

Min stemme ble ikke hørt

**Opplevelse av krenkelser hos pasienter i psykisk helsevern og
følger for deres identitet - en kvalitativ undersøkelse**

Helle Therese Stangstuen



Innlevert som masteroppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

November 2015

Min stemme ble ikke hørt

Opplevelse av krenkelser hos pasienter i psykisk helsevern og følger for deres identitet - en kvalitativ undersøkelse.

© Helle Therese Stangstuen

2015

Min stemme ble ikke hørt. Opplevelse av krenkelser hos pasienter i psykisk helsevern og følger for deres identitet - en kvalitativ undersøkelse.

Helle Therese Stangstuen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Helle Therese Stangstuen

Tittel: Min stemme ble ikke hørt. Opplevelse av krenkelser hos pasienter i psykisk helsevern og følger for deres identitet – en kvalitativ undersøkelse.

Hovedveileder: Nora Sveaass

Biveileder: Tonje Lossius Husum

Bakgrunn: Bakgrunnen for undersøkelsen var at det ikke bare er tvang som krenker. Det var derfor interessant å ta for seg krenkelser i et bredere perspektiv, samt å se dette i sammenheng med identitet. Menneskerettigheter utgjør også en del av helhetsforståelsen i oppgaven.

Organisering og metode: Utvalget bestod av 8 informanter, som alle hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, der 7 av 8 var tilknyttet We Shall Overcome (WSO). Undersøkelsen er kvalitativ, og det ble brukt gruppeintervju, samt individuelle semistrukturerte intervjuer. Undersøkelsen har vært en del av Tonje Lossius Husums postdoktor prosjekt om erfaringer med krenkelser. Prosjektet er tilknyttet Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Husums forskningsprosjekt er en del av en større undersøkelse om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET prosjektet). Gruppeintervjuet ble utført sammen med Husum, mens de individuelle intervjuene ble utført alene. Analysearbeidet ble gjort på egenhånd.

Resultater: Det informantene opplevde mest krenkende var sammenfallende med hva de oppfattet som brudd på menneskerettighetene sine. De opplevde manglende psykologisk oppfølging og manglende medmenneskelighet, som like krenkende som ulike tvangsvedtak. De ga alle uttrykk for at det forekommer en nedvurdering av psykiatriske pasienter blant deler av personalet. Undersøkelsen viser også at det ikke bare er tvang som krenker, da flere av informantene ga uttrykk for å ha blitt krenket under frivillige innleggelse. Et overraskende funn, var at flere informanter beskrev det å bli skrevet ut for tidlig som svært krenkende, til tross for at de i utgangspunktet var tvangsinnlagt. Vedrørende identitet var traumatisk vekst den mest markante identitetsendringen, noe som synes å ha en sammenheng med utvalgets sterke organisasjonstilknytning. Negative identitetsendringer kom klarest til syne indirekte, i form av et utpreget tap av tillit, hovedsakelig rettet mot psykisk helsevern.

Forord

Først vil jeg rette en stor takk til informantene mine. Uten dere ville jeg aldri ha fått muligheten til å skrive denne oppgaven, det har lært meg svært mye både faglig og som menneske.

Hjertelig takk til min hovedveileder Nora Sveaass, for den faglige dyktighet du har delt med meg gjennom dine mange tilbakemeldinger, både skriftlig og muntlig. Men ikke minst det engasjementet du har vist for min læringsprosess og den støtten du har gitt meg, som strekker seg langt utover det faglige.

En stor takk til min biveileder Tonje Lossius Husum, for at du lot meg være en del av prosjektet ditt, samt at du har vært veldig tilgjengelig for mine mange spørsmål.

På det personlige plan ønsker jeg å takke familien min. På hver deres måte har dere bidratt til at jeg er der jeg er i dag - Jeg er dere alle evig takknemlig. En spesiell takk må allikevel gå til min søster Caroline Madelen, din hjelp i innspurten var uvurderlig.

Jeg ønsker også å takke deg, Kari, for din støtte og tro på meg gjennom mange år.

Tusen takk til deg Sanam, for at du alltid har vært en lojal venn og støtte.

To the love of my life, Rémy, I can not thank you enough for your support, patience and love throughout this whole process- you have been amazing.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Forskningsspørsmål.....	2
Menneskerettigheter.....	3
Identitet.....	4
Teoretisk bakgrunn.....	6
Metode.....	7
Kvalitativ metode	7
Reliabilitet og validitet	7
Reliabilitet.....	7
Validitet.....	7
Refleksivitet.....	9
Epistemologi.....	9
Datainnsamling.....	10
Rekruttering og utvalg.....	10
Gruppeintervju/Fokusgruppe.....	12
Individuelle intervjuer.....	13
Transkripsjon.....	15
Tematisk analyse.....	16
Etiske betraktninger.....	21
Personvern.....	21
Sensitive tema.....	21
Anonymitet og konfidensialitet.....	21
Opplevde krenkelser.....	22
Brudd på menneskerettighetene (MR brudd).....	22
Tvangsinnleggelse.....	23
For tidlig utskrivelse.....	24
Tvangsmedisinering.....	25
Opplevelsen av ikke å bli sett og hørt.....	26
For lite samtaleterapi.....	27

Nedvurdering av psykiatriske pasienter.	28
Opplevde endringer i identitet.	29
Positive endringer: Traumatisk vekst versus resiliens.	29
Organisasjonstilhørighet.	35
Negative endringer.	37
Erfart tap av tillit.	38
Metodiske betraktninger.	49
Gruppeintervjuer versus individuelle intervjuer.	49
Implikasjoner for fremtidig forskning og klinisk arbeid.	49
Litteraturliste.	51
Vedlegg.	61
Vedlegg1 Tilbakemelding fra REK.	61
Vedlegg 2 Tilbakemelding fra NSD.	62
Vedlegg 3 Tilbakemelding fra NSD.	64
Vedlegg 4 Invitasjon til workshop (gruppeintervju)	68
Vedlegg 5 Intervjuguide til workshop (gruppeintervju)	69
Vedlegg 6 Oppfølgingspørsmål om identitet.	71
Vedlegg 7 Intervjuguide til individuelle intervjuer.	72

Introduksjon

Å høre på lekfolk, «vanlige folk» eller «ofre gjennom historien» (Lefevbre, 1924; som referert i Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2014) har en lang tradisjon i samfunnsvitenskapen. Kvinner, arbeidere og religiøse minoriteter har alle fått sine stemmer hørt. Det å høre på, anerkjenne og verdsette historien til de med alvorlige psykiske lidelser har vist seg mer komplisert og har tatt lenger tid. Ettersom psykiatriens historie har blitt nedskrevet, har brukerne fortalt sine historier og presentert et bilde som ofte har vært uforenlig med den offisielle eller profesjonelle versjonen (Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2014). Selv om det har blitt bedre, unngår likevel ikke brukermedvirkning det asymmetriske forholdet mellom brukere og profesjonelle (Beresford & Wilson, 2002). Ikke minst på grunn av faren for å diagnostisere brukernes meninger, fremfor å motta deres tilbakemeldinger og deres narrativer som nyttige korrigeringer i prosessen med å forbedre tilbudet av helsetjenester (Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2014). Kogstad, Hummelvoll og Eriksson utga i 2009 en artikkel som tar for seg viktigheten av dialog mellom pasient og behandler, uavhengig av hvilken behandlingsskiltur man for øvrig er tilknyttet. Det viser seg at det er mangel på allianse og dialog som kjennetegner situasjoner der pasienter beskriver negative opplevelser slik som det ikke å bli lyttet til, forstått, trodd, respektert og tatt seriøst.

Det har de siste tiårene vært mye forskning på tvang (Frueh et al., 2005; Husum & Hjort, 2009), men vi vet også at det ikke bare er bruk av tvang som krenker (Frueh et al., 2005). Frueh et al. (2005) viste at ufølsomme, upassende, forsømmende og fornærmende handlinger av helsepersonell, kunne utløse frykt, ubehag, hjelpeløshet, ydmykelse eller tap av tillit til personalet. Dette er eksempler på krenkelser, som ikke nødvendigvis er et resultat av tvang. Thunes bok «Overgrep - et søkelys på psykiatrien» (2008), med 70 fortellinger fra pasienter og pårørende om krenkelser og overgrep i psykiatrien, er gode eksempler på dette. Gjennom boken ser hun på fortellingene gjennom et menneskerettighetsperspektiv, der et av de viktigste budskapene er at «vi har så mye å lære hvis vi klarer å forlate troen på at det handler om *dem* i motsetning til oss» (Thune, 2008, s.180).

