjernar behovet for sosiale relasjonar, men at deltakarane var opptatt av å gi respons på vennskap og varige relasjonar til venner, familiemedlemmar og profesjonelle, som avgjerande i opplevd betringsprosess (107).

4.3.3.1 Sosiale relasjonar med ulike funksjonar i betringsprosessen

I ei studie skildra dei som vart intervjuja korleis dei hadde fått hjelp av venner og pårørande på ulike måtar; Å kunne snakke om det ein opplevde, tilbakemelding på realitetstest av tankar og vurderingar, få stadfesting på seg sjølv, bli integrert, ha kontinuitet i relasjon, materiell støtte i form av både hjelp med økonomi, mat, hus og klede, problemløysande hjelp, motivasjon, gjensidig relasjon, tilbakemelding om «symptomadvarsel», empatisk forståing og å vere rollemodell (110)

Anne Denhov (2002) har intervjuja brukarar om kva dei opplever at pårørande har bidrege med, som er praktisk hjelp, samt emosjonell og sosial støtte. Pårørande gir tid, er gjerne mykje tilgjengeleg, dei første som registrerer behov for hjelp, fungerer som «advokat»,

lobbyist, og kan fungere som «stedfortredende håp», når personar har mista eige håp (111fs).

Handling frå ansvarleg person kan òg vekkje brukar opp frå opplevd håplaus tilstand, som når vedkommande er på botn, og ikkje ser at det kan bli betring, skriv Topor (141).

Brask, Ødegård og Østby skriv om ansvarsrollen som den bestemte motivatøren, der motivering kan dreie seg om å i gangsetje eit initiativ eller å få personen inn på ein ny kurs for å oppnå noko ein meiner er viktig for personen (2016:131).

4.3.3.2 Å søkje seg til personar og situasjonar som har positiv innverknad

Å vere blant friske menneske, som personar ein kjenner seg trygg på, akseptert og respektert ilag med, og vere i stand til å velje sjølv dei som har positiv innverknad på seg, vert og rekna som vesentleg i betringsprosessar (99).

4.3.3.3 Frivillegheit

Å møte andre som har vore gjennom tilsvarande, kan og gi håp om ei anna framtid, framhevar **Oscar** (113), og **Inga** påpeikar om det ville vore betre om ikkje alle ho er ilag med får betalt (113).

4.3.3.4 Den profesjonelle som person, med framheving av vedkommandes eigenskapar

Når profesjonelle tek ekstra risiko til fordel for den personar, eller gjennomfører regelbrot, så har det positiv effekt på betringa. Det blir sjeldan vist til behandlingsmetode eller -institusjon, men til person/ar og deira eigenskapar, som vektlegging når personar fortel om kva som hjelper. I tillegg erfarte dei det som positivt at legen henta kunnskap frå pasientar. **Oscar** framhevar ein leges audmjuke innstilling og menneskesyn, **Bengt** om ein ro som smitta, **Mona** om tilgjengelegheit ved behov, og å kjenne seg respektert, på same bylgjelengde, og **Bengt** opplevde seg delaktig i prosessen, **Annelie** understreka opplevinga av at personalet ville vere ilag med dei innlagte, og **Gøran** har understreka at han vart lytta på i to timer i første møtet (118fs). Å ha stabil terapeut som ikkje gir opp, men blir relasjon over tid, der den personar får bestemme varigheit, kjennes trygt, stadfestar **Susanne** (126). Å bli vist tillit og ansvar, er og viktige komponentar, i fylgje **Bengt-Jøran** (135).

4.3.3.5 Gjensidighet, tillit, ansvar og maktbalanse.

Å bli vist tillit er i fylgje psykolog Topor eit uttrykk for gjensidighet, og å gi ansvar viser tiltru til at personen klarar å meistre (135). Dette omhandlar og eit meir balansert makt forhold der behandlar gir ifrå seg makt. Å utsetje relasjonen for situasjonar som brukar meistrar betre enn terapeuten, kan endre maktbalansen, og styrke relasjon og brukar. Skau skriv at forutan vanlege yrkeskvalifikasjonar, treng tenesteytar personlege eigenskapar som mot, medkjensle, integritet, engasjement, og vilje til å risikere ubehag (2003: 84) Personar med psykiske vanskar kan over tid ha mista tiltru til seg sjølv, om å kunne bidra med noko. For å få til meir gjensidige relasjonar, hevdar Topor det vil vere gunstig å få fram både brukars evner og kompetanse i forhold til den ein utviklar relasjon til, eventuelt profesjonelle sitt liv og tilkortkomming (Topor 2006: 138). Når **Gøran** erfarer relasjon til eit menneske, så kan han byggje relasjon til fleire (139).