Min undersøkelse har vært en del av Tonje Lossius Husums postdoktor prosjekt om erfaringer med krenkelser. Prosjektet er tilknyttet Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Husums forskningsprosjekt er en del av en større undersøkelse om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET prosjektet). Ved prosjektets start var den etter det vi har forstått, den første av sitt slag i Norge, og internasjonalt var den overnevnte studien til Frueh et al. (2005) den eneste som kunne tilsvare denne. Fordi det finnes begrenset forskning på

krenkelser innenfor psykisk helsevern, både i Norge og internasjonalt, anser jeg det som et svært interessant og givende område å få være med å forske videre på. I arbeidet med denne oppgaven har jeg valgt et brukerperspektiv, noe som innebærer at jeg ønsket å høre hvilke erfaringer informanter som har vært i kontakt med psykisk helsevern har opplevd som krenkende. Formålet med min undersøkelse, i tråd med prosjektet som helhet har vært å åpne for hele spekteret av krenkelser, fra de helt subtile, til de mest graverende eksempler på krenkelser. Det som er viktig er informantenes *egne opplevelser* av disse hendelsene. Det er derfor den enkelte informant som definerer hva de legger i det å føle seg krenket. Det som oppfattes som krenkende for én informant, oppleves ikke nødvendigvis krenkende for en annen.

Mitt selvstendige bidrag er at jeg ønsket å ha et identitetsperspektiv i min oppgave, dette gjør seg derfor gjeldende både i forskningsspørsmålet, samt det teoretiske rammeverket rundt. Forskingen på feltet går heldigvis raskt fremover. Da jeg formulerte forskningsspørsmål og bestemte meg for identitetsperspektivet, var jeg ikke kjent med Kogstad, Ekeland og Hummelvolls studie fra 2014. Denne studien ble gjort i samarbeid med Mental Helse Norge, og tok blant annet for seg om medlemmene av denne organisasjonen hadde sterke negative erfaringer med psykisk helsevern. Gjennom deres narrativer fremkom det et tydelig behov for å bekrefte eller gjenopprette identitet dersom en informants verdighet hadde blitt truet eller gått tapt, som en konsekvens av ydmykelser i løpet av behandlingen. Det følte derfor ekstra givende å kunne utforske identitet ytterligere, ikke minst ved hjelp av informanter der majoriteten er medlemmer av en bruker- og interesseorganisasjon med en annen profil enn Mental Helse Norge. Informantene til gruppeintervjuet var rekruttert fra We Shall Overcome (WSO). Denne bruker- og interesseorganisasjonen har et spesielt sterkt fokus på menneskerettigheter og jeg syntes derfor det var interessant å ha dette som et underperspektiv i oppgaven. Det er da informantenes egne opplevelser som er relevante, ikke det juridiske aspektet.

Mitt håp er at økt innsikt i brukerperspektivet, ved hjelp av systematiserte brukererfaringer, vil kunne bidra til forandring og forbedring hos helsepersonell med hensyn til hvordan de forholder seg til pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern.

Forskningsspørsmål

Det jeg er opptatt av er den subjektive opplevelsen av å bli krenket. Det å oppnå innsikt i på hvilken måte ulike krenkelser påvirker ulike informanter, fordrer at man får

tilgang til deres personlige erfaringer. Målet for oppgaven er å undersøke hva informantene opplever som krenkende, og hvordan det de har opplevd har påvirket identiteten deres. Mitt forskningsspørsmål er derfor som følger:

Hva er det pasienter som har vært i kontakt med psykisk helsevern opplever som krenkende, og hvilke følger føler de dette får for deres identitet?

Menneskerettigheter. Menneskerettighetene (MR) er fundamentale rettigheter og friheter som tilfaller ethvert menneske. De har til hensikt å verne individet fra overgrep begått av staten og er nedfelt i ulike konvensjoner, som er juridisk bindende for de statene som har sluttet seg til eller ratifisert dem (Halvorsen & Sveaass, 2009). FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) av 1966, konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) av 1976 og Europarådets menneskerettskonvensjon (EMK) fra 1950, er alle ratifisert av Norge. Konvensjonene er nedfelt i menneskerettighetsloven av 1999 og er dermed en del av norsk lov. Det mest grunnleggende prinsippet i disse konvensjonene er «menneskets absolutte og universelle ukrenkelighet» (Hjort & Husum, 2009, s.1169). I tillegg blir behovet for å verne om menneskerettighetene til personer med psykiske vansker fremhevet i loven om psykisk helsevern. Det er staten som har forpliktet seg til å ivareta borgernes MR, og det er derfor når staten ikke overholder disse forpliktelsene at det er snakk om brudd på menneskerettighetene. Dersom en pasient blir krenket fysisk, psykisk eller seksuelt av helsepersonell, er det et overgrep og lovstridig, men ikke nødvendigvis et MR-brudd (Hjort & Husum, 2009). Individets subjektive opplevelse av en hendelse kan ha lite med juss å gjøre, og det er derfor jeg i min oppgave har valgt å fokusere på informantenes *opplevelse* av sin krenkelse, fremfor juridiske aspekter. Fortellingene om negative og ydmykende opplevelser i møte med psykisk helsevern har i den senere tid blitt mange, både fra pasienter, pårørende og fagfolk (Thune, 2008). Det handler allikevel ikke bare om subjektivt opplevde krenkelser, noe som bekreftes ved at flere har fått rettens medhold i at deres rettigheter har blitt krenket ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering (Klassekampen, 2007; Larvik tingrett, 2004, som ref. i Hjort og Husum, 2009).

Det er spesielt fire artikler i Den europeiske menneskerettskonvensjon som utgjør en utfordring i psykisk helsevern: Artikkel 3: Forbud mot tortur og inhuman behandling, Artikkel 5: Rett til personlig frihet, Artikkel 8: Rett til respekt for privat- og familieliv, hjem og korrespondanse og artikkel 9: Rett til tanke-, samvittighets -og religionsfrihet. Informantene til gruppeintervjuet ble rekruttert ifra WSO, brudd på MR ble derfor spesielt interessant å ha som et underperspektiv i oppgaven. WSO har et spesielt sterkt engasjement

når det gjelder den nye FN konvensjonen om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). CRPD prøver å ivareta personlig frihet og rett til helsehjelp, to viktige aspekter ved menneskerettighetene. CRPD har som utgangspunkt at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få beholde sin rettslige handleevne, og dermed sikre rett til autonomi og personlig frihet og sikkerhet på lik linje med alle andre (Likestillings- og Diskrimineringsombudet, 2013). Dette til forskjell fra artikkel 5 i EMK der sinnslidende er en av fem grupper det hjemles frihetsberøvelse for (Likestillings- og Diskrimineringsombudet, 2013). Norge ratifiserte CRPD i 2013 (FN-Sambandet, 2015). WSO finner det allikevel urimelig at Norge ikke også har ratifisert den frivillige tilleggsprotokollen, og ikke minst at vi har innført tolkningserklæringer, som de mener er i strid med konvensjonens formål (WSO, 2015).

Identitet. Identitet handler om personers eksplisitte eller implisitte responser til spørsmålet ”hvem er du?” (Vignoles, Schwartz & Luyckx, 2011). Studiet av identitet kan derfor sies å være studiet av hvem «jeg er» og hvordan biologi, psykologi og samfunn interagerer for å produsere en subjektiv følelse av den personen som er den «genuine meg» (Kroger, 2000). Identitet kan ut ifra et utviklingspsykologisk perspektiv defineres som personers stabile følelser av mål, oppfatninger, verdier og livsroller (Erikson, 1968). Innenfor samfunnsvitenskapene finnes mange ulike perspektiver som har forsøkt å definere identitetens dimensjoner (Kroger, 2000).

Erik Erikson (1956) omtales ofte som den første som konsentrerte seg om ikke bare den vitenskapelige, men også den populærvitenskapelige betydningen av identitet (Kroger, 2000). Eriksons psykososiale tilnærming inneholder en integrering av historiske, biologiske, psykologiske og sosiokulturelle krefter (Kroger, 2000).

Erikson (1968) formulerte åtte kronologiske stadier for egoutvikling som bestod av motpoler, der hvert stadium kjennetegnes av en psykososial krise (Kroger & Marcia, 2011). En positiv løsning på den psykososiale krisen i de sene ungdomsårene, vil være følelsen av en integrert identitet som innebærer å ha utviklet verdier, oppfatninger og mål på betydningsfulle områder i livet (Erikson, 1968). Erikson så for seg at identitetsdannelse først og fremst foregikk i løpet av ungdomsårene, men begrepet anvendes nå gjennom hele livsløpet (Kroger & Marcia, 2011), ettersom ens biologiske, psykologiske og samfunnsmessige omstendigheter endrer seg (Kroger, 2000).

I løpet av 1980-årene oppstod det innenfor samfunnsvitenskapene forestillinger om narrativ identitet på bakgrunn av skriftlige arbeider fra filosofer, psykologer og

samfunnsteoretikere (McAdams, 2011). McAdams (1985) var den som kom opp med den første fullstendige teoretiske modellen om narrativ identitet og som skisserte en forskningsagenda for å kunne undersøke innholdet og de strukturelle kjennetegnene til livshistorier (McAdams, 2011). McAdams bygget videre på Eriksons (1963) forestilling om ego identitet og Murrays (1938) personorienterte tilnærming til å studere folks liv (McAdams, 2011). Narrativ identitet kan defineres som den internaliserte og utviklende historien av selvet som en person konstruerer for å tillegge livet sitt mening, hensikt og helhet (McAdams, 2011). Denne historien er en selektiv rekonstruksjon av den selvbiografiske fortiden, og den er en narrativ foregripelse av individets forestilte fremtid. Narrativ identitet integrerer et liv i en tid og i en kultur. Historien tjener til å forklare både selvet og andre hvorfor personen har blitt som han/hun er blitt og hvor hans eller hennes liv er på vei. Livshistorien gir en moral berettigelse, for hvem en person var, er og vil bli (McAdams, 2011). Den knytter en persons egen historie opp mot de rådende moralske narrative som er gjeldende innenfor en gitt kultur (McAdams, 2011). Narrative teoretikere anser i dag narrativ identitet for å være selvbiografiske prosjekter påvirket av situasjon og som gir mening på tvers av ulike kontekster (McAdams, 2008; 2011).

Teoretisk bakgrunn

Med utgangspunkt i opplevelsen av krenkelser og betydningen dette kan ha for identitet, ønsker jeg hovedsakelig å konsentrere meg om The Centrality of Events Scale (CES). Der jeg i denne forbindelse spesielt vil fokusere på narrativ identitetsteori, som er en del av den teoretiske bakgrunnen for CES. CES fungerer som et måleinstrument, som måler i hvor stor grad sterkt stressende og traumatiske hendelser er blitt sentrale for en persons identitet og livshistorie (Berntsen & Rubin, 2007). Det jeg ønsker å si noe om, er hvordan informantenes opplevelser av krenkelser påvirker hvordan de har det og lever i dag, og hvordan disse negative livshendelsene påvirker identiteten deres. I den forbindelse anser jeg CES for å være et godt verktøy for å nærme meg denne problemstillingen. CES måler i hvilken grad minnet om en stressende hendelse blir til et referansepunkt for personlig identitet og i hvilken grad det påvirker hvordan en person attribuerer og gir mening til andre opplevelser i livet sitt (Berntsen & Rubin, 2007). Det traumatiske minnet kan, i form av sin emosjonelle innvirkning, antas å bli høyst tilgjengelig for et individ. Som et resultat av dette kan det traumatiske minnet bli til et kognitivt referansepunkt for organiseringen av selvbiografisk kunnskap, med en kontinuerlig innvirkning på tolkningen av ikke-traumatiske opplevelser og forventninger om fremtiden (Berntsen & Rubin, 2006). CES måler tre funksjoner av slike høyst tilgjengelige personlige minner, som er overlappende og gjensidig avhengige av hverandre, og i hvilken grad det traumatiske minnet blir et referansepunkt for: 1) hverdagslige forstyrrelser, 2) et vendepunkt i livshistorien og 3) en sentral komponent ved personlig identitet. Ifølge mange teoretikere er måten vi komponerer vår livshistorie på, nært relatert til vår selvforståelse og identitet (Berntsen & Rubin, 2006). Som et resultat vil et traumatisk minne som anses som et sentralt vendepunkt i livshistorien vår, mest sannsynlig også bli betraktet som en sentral komponent ved vår personlige identitet (Berntsen & Rubin, 2006). I likhet vil det å ha en traumatisk opplevelse som en sentral hendelse ved ens personlige identitet, trolig også medføre at en ser traumet som et symbol for vedvarende temaer i sin livshistorie (Berntsen & Rubin, 2006). CES skalaen måler også referansepunkter for hverdagslige forstyrrelser. I den forbindelse er det aktuelt å se på Tversky & Kahneman (1973) og deres tilgjengelighetsheuristikker, samt Pillemer (1998).

Metode

Kvalitativ metode

Noe som kjennetegner den kvalitative forskningen, er at den er orientert mot prosess, fremfor utkomme, og med et fokus på meningsskapelse og erfaringer (Willig, 2008). I følge Smith (2008) er det problemstillingen som avgjør hvilken metodologi som er best egnet. Da formålet med undersøkelsen var å finne ut av hva de som har vært under behandling i psykisk helsevern hadde opplevd som mest krenkende og hvordan de følte dette hadde påvirket deres identitet, virket det derfor hensiktsmessig å benytte et kvalitativt forskningsdesign. Den kvalitative metode gir rom og mulighet for å utforske, beskrive og få innsikt i informantenes subjektive opplevelser og sosiale erfaringer (Smith, 2008). En kvalitativ tilnærming fremstod dermed som et riktig valg. I det følgende vil fremgangsmåte og metode bli beskrevet.

Reliabilitet og validitet

Begrepene reliabilitet og validitet har sitt utgangspunkt i naturvitenskapene og har derfor et annet epistemologisk utgangspunkt enn en forskning med en kvalitativ metodisk tilnærming. Av den grunn bør kriteriene for å kvalitetssikre den kvantitative og kvalitative forskningen være ulike.

Reliabilitet. Reliabilitet blir i all hovedsak forstått som repliserbarhet. Det vil si om forskningsfunnene i en studie vil kunne bli repetert i en annen studie med like eller samme metoder som det opprinnelige studiet (Lewis & Richie, 2003; Merrick, 1999). Ut ifra denne definisjonen, blir det hevdet at reliabilitet i kvalitativ forskning vil være vanskelig å oppnå, grunnet kompleksiteten i de fenomenene en undersøker og den påvirkningen konteksten har på kvalitative studier (Lewis & Richie, 2003).

Det er to faktorer som er viktige. Det ene er å avgjøre hvilke funn innenfor de kvalitative dataene som kan forventes å være konsistente og repliserbare, som fenomener og opplevelser informantene forteller om, og de meningene de har tillagt dem. I slike tilfeller vil reliabiliteten være avhengig av sannsynligheten for en gjentakelse av funnene fra de opprinnelige dataene og om tolkningen vil være den samme. For det andre er det nødvendig å sikre leseren informasjon om forskningsprosessen (Lewis & Richie, 2003).

Validitet. Validitet forklares ofte som et begrep bestående av to dimensjoner, intern og ekstern validitet. Intern validitet eller troverdighet går ut på at man virkelig undersøker det man hevder å undersøke. Ekstern validitet eller overførbarhet kan defineres som i hvilken utstrekning de abstrakte begrepene som blir generert, forfinet eller testet er anvendbare på

andre grupper innenfor populasjonen eller i andre kontekster. Begrepet er i så måte overlappende med begrepet «generaliserbarhet» (Lewis & Ritchie, 2003).