4.3.4 Åpen dialog bak lukkede dører

Topor skriv at det beste ville vere om ulike perspektiva vart presentert tydeleg, diskutert og gjort partane rikare på innsyn og forståing gjennom dialog. Betre dialog kan og bør gjere personalet meir merksam på at personar i betringsprosessar si utvikling av nye sider i seg sjølv, ikkje bør oppfattast som nye symptom på sjukdom (72fs).

Kanskje vi finn svar på Topor si etterlysing i Åpen Dialog

4.3.4.1 Pasientar og pårørande i Åpen Dialog med psykiatri i nettverksmøter

Dette er henta frå ein forskingsartikkel som skildrar eit studie av pasientar og pårørande sine erfaringar med Åpen Dialog i nettverksmøter ved ein lukka psykiatrisk avdeling i Norge. Tilnærminga byggjer på forskingsarbeid frå Open Dialog (OD) i Finland, som fokuserer på nettverksmøter innan 24 timar ved akutte psykiske kriser, basert på sju prinsipp. Gjennom møta i Norge har deltakarar dokumentert at dei erfarar auka medbestemming i eiga behandling, opplevd likeverd, samt håp om betring (Sørgård og Karlsson 2017).

4.3.4.2 Sju prinsipp for samarbeidande tenester og praksisar og resultat

Sørgård og Karlsson (2017) viser til finske Sikkula og Arnkil (2013) som er tilknytt Open Dialogue (OD) i Finland. Dei sju prinsippa er:

(1) Rask hjelp, (2) Sosialt nettverksperspektiv, (3) Fleksibilitet og mobilitet, (4) Teamets ansvar, (5) Psykologisk kontinuitet, (6) Toleranse for usikkerheit, (7) Dialog.

Forskning om tilnærming i Finland viser raskare betring av pasientens psykiske krise, redusert innleggingstid, redusert bruk av tvangstiltak og psykofarmaka, skriv Sjørgård og Karlsson (2013) og viser til Seikkula et al., 2001; Seikkula et al., 2003; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011; Aaltonen et.al, 2011).

4.3.4.3 Dialog som metode

Seikkula & Arnkil (2007) skildrar at dialog verkar heilande, gjennom at ein opplever seg seg høyrte og sett, som er vesentleg menneskeleg behov, som blir innfridd når nokon gir respons på det sagte og usagte.

Vidare skriv dei at gjennom slike dialog samtalar gir det òg rom for å kjenne på vanskelege kjensler, å kunne uttrykkje dei og samtidig blir det skapt ei kjenslemessig gjensidigheit og tilhøyrslø med dei andre deltakarane. Det å kunne fortelje sine historier og bli lytta til, kan medføre oppleving av gjensidig respekt og verdsetjing, skriv Sjørgård og Karlsson (2017) og viser til Seikkula & Arnkil (2013).

4.3.4.4 Både asymmetri og likeverd

Karlsson & Borg (2013) påpeikar at psykisk helsearbeid skjer i relasjonar som rommar både likeverd og asymmetri. Skal ein vere til hjelp, må relasjonen etablerast på likeverdig grunnlag. Asymmetri viser seg ved at den hjelpesøkjande er meir sårbar på områder som vedkommande treng hjelp til å løyse eller leve med, skriv Sørberg og Karlsson (2017).

Asymmetrien i relasjonen mellom den hjelpesøkjande og hjelparen kan lett verte tydeleg forsterka i en slik gruppekontekst. Korleis kan då pasientar som deltek i nettverksmøta oppleve likeverd?