For på best mulig måte å sikre kvaliteten på undersøkelsen, har jeg forsøkt å ta høyde for innholdet i disse begrepene og måten de kan forstås på, når de brukes på kvalitativ metode. Jeg brukte semistrukturerte intervjuer. Med hensyn til reliabilitet, var intervjuguiden utformet på en slik måte at den er nok strukturert til å sikre repliserbarhet, samtidig som den ga informantene god anledning til å komme med sine egne fortellinger om hva de hadde opplevd og hva de følte, for på denne måten kunne øke validiteten. Det ble deretter utført en systematisk tematisk analyse hovedsakelig basert på Braun og Clarkes anbefalinger (2006), og tolkninger som er gjort, er på bakgrunn av datamaterialet. Jeg har forsøkt å være så åpen som mulig om forskningsprosessen, med tanke på hvordan analysen er blitt utført og hvordan tolkninger har fremkommet. Slikt sett må studien kunne sies å være repliserbar.

Repliserbarhet må allikevel sees i sammenheng med validitet, og i forhold til den eksterne validiteten, altså om resultatene er generaliserbare til andre utvalg og populasjoner.

Informantene viste seg å ha et visst særpreg, med hensyn til organisasjonstilhørighet og behov for å formidle opplevelsene sine til andre. Dersom man ikke tar høyde for dette og bruker dette som spesifikke utvalgsriterier, stiller jeg meg noe tvilende til at man som forsker nødvendigvis vil få de samme resultatene som i denne undersøkelsen. Jeg anser allikevel ikke dette som et problem, da det gjennom oppgaven blir understreket at datamaterialet er fremkommet fra et utvalg som til dels var selektivt ved at informantene fra gruppeintervjuet var rekruttert fra WSO. Samt at det kan virke som om majoriteten av informantene som sa seg villige til å la seg intervjuer, i utgangspunktet var svært engasjerte i spørsmål vedrørende psykisk helsevern. Det er jo nettopp dette som er den kvalitative metodes styrke, at den gir rom for å formidle opplevelser og følelser fra et mindre antall mennesker.

Som nevnt under reliabilitet, mener Lewis og Ritchie (2003) at det er viktig at man som forsker er åpen om forskningsprosessen. Dette gjør seg også gjeldende i forhold til validitet både med hensyn til forskningsmetode og forskningsfunn, slik at andre kan vurdere validiteten til studien. Det er derfor viktig at en dokumentasjon av forskningsprosessen, inneholder hvordan meninger eller tolkninger har blitt attribuert (Lewis & Ritchie, 2003). Ved å gi slike transparente og grundige beskrivelser, gir man leseren mulighet til selv å verifisere konklusjoner som er blitt gjort og vurdere om studien er generaliserbar til andre kontekster, utover den studien som er blitt gjennomført (Lewis & Ritchie, 2003). For å etterleve dette, presenteres informantenes opplevelser gjennom direkte sitater. Sitatene som er valgt ut, synes

jeg fanger essensen i det de forsøkte å formidle. Med hensyn til den indre validiteten, var jeg nøye med å bekrefte at mine tolkninger av informantenes utsagn var riktige, ved å stille oppfølgings spørsmål, samt fortolkende spørsmål.

Refleksivitet. Betragtninger rundt forskerens rolle i den kvalitative forskningsprosessen omfatter refleksivitet. Willig (2008) definerer refleksivitet som noe mer enn å anerkjenne personlige «bias». Refleksivitet oppfordrer oss til å tenke på hvordan våre egne reaksjoner på forskningens kontekst og dataene våre, faktisk muliggjør en bestemt innsikt og forståelse. Det er allikevel viktig å nevne at det som regnes som en av kvalitativ metodes styrker, det menneskelige instrumentet som metode og en anerkjennelse av at det eksisterer ulike sannheter, blir av enkelte betraktet som en svakhet og trussel ved metoden (Merrick, 1999). Denne anerkjennelsen av forskeren som sentral i konstruksjonen av kunnskap, gjør det nødvendig å reflektere over at dette bidrar til den kvalitative metodes både styrker og begrensninger. En måte å gjøre dette på, er å anerkjenne forskerens påvirkning og involvering i studiens meningsdannelse, men også gjennom å skildre steg i forskningsprosessen og tydeliggjøre denne påvirkningen. Et slikt kritisk og evaluerende syn på forskningsprosessen som refleksivitet oppfordrer til, medfører at man som forsker må gå fra å betrakte datainnsamling som noe objektivt, til heller å anse det som noe som blir oppnådd gjennom undersøkelsen av og gjenkjennelsen av hvordan man aktivt konstruerer sin kunnskap (Finlay, 2002).

Jeg prøvde å stille meg så åpen som overhodet mulig til det materialet som fremkom gjennom intervjuene, men som menneske og forsker vil man alltid være preget av sin egen livs- og kunnskapsverden, sin egen (for)forståelse og egne forventninger (Flick, 2005). Jeg har aldri jobbet i en klinisk sammenheng og har dermed ikke noen bakgrunn innenfor psykisk helsevern. Min forforståelse i forkant av intervjuene var dermed kun basert på teoretisk kunnskap jeg hadde tilegnet meg, hovedsakelig om tvang. Ellers stilte jeg med et så åpent sinn som mulig og tror dermed ikke min bakgrunn som psykologistudent påvirket meg i nevneverdig grad.

Epistemologi. Epistemologi betegner læren om grunnlaget for all viten, dette er den delen av filosofien som tar for seg de forskjellige typer av kunnskap vi har om verden og validiteten til denne kunnskapen (Langdrigde, 2006). Det epistemologiske rammeverket en velger seg er viktig, for disse erkjennelsesteoriene sier noe om hvilken virkelighetsoppfatning vi har (Flick, 2003). Jeg har valgt et sosialkonstruktivistisk ståsted. Dette innebærer å jobbe innenfor et forskningsparadigme der en har som utgangspunkt at menneskets sosiale

virkelighet og vår kunnskap om den er sosialt konstruert (Denzin & Lincoln, 2008). En sosialkonstruktivistisk tilnærming tydeliggjør at all menneskelig persepsjon og erfaring skapes gjennom språk, historie, kultur og de sosiale prosessene i disse (Burr, 1995; Willig, 2008). Sosialkonstruktivisme anser at disse sosiale prosessene og interaksjonene er avgjørende for å kunne produsere og understøtte kunnskap. En antagelse innenfor de sosialkonstruktivistiske retningene er en avvisning av ideen om at sosialvitenskapen kan produsere objektiv kunnskap. «Sannhet» er forstått som kunnskap som er kollektivt akseptert, heller enn objektive observasjoner (Burr, 1995). Sosialkonstruktivisme åpner derfor for at man kan ha ulike opplevelser og beskrivelser av det samme fenomenet. Når en som forsker belyser menneskers egne fortolkninger og sannheter om verden, kreves det derfor en kontekstuell forståelse (Willig, 2001). Sosialkonstruktivisme vektlegger også forskeren som en aktiv deltager i kunnskapsutviklingen. Det er derfor nødvendig å tydeliggjøre sin forforståelse og de valg som er gjort underveis, slik at funnene fremstår som gyldige og troverdige (Denzin & Lincoln, 2008; Malterud, 2011).

Vedrørende det siste punktet, har jeg allerede redegjort for hvordan jeg har gjort dette i de foregående avsnittene.

Datainnsamling. Som kvalitativ forsker og spesielt dersom en jobber innenfor et sosialkonstruktivistisk forskningsparadigme, er det riktigere å si at man genererer data, heller enn å si at man samler de inn. I følge Mason (2005) er betegnelsen «generere» mer korrekt enn å «samle inn», fordi det på en bedre måte sammenfatter den omfattende rekken av relasjoner mellom forsker, den sosiale verden og data som det kvalitativ forskning spenner over.

I likhet med det meste av kvalitativ forskning, har oppgaven en induktiv tilnærming, det vil si at slutningsrekken går fra det generelle til det spesielle. En slik tilnærming er datastyrt, også kalt bottom-up. Dette vil si at en går nedenfra, fra de empiriske data og opp for å finne svar (Malterud, 2011).

Rekruttering og utvalg. Det var leder for prosjektet som helhet og min biveileder som rekrutterte informantene (se vedlegg). Til gruppeintervjuet ble informantene rekruttert gjennom WSO. Leder for prosjektet Tonje Lossius Husum var til stede ved gruppeintervjuet, mens alle individuelle intervjuer foretok jeg alene. Da jeg ble oppfordret av hovedveileder til å ha et større utvalg, ble det også rekruttert ytterligere informanter til individuelle intervjuer.

Gruppeintervjuet fant sted ved Senter for medisinsk etikk (SME) og fem personer, to menn og tre kvinner i alderen 21 til 80 år deltok. Det var med andre ord en god fordeling både

med hensyn til kjønn og alder. Prosjektleder tok i ettertid kontakt med dem som hadde deltatt på gruppeintervjuet og spurte om de kunne tenke seg å komme til en oppfølgingsamtale med meg ved SME. Mailene var personlig rettet til hver enkelt informant og med min kontaktinformasjon, slik at selve invitasjonen er ikke lagt ved som vedlegg. Det er verdt å nevne at grunnet reisevei, fikk informantene også tilbud om intervju over telefon. Tre av de fem som deltok på gruppeintervjuet ønsket å stille opp på oppfølgingsintervju. Til de individuelle intervjuene ble det rekruttert seks informanter. To møtte for øvrig ikke opp til avtalt tid og var ikke mulige å få tak i, til tross for gjentatte forsøk per telefon og mail. I tillegg ble en deltaker ansett til å være ved så dårlig helse under intervjuet at vi ikke synes det var riktig å be om samtykke. Hun ble derfor ikke med i undersøkelsen.

De individuelle intervjuene bestod av intervjuer med tre kvinner med alderen 54, 61 og 64 år. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det vanlig at antall intervjuer i kvalitative intervjuundersøkelser ligger på rundt 15 pluss/minus 10. Som forsker må en ta hensyn til hvor mye tid og ressurser en har til rådighet. I kvalitative studier er variasjon og dybde i tillegg av større interesse enn antall deltakere (Hennink, Hutter & Bailey, 2011). Sett i lys av dette, samt at dette var en gruppe informanter som viste seg krevende å rekruttere, ble det satt en stopp ved åtte informanter. Da jeg hadde et gruppeintervju, oppfølgingsintervjuer med tre av fem fra gruppeintervjuet, samt tre individuelle intervjuer opplevde jeg datamaterialet mitt som både variert og innholdsrikt.

Utvalget var strategisk eller selektivt, da mitt mål var å snakke med mennesker som hadde vært i kontakt med psykisk helsevern som pasienter. I følge Malterud (2011) er det i kvalitative undersøkelser nødvendig med et strategisk utvalg for å belyse problemstillingen. Det viktige er at man har et utvalg som bidrar til informasjonsrikdom og dermed belyser problemstillingen på best mulig måte. Kriteriet for å være med i undersøkelsen var derfor at informanten hadde erfaring med psykisk helsevern.

Det var relativt krevende for prosjektleder å rekruttere informanter, noe som kan skyldes at opplevde krenkelser er et sensitivt tema. De som sa seg villige til å la seg intervjuet var, bortsett fra én, alle medlemmer av WSO, noe som kan ha bidratt til at de er vant til å snakke om krenkelsene de har vært utsatt for. De er gjennom sin deltakelse i organisasjonen vant til å forholde seg til mye informasjon, blant annet om menneskerettigheter og da spesielt CRPD, og de aller fleste var vant til å uttrykke seg både skriftlig og muntlig om det de har vært igjennom. Det er således mulighet for at utvalget skiller seg noe ut fra det store flertallet

som kommer i kontakt med psykisk helsevern, men det er nettopp dette som er den kvalitative metodes styrke synes jeg, at den åpner for at alle kan få fortelle sin historie.

Gruppeintervju/Fokusgruppe. Fokusgrupper er en metode som benyttes til innsamling av kvalitative data. Dette innebærer at en gruppe mennesker samles for å ha en diskusjon i fellesskap om den eller de temaene man ønsker å undersøke nærmere (Wilkinson, 2008). Fokusgruppens fremste kjennetegn er anvendelsen av den interaksjonen som foregår innen gruppen for å frembringe data og innsikt som ville ha vært vanskeligere tilgjengelig, uten den samhandlingen man finner innenfor en gruppe (Morgan, 1997).

Det eksisterer innenfor litteraturen mye støtte for at fokusgrupper er en metode som er egnet for å utføre forskning på helserelaterte spørsmål som innebærer sensitive problemer, samt for å undersøke folks opplevelser i forbindelse med sykdom og bruk av helsetjenester (Green & Thorogood, 2004; Kitzinger, 1994, 2000, som sitert i Hyde, Howlet, Brady & Drennan, 2005). I tillegg kan informanter synes gruppesamspillet kan gjøre det enklere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige. Dette gjelder spesielt følsomme og tabubelagte temaer (Kvale & Brinkmann, 2009). Sett i lys av dette anså jeg at fokusgrupper egnet seg godt til forskningsspørsmålet mitt.

Folk kan intuitivt ofte tro det motsatte og WSO var derfor innledningsvis skeptiske til å la prosjektleder og meg gjennomføre et fokusgruppeintervju om et så sårbart tema. De trodde det ville være bedre med kun individuelle intervjuer. Vi landet i stedet på et slags kompromiss. Vi valgte å gjennomføre en såkalt «workshop» som har store likheter med et fokusgruppeintervju. I forskningssammenheng skiller fokusgruppeintervjuet seg fra et tradisjonelt gruppeintervju ved at det ved fokusgruppeintervjuet legges mer til rette for generering av data ved at informantene snakker med hverandre, mens dialogen i et gruppeintervju i større grad skjer mellom forskeren og informantene (Morgan, 1997). Vi valgte dermed å tilrettelegge det i tråd med WSOs ønsker, samtidig som våre behov med hensyn til forskningsprosjektet ble ivaretatt. Som en følge av dette bestemte vi oss for å ta med færre spørsmål og organisere disse i fire litt åpne temaer, med et par spørsmål under hvert tema. Det var viktig for oss å gi hver informant god anledning til å fortelle sin historie. Intervjuet tok derfor mer form av det Morgan (1997) omtaler som et «gruppeintervju» og jeg vil derfor i det følgende benytte meg av dette begrepet. Gruppeintervjuet bestod av fem informanter, to menn og tre kvinner mellom 21 og 80 år, med andre ord god spredning på kjønn og alder. Intervjuet varte ca. tre timer, og foregikk ved Senter for medisinsk etikk (SME). Den endelige intervjuguiden valgte vi å kalle: « Punkter til samtale i en workshop

med brukere som har erfaring med behandling innen psykisk helsevern» (se vedlegg), og vil i det følgende bli omtalt som «intervjuguiden». Denne ble også brukt ved tre av de individuelle intervjuene, som ikke var oppfølgingsintervjuer etter gruppeintervjuet, men intervjuer med nye informanter. Prosjektleder begynte med å ønske velkommen, samt å informere om studien og om deres rettigheter som informanter. Samtlige signerte samtykkeskjema før gruppeintervjuet tok til. De ble også opplyst om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd. I tråd med det Morgan (1997) foreslår, prøvde vi å finne en balanse mellom det å følge intervjuguiden og det at informantene fikk ha en åpen og fri diskusjon. Et problem i slike gruppeintervjuer kan være at enkelte tar en mer dominant rolle enn andre. Det viste seg derfor etter hvert at en god løsning var at hver informant fikk ordet én og én, for på den måten å kunne svare på spørsmål og fortelle sin historie. Det var selvfølgelig innspill og av og til, og det som må kunne betegnes som avbrytelser underveis, men stort sett fikk hver og en stor frihet til å fortelle sin historie. Innenfor forskning der temaet er lite kjent, er det foreslått at en mindre grad av moderering fra forskerens side, kan vise seg å være mest fruktbart (Morgan, 1997). Vi viste engasjement ved bruk av oppfølgende og fortolkende spørsmål, og lot de ellers få stor plass til å fortelle sin historie. Gruppespillet reduserer imidlertid moderatorens kontroll over intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette var noe vi erfarte på slutten, og som kunne ha vært interessant dersom vi hadde lagt opp til et mer tradisjonelt fokusgruppeintervju, der det som sagt er viktig å studere interaksjonen mellom informantene, i tillegg til det som blir sagt (Willig, 2008). Da vi spurte om organisasjonstilhørighet, ble diskusjonen naturlig nok mer positivt ladet og engasjementet førte til stor interaksjon mellom informantene. Til tross for noen utfordringer underveis og særlig på slutten, anser jeg at dette gruppeintervjuet frembrakte mye og interessante data som har vist seg svært verdifulle for min oppgave.