På nettverksmøta kan pasientane fortelja om sine opplevingar, og vert høyrte og respektert for det. Pasienten er hovudpersonen i møta, og primært blir det snakka om det pasienten er oppteken av å snakke om. Pasienten bestemmer sjølv kven som skal inviterast til møta og er i ein arena der ein i større grad får moglegheit til å verke i eiga behandling basert på egne føresetnader og med moglegheit til å ta egne val. Pasienten vert anerkjent for sin erfaringskunnskap og vert sett på som ekspert på seg sjølv. Dette bidreg til maktforskyving frå fagperson til pasient. Pasienten opplever myndiggjering, som vil kunne bidra til auka likeverd (Sjørgård og Karlsson 2017).

4.3.4.5 Aksepterer psykose i kommunikasjonen

Dei refererer Seikkula & Arnkil (2013), og skriv fylgjande om frigjering av håp gjennom å «akseptere» psykose i kommunikasjon:

Målet med behandling ved bruk av Åpen Dialog er å utvikle eit felles språk for erfaringar som elles ville kunne fortsette med å manifestere seg gjennom pasientens symptom, som psykotisk utsegn eller ådferd, preget av hallusinasjonar og vrangforestellingar.

Hallusinasjonar kan dukke opp i situasjonar som rører tema som kan være forbundet med dei psykotiske erfaringane. Forfattarane viser til at ved å la psykotiske ytringar få plass i samtalene, vil pasienten og familien delta i en prosess som gjer det mogleg å lage nye forteljingar om betring, tilfriskning og håp. Det er i den spesifikke og unike kunnskapen personar har om sin eigen historie at kjeldene finns til kva som er bra for kvar enkelt, kva dei ynsker, håpar på og drøymmer om i liva sine, kan finnast. Slik kan det tenkjast at nettverksmøter bidreg til at det vert fortald andre historier enn den dominerande problemhistoria. Denne kan etterkvart vike plassen for nye forteljingar kor moglegheiter og håp trer frem både for pasient og nettverk. Nettverksmøta kan vere en arena med moglegheiter for å tru på noko betre. Opplevinga av ikkje å bli stigmatisert kan bli uttrykt av pasientane, fordi dei sjølv inviterer personar dei har tillit til, og som kan være til hjelp for vedkommande.

Gjennom Åpen Dialog konsept som vart nytta i Norge, er det ei brukarressursorientert innstilling blant både personalet, brukar og pårørande, der forskingsresultata viser at tenestemottakarane her erfarer håp om betring, medan 24 timars intensivt opplegg i Finland viser raskare betring av pasientens psykiske krise, redusert innleggingstid, redusert bruk av tvangstiltak og psykofarmaka. Kanskje psykiatrien og oss i Norge har noko å lære av våre naboar?

4.3.5 Recovery

Recovery har røter i opprør og kamp, med slektskap til humane og sosiale fagtradisjonar, med innsats for like menneske- og samfunnsrettigheter for alle innbyggjarar. Recovery kan utfordra maktstrukturar og inspirere til mogleg gjering av endringar, og særskild vert det peika på motsetningar og moglegheiter innafor psykisk helse og rus. Salutogenese, resiliense, empowerment og endringsstrategi er sentrale omgrep (Karlson og Borg 2017).

4.3.5.1 Recovery i forhold til betringsprosess

Recovery er ein betringsprosess, som handlar om å få det betre både inni seg og rundt seg gjennom betring og meistring, og å ta tilbake alt som er tapt;

rettar, roller, ansvar, avgjerdsle moglegheiter, der støtte og hjelp òg er sentralt.

Recovery handlar om å skape seg eit liv, og korleis kome seg dit, i samspel med andre. Det er ein individuell og sosial prosess som ikkje kan skiljast.

(Karlson og Borg 2017)

4.3.5.2 Recovery -orienterte praksisar

Dialogiske og samarbeidande praksisar tek utgangspunkt i ressursar og det relasjonelle, samt empowerment tankegang, med styrking av myndigheit og makt i eige liv.

Fagpersonell og andre gjer ein innsats i å støtte personen i arbeidet med å komme seg vidare. Dette gjeld støtte på personleg nivå (relasjonelt) og organisasjons-og samfunnsnivå (lobbyist, rettigheter, anti-stigmatisering, lokalmiljøutvikling), kor ein vil endre resultatmål, samarbeid og kunnskapsgrunnlag (Karlson og Borg 2020).

Recovery praksisen har fokus på betringsprosessar for personar med psykiske vanskar, og ved Hurdalssjøen Recoverycenter og Haraldvangen i Hurdal, er det etablert Recovery praksisar. Personar med alvorlege psykiske vanskar kan erfarer betringsprosessar der.

5.0 Oppsummering og konklusjon

Her blir oppsummering frå ulike kjelder i forhold til problemstillinga presentert. Frå kva Topors og Randbys primærkjelder utalar om kva som hjelper, og vidare om kva Topor og Strauss, som psykolog og psykiater skriv som hjelper, om brukarorganisasjonen Norsk foreining for psykisk helsearbeid, som sjølv har konklusjonar med kva som trengst, og kva pasientar i Åpen Dialog har erfart i betringsprosessar, før det kjem ein slags konklusjon

5.1 Oppsummering frå alle kjelder i forhold til problemstillinga

Problemstillinga er: Kva hjelper? Betringsprosessar frå alvorlege psykiske vanskar

5.1.1 Oppsummering av hovudfunn frå Topors primærkjelder

Viss omgjevningane stadfestar rimeleg reaksjon på urimelege forhold, kan det medføre mindre opplevd skam og skuld. Når ein manglar håpsdimensjonen sjølv, kan andre personar representere den. Kjærleik frå andre gjer at ein opnar opp. Forståing og omsorg trengst i staden for innelåsing og medikament.

På botn og i avgrunnen, får ein ny erkjenning og skjønar at for å komme seg vidare, må ein ta ansvar sjølv for kva ein treng, som ikkje er avstumpande medisin og elektroshjokk, men kjærleik og omtanke, og å bli sett.

Sjølve psykosjen kan opplevast som ein topp, med frigjering frå omsyn til andre, konvensjonar og tilpassing som gjer ein nedtrykt.

Å bli imøtekommen på det vanskelege ein vil dele, bli vist interesse, bli trudd, få respons, stadfesting, og få hjelp til å ordne opp, er viktig.

Djup innsikt gir ny overlevingsstrategi; berre ein sjølv kan gjere noko for å endre sin situasjon, men i kombinasjon med eigen vilje er ein avhengig av støtte frå andre.

Å få nok ro og tid til det indre sorteringsarbeidet med å akseptere tilstanden sin, samle krefter og finne ny retning, er viktig, men ein kan trenge ein person ilag med seg, for å teste ut eigne tankar og reaksjonar, og vurdere vilkår.

Positive erfaringar i betringsprosess, må integrerast i sjølvbiletet, gjennom samtalar og samspel med andre menneske.

Å kunne bli betre i eige tempo, bli støtta i prosessar, vere tilstades i eige liv, og kunne velje mellom ulike alternativ. Å stole på sitt indre «jag», frå ei oppløysing av sitt indre slaveri, til å eige heile seg. Å klare å leve med å bli skuffa, og gå vidare i kvardagen. Å vekse inni seg og erobre kjensla av å vere seg sjølv, treng og anerkjenning frå andre. Oppleving av meir likestilte roller, samt tru på eigne evner, og å meistre, er til hjelp (Topor 2006).

5.1.2 Oppsummering av hovudfunn frå Randbys primærkjelder

Dei konstitusjonelle forholda med ytre behov er viktig for best mogleg levekår, trivsel, kontroll og trygghet, bustad, orden på økonomi, struktur på døgn og måltid.

Meir innovervendte behov er; Styrka meistringskjensle, sjølvkjensle, å få forståing av og innsikt i psykiske helse, samtalar i psykiatritenesta, gruppeaktivitetar, fellesskap, opplevd støtte, lokalt hjelpeapparat, få bruke tid, små steg mot langsiktige mål, spesielle relasjonar, ta det største ansvaret sjølv, arbeide med fortida, å bli gitt ny tillit, utøve meir eigenomsorg, ikkje ta all skuld på seg, drikke øl med venner, ha konstruktive nettverk og fokus på kva ein kan gjere sjølv, avbryte negative tankekjør, bruke sjølvhjelpsteknikkar og gå i sjølvhjelpsgruppe. Å redusere mengde eller velje alternative rusmiddel som ikkje fungerer som psykoseutløysar, hjelper og i betringsprosessar (Randby 2010).

5.1.3 Kva Topor skriv som hjelper i betringsprosessar

Å få praktisk og økonomisk hjelp, emosjonell og sosial støtte, å bli sett, høyr, akseptert og respektert i sosialt samspel med sympati, empati og personkjem, og å kjenner seg utvalt.