Under og spesielt etter gruppeintervjuet skrev jeg ned refleksjoner jeg hadde gjort meg, som gikk på hvordan jeg hadde opplevd informantene og hvilke temaer jeg merket gjentok seg. Slik sett begynte analyseprosessen allerede her.

Individuelle intervjuer. For å få et bedre datagrunnlag, gjennomførte jeg både oppfølgingsintervjuer etter gruppeintervjuet, samt tre individuelle intervjuer med tre nye informanter. På denne måten kunne jeg få tak i mer subjektive erfaringer, spesielt med hensyn til spørsmål om identitet. Det kvalitative forskningsintervjuet er godt egnet når en ønsker å få tak i en informants tanker, følelser og erfaringer (Dalen, 2011). Det ene intervjuet ble utført hjemme hos en av informantene, mens de to andre ble foretatt ved SME. Dette var både

praktisk fordi vi fikk snakket uforstyrret, men også med tanke på at dette var et sted disse informantene allerede var kjent med. Intervjuguiden til oppfølgingsintervjuene var basert på transkripsjonen jeg hadde gjort etter gruppeintervjuet (se vedlegg). Da jeg allerede var kjent med informantene og etter å ha rådført meg med veileder, lot jeg være å be de underskrive et nytt samtykkeskjema. Jeg brukte likevel litt tid på å fortelle om intervjustrukturen og informerte de på nytt om deres rettigheter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg valgte å bruke semistrukturert intervju, basert på en intervjuguide. En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig åpner det semistrukturerte intervjuet for at informantene kan fortelle sine historier, tanker og følelser om fenomenet på en reflektert og fri måte (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Intervjuguiden min inneholdt spørsmål som skulle dekkes i løpet av intervjuet. Jeg la likevel vekt på at intervjuet skulle ha store likheter med en vanlig samtale, noe som innebar at jeg ikke la vekt på spørsmålenes rekkefølge eller konkrete spørsmålsformulering, så lenge jeg fikk dekket alle temaene. Som en naturlig følge av dette, ble spørsmålene stilt i en åpen form, som ga informantene mulighet til å fortelle om sine unike opplevelser. Under intervjuene stilte jeg en del oppfølgingsspørsmål for å få et så rikt og fyldig datamateriale som mulig, samt en del fortolkende spørsmål, for å forsikre meg om at mine tolkninger av informantens utsagn var riktige. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det viktig å være en god lytter og bruke oppfølgende spørsmål, for å få så fyldige svar som mulig og dermed skape et empiririkt materiale. Da informantene og jeg allerede kjente hverandre forløp intervjuene veldig fint. Jeg ga de anledning til å bruke den tiden de trengte, slik at intervjuene varte fra omkring 45 minutter til et par timer, ettersom hva informanten hadde behov for.

De tre individuelle intervjuene med nye informanter foregikk på samme måte, slik at jeg kun vil nevne det som var av forskjeller. Jeg gjennomførte intervjuene alene ved SME. Jeg brukte den samme intervjuguiden som ved gruppeintervjuet, med noen små justeringer, blant annet var spørsmålene gjort om til «du form» (se vedlegg). Da dette var nye informanter startet jeg med en kort gjennomgang av studiens formål, (jeg spurte under disse intervjuene også om de spørsmålene som gjaldt for prosjektleder). Jeg fortalte litt om intervjustrukturen og ikke minst gikk vi gjennom deres rettigheter og alle undertegnet samtykkeskjema (Kvale & Brinkmann, 2009). Disse intervjuene hadde flere spørsmål og var derfor naturlig nok av lenger varighet, ca. to timer, det ene nok noe over dette. I likhet med gruppeintervjuet og oppfølgingsintervjuene, noterte jeg meg også her refleksjoner jeg hadde underveis og rett

etterpå, slik at analyseprosessen ble videreført. Spesielt var det interessant at jeg i to av disse intervjuene fikk til dels veldig ulike svar i forhold til hva jeg hadde ifra tidligere, noe som bidro til å berike datamaterialet mitt.

Jeg syntes det fungerte godt med semistrukturerte intervjuer, da de ga meg nok struktur i forhold til generering av data i henhold til forskningsspørsmålet, samtidig som det ga nok frihet til å skape en god intervjusituasjon. I likhet med gruppeintervjuet, ble også alle de individuelle intervjuene tatt opp på lydbånd.

Transkripsjon. For å gjøre meg bedre kjent med datamaterialet, hørte jeg på alle lydbåndopptakene før jeg begynte å transkribere. Det transkriberte arbeidet bestod av 125 sider rådata, og arbeidet med å transkribere begynte så raskt som mulig etter hver intervjurunde. Jeg transkriberte selv gruppeintervjuet og alle de individuelle intervjuene. Dette hadde den fordel at det ble et samsvar, med hensyn til at jeg i stor grad gjorde de samme vurderingene vedrørende hva jeg valgte å skrive ned og på hvilken måte dette ble gjort. Jeg forholdt meg også til ønsket fra prosjektleder om å gjøre det så pragmatisk som mulig, som i praksis vil si at jeg holdt meg til spørsmålene og det som var relevant for dem. Intervjuene ble transkribert så nært opp til lydopptaket som mulig. Det vil si at jeg har prøvd å få det til å ligge så nært opp til slik det ble uttrykt muntlig. Av den grunn begynner mange setninger med; og, også, altså, da det var slik de snakket. Det samme gjelder tegnsetting, den forsøker å gjengi det muntlige inntrykket jeg satt igjen med. Jeg tillot meg å omforme ordene til bokmål der det ble brukt dialekt, men jeg beholdt de endelsene de selv brukte, spesielt verbendelser, samt en del uttrykk. Å utelate dialekt tillot meg å utføre transkriberingen raskere, samtidig som det bidro til en ytterligere anonymisering av informantene, uten at det gikk utover meningsinnholdet i det som ble sagt. Pauser og emosjonsuttrykk ble skrevet ned, der de fremstod som utpreget eller viktige. Som Kvale og Brinkmann (2009) påpeker, kan det grunnet forskjellene mellom muntlige og språklige språkstiler, føre til intervjutranskripsjoner som er usammenhengende og gjentakende, noe som kan fremstå som potensielt stigmatiserende for informanten. Jeg valgte derfor å ta hensyn til dette allerede ved transkriberingen, ved å gjøre små justeringer, slik at språket skulle fremstå som noe mer skriftlig og sammenhengende, med tanke på bruk av sitater senere i oppgaven. Enkelte sitater er også kortet noe ned, for å fremheve meningsinnholdet for leseren. Dersom deler av det som ble sagt er fjernet, har jeg markert dette ved å sette en parentes med flere punktum i. Min måte å utføre transkriberingen på kan derfor betraktes som å være en analyse av hva som ble sagt, fremfor hvordan det ble sagt (Howitt, 2010). Da jeg benyttet meg av tematisk analyse, krever

ikke dette det samme detaljnivået i transkriberingen som konversasjons-, diskurs-, eller engang narrativ analyse, selv i de tilfeller der den tematiske analysen er konstruktivistisk. Det viktige er at transkripsjonen inneholder den informasjonen du trenger fra det som er sagt, på en måte som i størst mulig grad er lik det originale utgangspunktet. I så måte fordrer dette en bokstavtro og ortografisk fremstilling ord for ord (Braun & Clarke, 2006). Selv om det var tidkrevende, synes jeg det var mange fordeler ved å transkribere selv. Jeg lærte noe om min egen intervjustil, og ble svært godt kjent med datamaterialet. Noe som blant annet førte til at jeg ved et av oppfølgingsintervjuene, fikk anledning til å oppklare en misforståelse som hadde oppstått under gruppeintervjuet. Transkribering fra tale til tekst bør anses som mer enn en mekanisk handling, der en får det sagte ord ned på papiret. Det er en tolkningsprosess som er meningsskapende (Lapadat & Lindsay, 1999). Selv opplevde jeg at jeg fortsatte på den prosessen jeg hadde påbegynt under og etter intervjuene, ved at jeg i enda sterkere grad gjorde meg opp tanker og refleksjoner og sånn sett befant meg i en innledende fase av analyseprosessen.