Å søkje seg til personar og situasjonar som har positiv innverknad, og åndelege aspekt knytt til Gudstru og vere med i eit samfunn. Å få forklaringar, organisere erfaringar og orientere seg mot ei framtid, inspirasjon frå andre med tilsvarende erfaring, å ta ansvar sjølv for å komme seg, støtte frå personar og omgjevnader, tidleg meistringserfaring, og meistringstillit, personlege eigenskapar frå andre i form av å bli møtt med gjensidigheit, tillit, å bli gitt ansvar, erfare maktbalanse, og bli møtt med respekt for egne ressursar, og bli oppfatta som ekspert på seg sjølv, samt framtidshåpet og kjærleiken er vesentlege.

5.1.4 Strauss: Kva personar har erfart som hjelp frå venner og pårørande

Å kunne snakke om det ein har opplevd, realitetstesting, stadfesting, integrasjon, kontinuitet, materiell støtte, problemløysing, motivasjon, gjensidig relasjon, få symptomadvarsel, empatisk forståing og å få rollemodell (Topor 2006: 110).

5.1.5 Åpen dialog og betringsprosessar

Forskingsartikkelen viser at deira erfaringar i det norske prosjektet viser at personar erfarte auka medbestemming i eiga behandling som gir myndiggjering og opplevd likeverd.

Aksept av psykose som del av kommunikasjonen, gir anerkjenning og frigjer håp om betring. I den finske intensive praksisen erfarer personane raskare betring frå psykiske krise, redusert innleggingstid, redusert bruk av tvangstiltak og psykofarmaka.

5.1.6 Recovery

Recovery omhandlar òg betringsprosessar, særskild frå alvorleg psykiske vanskar og rus.

5.2 Konklusjon

5.2.1 Kva hjelper?

I tillegg til alt anna som tidlegare i oppgåva er nemnt, vil eg understreke;

Å bli sett, høyr, forstått og anerkjent i samspel med og støtte frå andre, å få næring til å utvikle framtidshåp, å få re/utvikle og stole på sitt «Jeg», å få innsikt i psykiske prosessar, å bli gitt tillit og ansvar, kjenne seg likeverdig, få oppleve å vere fremste ekspert på seg sjølv, og å erfare kjærleik, hjelper i betringsprosessar frå alvorlege psykiske vanskar.

Dette er naturlege behov som alle menneske har, men som **Mona** seier det, -skilnaden er at ein treng meir av dette og til rett tid når ein er i vanskar og betringsprosess (Topor 2006: 105).

5.2.2 Oppnåing av formål med oppgåva?

Min intensjon var å kunne påverke i alle fall meg sjølv og forhåpentleg andre med dette litteraturstudiet, og det har gjeve meg meir innsikt og slik styrka min kompetanse, og forhåpentleg bidrege til å kunne vere betre samarbeidspartnar med personar i utviklings- og betringsprosessar.

Viss ein ikkje kan hjelpe, blir ein kanskje sjølv det svakast ledd, der den viktigaste ressursen ligg i personen som har vanskane.

5.2.3 Siste ord frå brukarorganisasjon

Det kjennes naturleg å la siste ord vere frå representant frå brukarorganisasjon:

Vi vil ha hjelp som bygger på den enkeltes behov, preferanser og erfaringer, i et samarbeid der fagpersoner kan bidra med sin kunnskap, men alltid med ydmykhet og en lyttende holdning, hvor man ikke påtvinger den andre sine definisjoner eller virkemidler. Vi vil ha hjelp som får lov å ta tid, hvor man får mulighet til å utvikle trygge relasjoner og hvor man ikke trenger å ha alle svarene med én gang. Vi er ikke diagnoser, vi er ikke pakker, vi er mennesker. Også når vi sliter med livene våre må vi først og fremst bli møtt som mennesker (Ramstad 2016).

Litteratur

- Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bie, Kristin. 2013. *Refleksjonshåndboken*. Oslo: Universitetsforlaget
- Borg, Marit og Alain Topor. 2014. *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa. 2001. *Mellom mennesker og samfunn Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Broyn, Jo Erik. 2012. «Hva gikk galt med opptrappingsplanen for de aller sykeste psykiske syke?: En drøfting av noen mulige årsakssammenhenger på bakgrunn av en gjennomgang av offentlige utredninger og samtaler med brukere». *BRAGE, Vitenarkivet* Oslo: Universitet i Oslo <https://www.duo.uio.no/handle/10852/35619>
- Brumoen, Hallgeir. 2000. *Bygging av mestringstillit. Metodebok og mestring av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, Olav. 1997. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dysthe, Olga, Hertzberg, Frøydis og Hoel, Torlaug Løkensgard. 2010. *Skrive for å lære:*

- Skriving i høyere utdanning*. Oslo: Abstrakt.
- Fellesorganisasjonen. FO. 2019. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Oslo: Fellesorganisasjonen
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Garsjø, Olav. 2006. *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» Helsebiblioteket. Oslo: Helsedirektoratet, 2020.
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/andre-psykoselidelser/vrangforestillingslidelser>
- Helse og omsorgsdepartementet. «Folkehelsemeldinga 2018-2019» Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Helse og omsorgsdepartementet. «Første resultat om pakkeforløp psykisk helse og rusbehandling». Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2020.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forste-resultater-for-pakkeforlop-psykisk-helse--og-rusbehandling/id2721189/>
- Høgskolen i Molde. 2019. *Emneplan 3 året*. Molde: Høgskolen i Molde
<https://himolde.instructure.com/courses/130/pages/timeplan-emneplan-fagplan-3->
- Håkonsen, Kjell Magne. 2014. *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lauveng, Arnhild. 2020. *Grunnbok i psykiske helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lorentzen. 2008. «Psykoterapi med menneske med psykisk utviklingshemming» Tidsskrift for norsk psykologforening.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/02/psykoterapi-med-mennesker-med-psykisk-utviklingshemning>
- NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom*

- selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern, kap 5 Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet.* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?q=Olofsson&ch=12>
- Paulsen, Cathrine. 2016. «Alltid en løve» Magasinet Psykisk helse. https://psykiskhelse.no/bladet/2016/alltid-en-love?fbclid=IwAR3IP6_ld5MMGUf9Me1Ygh5jQINML4e-7bBbWEWTc7Mm6A3DAcRKDOriGgE
- Person- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient og brukerrettigheter av 2.juli 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20Pasient%20og%20brukerrettigheter>
- Ramsdal, Helge og Kjetil Ramsdal. 2007. *Organisatoriske invensjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer.* Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2007 (3): 1-169
- Ramstad, Sigrid. 2016. «Demonstrasjon mot pakkeforløp.» Norsk forening for psykiske helsearbeid <https://nfph.blogspot.com/2016/08/demonstrasjon-mot-pakkeforlp.html>
- Randby, Margareth. 2010. *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer På vei mot en bedre hverdag.* Oslo: Kommuneforlaget
- Rienecker, Lotte og Jørgensen, Peter Stray. 2013. *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Rygge, Torill. 2019. «Hvilke faktorer identifiserer unge voksne selv som helsefremmende og utfordrende i forhold til psykiske vansker» i *NORA- Norwegian Open Research Archives*. BRAGE, unit. https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2639875/Rygge_Torill%20S..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Skau, Greta Marie. (2013) *Mellom makt og hjelp. -om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper.* Oslo :Universitetsforlaget
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatrici for helse- og sosialfagutdanningene.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Sørgård, Jorunn og Bengt Karlsson. 2017. «Åpen dialog bak lukkede dører» i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*; 14 (04) Oslo: Universitetsforlaget. https://www.idunn.no/tph/2017/04/aapen_dialog_bak_lukkede_doerer_pasienter_og_paaroerendes_e

- Topor, Alain. 2006. *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*.
Stockholm: Natur och Kultur
- Topor, Alain. 2004. *Vendepunkter: et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet seg efter alvorlig psykisk lidelse*. Videncenter for socialpsykiatri
- Universitetet i Bergen og Språkrådet. 2020. *Bokmålsordboka /Nynorskordboka*. Spåkrådet
<https://ordbok.uib.no/ALVORLIG>
- Wifstad, Åge. 1997. *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri, en filosofisk undersøkelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ådnes, Mariann. «Pakkeforløp psykisk helse og rus, fagfolks erfaringer første året.»
Sintef. 2020. Oslo: Helsedirektoratet