Tematisk analyse. I følge Kvale (2001) er det viktig å tenke gjennom hvilken analysemetode en ønsker å benytte, før en tar fatt på intervjuprosessen. Jeg ønsket å bruke tematisk analyse av flere grunner. Jeg anser den for det første å være en god måte å oppdage temaer i datamaterialet på, det er også en fleksibel analysemetode. I utgangspunktet var planen kun å benytte seg av fokusgrupper, noe tematisk analyse egner seg svært godt til. Da jeg utvidet datamaterialet mitt til å inneholde individuelle intervjuer i tillegg, dro jeg nytte av analysemetodens fleksibilitet, da den også egner seg til dette. I all hovedsak er min analyse basert på modellen til Braun og Clarke (2006). Jeg hentet også generelle prinsipper og måter å forstå analyseprosessen på, fra Kvale og hans meningskategorisering (Kvale, 2001).

Tematisk analyse er en metode som identifiserer, analyserer og rapporterer mønstre eller temaer innenfor dataene (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er mye brukt, spesielt innenfor psykologien. Den er ikke knyttet til et spesifikt teoretisk rammeverk og kan som et resultat av dette benyttes av forskere fra ulike epistemologiske ståsteder. Studiens epistemologiske ståsted vil imidlertid medføre retningslinjer for hva en kan si om data og hvordan en kan teoretisere mening (Braun & Clarke, 2006). Den teoretiske friheten tematisk analyse gir, gjør tematisk analyse til et fleksibelt forskningsverktøy, som legger til rette for muligheten til å gi en rik, fyldig og kompleks redegjørelse av data. Den kan si noe om likheter og ulikheter på tvers av datasettet og kan generere innsikt (Braun & Clarke, 2006). Det faktum at analyseformen ikke er drevet av sterke teoretiske antakelser (Howitt, 2010) kan

være en fordel da problemstillingen min tar for seg et tema som er lite belyst i psykologisk forskning. En bakside ved fleksibiliteten til tematiske analyse er at den mangler klare og konsise retningslinjer for hvordan metoden bør anvendes på datamaterialet. Derfor er det viktig når man rapporterer resultatene at man presenterer hvordan analysen er gjort og hva man som forsker har valgt å fokusere på (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse har begrenset tolkningsverdi, dersom den ikke brukes innenfor et eksisterende teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2006). Resultatene vil derfor i diskusjonsdelen knyttes opp mot teori presentert tidligere i oppgaven. Innenfor tematisk analyse er man som forsker nødt til å gjøre en avveining i forhold til om man skal gi en rik tematisk beskrivelse av hele datasettet eller gi en mer detaljert redegjørelse for enkelte av temaene (Braun & Clarke, 2006). I studier som tar for seg områder som er lite utforsket og deltakernes syn på temaet derfor lite kjent, foreslår forfatterne at det kan være verdifullt å reflektere bredden av innholdet i datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Da dette var tilfellet for mitt forskningsspørsmål, valgte jeg å lese hele datamaterialet på kryss og tvers mange ganger, og ha to temaer, ett med underkategorier og ett med to hovedkategorier som igjen er delt inn i underkategorier, for på denne måten reflektere bredden i funnene mine.

Braun og Clarke (2006) beskriver den tematiske analyseprosessen i seks faser: bli kjent med data, generere foreløpige koder, søke etter tema, gjennomgå tema, definere, raffinere og navngi tema og til slutt produsere rapport. Analysen har vært en sirkulær prosess hvor jeg stadig har beveget meg fram og tilbake mellom trinnene (Braun & Clarke, 2006).

Bli kjent med data. Jeg utførte eller var med på alle intervjuene, samt at all transkriberingen ble utført av meg, noe som tidlig gjorde meg godt kjent med data. Etter hvert intervju, og spesielt etter gruppeintervjuet, tenkte jeg på og noterte ned mulige temaer for analyse. Transkripsjonene etter gruppeintervjuet dannet bakgrunnen for oppfølgingsintervjuene. Spesielt var traumatisk vekst noe som tidlig utmerket seg som et funn som kunne være interessant å utforske videre etter gruppeintervjuet. Transkriberingen førte til at jeg noterte meg interessante uttalelser og emner som gikk igjen, og som jeg derfor anså som interessante i forhold til koding og som tentative temaer.

Generere foreløpige koder. Overordnet sett, handler kodingsprosessen om å organisere data i meningsfulle grupper (Braun & Clarke, 2006). I tråd med Braun og Clark (2006) sine anbefalinger hadde jeg en systematisk gjennomgang av alt datamaterialet, der jeg leste datamaterialet grundig og forsøkte å gi alle deler like mye oppmerksomhet. En eller flere linjer (tekstbiter) ble deretter kodet med en beskrivelse eller en meningsfortetting av

innholdet. Eksempler på koder var «isolasjon/skjerming», «bli sett på som en diagnose», «frihetsberøvelse» og «traumatisk vekst». Disse ble senere innlemmet under større temaer, med unntak av «traumatisk vekst» som ble et tema. Dette var for øvrig et emne som utmerket seg allerede ved intervjuing og transkribering. Jeg utførte all kodingen manuelt, ved hjelp av å lage lister på data. Jeg hadde innledningsvis ca. 150 koder, i og med at jeg gjorde alt manuelt, synes jeg dette var et godt kompromiss mellom å gå gjennom alt datamaterialet og hva som var mulig å holde styr på, på en forsvarlig måte. Etter hvert enkelt intervju og alle intervjuene samlet sett var kodet, gikk jeg gjennom transkripsjonene på nytt for å se om kodene jeg hadde funnet frem til fanget essensen i data, eller om jeg hadde utelatt noe viktig. Som et resultat av dette, ble noen koder lagt til og noen koder endret navn, flere av de samme tekstbitene ble også kodet med flere ulike koder. Under kodingsprosessen var det viktig for meg å forsøke å samle de kodene som syntes å speile det samme konseptet, så lenge disse kodene var relevante for forskningsspørsmålet. Jeg hadde en induktiv, såkalt bottom-up tilnærming til datainnsamlingen, noe som vil si at jeg bestrebet meg etter at kodene jeg kom frem til skulle være datadrevne basert på karakteristikk ved dataene og ikke eksisterende teorier (Braun & Clarke, 2006; Howitt, 2010). I tråd med refleksivitetsprinsippet som jeg omtalte tidligere i kapitlet, ønsker jeg i den forbindelse å være åpen om at jeg merket at min eksisterende kunnskap om temaet og den forforståelsen jeg satt med, gjorde seg gjeldende under kodingsprosessen. Jeg forsøkte allikevel så godt jeg kunne å la dette ligge og kun fokusere på informantenes uttalelser. Med utgangspunkt i mitt konstruktivistiske ståsted, er det likevel sannsynlig at jeg har latt dette påvirke kodingsprosessen til en viss grad. Som nevnt, startet mine refleksjoner allerede under og etter intervjuene, samt forsterket seg da jeg transkriberte og ble enda bedre kjent med datamaterialet. Under kodingsprosessen, der en eller flere linjer ble kodet med en beskrivelse av innholdet, ble jeg gjennom informantenes utsagn nødt til å forholde meg til om jeg skulle betrakte det som ble sagt på et semantisk og eksplisitt nivå, eller om jeg skulle tillate meg å reflektere etter latent og underliggende mening i det som ble sagt (Braun & Clarke, 2006). Jeg har hovedsakelig holdt meg til et semantisk nivå, da oppgaven min er datadreven, og det slikt sett er det informantene ga eksplisitt uttrykk for som danner grunnlaget for mitt datamateriale. Sett ut i fra at mitt epistemologiske ståsted er konstruktivistisk, har jeg som forsker allikevel til en viss grad tillatt meg å tolke data, slik at det er riktig å si at det er en generering av kunnskap som er oppstått i samspillet mellom informantene og meg. Jeg er for øvrig helt åpen om denne prosessen i diskusjonsdelen, der jeg beskriver denne prosessen nærmere.

Søke etter tema. Etter at jeg var ferdig med kodingen, begynte jeg på arbeidet med å forsøke å se et hovedmønster basert på kodene. I følge (Howitt, 2010) er denne identifiseringen av temaer som er basert på koder, et høyerestående analytisk nivå av tolkning. Et tema vil fange opp viktige aspekter ved data som er relevante i forhold til forskningsspørsmålet, og som innebærer responser som danner et gjentakende mønster eller sier noe om meningsdannelsen innenfor datasettet (Braun og Clarke, 2006). Et tema dannes derfor ikke nødvendigvis på bakgrunn av kvantifiserbare mål, slik som hvor ofte noe er beskrevet eller hvor fremtredende det er på tvers av informantbeskrivelsene, men kan også dannes på bakgrunn av hvorvidt temaet fanger opp noe sentralt sett i forhold til studiens formål (Braun & Clarke, 2006).

Jeg laget meg kategorier, og i hver kategori plasserte jeg koder som jeg anså uttrykte noe av det samme eller på ulike måter hadde tilknytning til hverandre, samtidig som jeg passet på at det jeg kodet hadde tilknytning til forskningsspørsmålet. Koder som «blitt mer likeglad», «blitt mer mekanisk» og «synet på andre mennesker har blitt negativt påvirket» plasserte jeg i kategorien «Negative følger for identitet». Basert på disse fellestrekkene jeg så i kodene, dannet jeg foreløpige, tentative temaer. Ved å se de tentative temaene opp imot transkriptene, undersøkte jeg om de var representative for datamaterialet, noe jeg anså at de var.

Rent praktisk skrev jeg ut listene over koder, benyttet meg av fargelegging med ulike overstrykningspennner for å danne ulike kategorier, som jeg så klippet ut og utførte til slutt en manuell sortering av papirbiter (koder). Jeg skrev deretter det jeg hadde kommet frem til, inn på dataen igjen som tentative temaer.

Gjennomgå tema. De tentative temaene ble gjennomgått på nytt, noe som både førte til en revidering og en omorganisering. I følge Braun og Clarke (2006) bør datamateriale innen for hvert tema være logisk og meningsfullt sammenhengende. Som et resultat valgte jeg å slå sammen flere temaer til ett tema, da flere tentative temaer uttrykte det samme, slik at analysen nå er inndelt i to hovedtemaer. Ett tema med underkategorier og ett med to hovedkategorier med tilhørende underkategorier, noe som fremstod som mer ryddig.

Definere og navngi tema. Jeg prøvde etter beste evne å se hva hvert tema handlet om, hvilket fenomen det belyste. Jeg definerte hva jeg anså var essensen i hvert tema og ga dem navn basert på dette. Jeg kom da frem til underkategoriene: brudd på menneskerettighetene (MR brudd), tvangsinnleggelse, for tidlig utskrivelse, tvangsmedisinering, opplevelsen av ikke å bli sett og hørt, for lite samtalerapi og nedvurdering av psykiatriske pasienter. Det

virket derfor hensiktsmessig å samle disse under ett hovedtema for krenkelser, som jeg kalte «Opplevde krenkelser». Identitet har de to hovedkategoriene: positive endringer og negative endringer, der «positive endringer» har underkategoriene: traumatisk vekst versus resiliens og organisasjonstilhørighet. Under «negative endringer» berøres flere forhold, samt at «erfart tap av tillit» er tatt med som en egen underkategori, da dette var den negative endringen i identitet som skilte seg mest ut. Alt er samlet under hovedtemaet «Opplevde endringer i identitet». Gjennom denne måten å organisere og navngi datamaterialet på, kommer de mest vesentlige funnene i data frem på en god måte. Under analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at to av informantene ga uttrykk for opplevelser som stod i kontrast til det som ellers syntes å være felles for de andre informantene. Det var viktig for meg å få dette med, for å ivareta alle aspekter ved datamaterialet og gi et helhetlig bilde av funnene mine. Derfor heter den ene underkategorien «traumatisk vekst versus resiliens».

Produsere rapport. I den avsluttende delen av analysen blir resultatene beskrevet på en konsis og logisk måte i en utfyllende rapport. Formålet med denne rapporten er å fortelle datamaterialets kompliserte historie, der informantenes sitater presenteres for å oppnå dette (Braun & Clarke, 2006). Datamaterialet ble organisert som beskrevet i avsnittet ovenfor. Sitatene er valgt ut på bakgrunn av at jeg synes de fanger essensen i det informanten ønsket å formidle. I diskusjonsdelen knyttes resultatene opp imot teori, tidligere forskning, samt at jeg i tråd med mitt konstruktivistiske ståsted, kommer med mine egne refleksjoner og en mulig tolkning av latent innhold.

Etiske betraktninger

Personvern. Prosjektet som helhet under ledelse av Tonje Lossius Husum ble søkt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Da informantene ikke lenger var døgnpasienter, vurderte REK det slik at de ikke lenger var så sårbare at prosjektet trengte deres godkjenning. Prosjektet ble derfor søkt inn for og godkjent av Norsk vitenskapelig datatjeneste (NSD). Kvale og Brinkmann (2009) påpeker likevel at etiske problemstillinger er noe som preger hele prosessen i et kvalitativt forskningsprosjekt.

Alle informantene mottok informasjonsbrev om prosjektet og signerte samtykkeskjema før intervjuene startet (se vedlegg). De ble også muntlig informert om formålet med prosjektet og fikk opplysninger om personvern som anonymitet og konfidensialitet, at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribering, samt frivilligheten til å delta i prosjektet og muligheten til å trekke seg underveis. Prosjektet som helhet skal etter planen avsluttes 31.12.2017, lydfilene blir allikevel slettet etter transkripsjon.

Sensitive tema. Til tross for REK sin begrunnelse, vurderte jeg det selv slik at enkelte av informantene fremdeles kunne være sårbare. Jeg var også bevisst på at vanskelige temaer ble berørt, og det var derfor viktig for meg å informere informantene om at de selv bestemte hvilke spørsmål de ønsket å besvare. Det var viktig for meg å opptre med vennlighet og respekt, samt under de individuelle intervjuene gi informantene den tiden de trengte til å fortelle sin historie. I etterkant av intervjuene spurte jeg de om hvordan opplevelsen hadde vært for dem. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det viktig å ta høyde for det asymmetriske maktforholdet mellom forsker og informant, der forskeren som regel vil fremstå som den sterkeste part. Dette gjør seg spesielt gjeldende ved individuelle intervjuer, da forskerens makt og innflytelse over en gruppe vil være mindre fremtredende (Wilkinson, 1998).

Anonymitet og konfidensialitet. Alle personopplysninger og lydbåndopptak har blitt behandlet konfidensielt og er blitt sikkert oppbevart. Under transkriberingen ble navn erstattet med fiktive navn og stedsnavn fjernet, og det er kun jeg og mine to veiledere som har hatt tilgang til datamaterialet. Som nevnt under transkripsjon, ble dialekt utelatt, blant annet med tanke på anonymisering.

Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene. Resultatene er basert på en systematisering av det materialet som fremkom gjennom intervjuene, både gruppeintervjuet, individuelle

intervjuer og til dels på bakgrunn av CES skalaen. Resultatene blir presentert gjennom en inndeling i to hovedtemaer; «opplevde krenkelser» og «opplevde endringer i identitet», der hvert tema har sine underkategorier. Gjennom det første temaet forsøker jeg å belyse bredden i opplevelsen av krenkelser hos informantene, fra der informantene føler de har vært utsatt for brudd på menneskerettighetene til det som må kunne betegnes som mer subtile krenkelser. Under det andre temaet presenterer jeg det som fremkom i forbindelse med opplevde endringer i identitet. I sitater der både intervjuer og informant blir sitert, skilles uttalelsene med I (informant), M (masterstudent) og F (forsker).

Opplevde krenkelser

I det følgende vil jeg beskrive informantenes opplevelse av å bli krenket, og hvilke hendelser det dreier seg om og belyse dette ved hjelp av sitater. Fordi det har vært lite forskning på opplevde krenkelser, utover krenkelser i forbindelse med tvang, har det vært svært interessant å oppdage det store spekteret av hendelser som informantene ga uttrykk for som opplevde krenkelser. Under kategorien «opplevde krenkelser» har jeg som antydning inkludert flere underkategorier.

Brudd på menneskerettighetene (MR brudd). Funnene viser at det er et samsvar mellom det de opplevde som mest krenkende og det de opplevde som brudd på menneskerettighetene. Det vil derfor naturlig nok være noe overlapp mellom denne underkategorien og «tvangsinnleggelse» og «tvangsmedisinering». Denne underkategorien inneholder direkte eksempler, der de selv omtalte krenkelsen de hadde blitt utsatt for som et MR brudd, eller klart satt det i en slik kontekst, ved å omtale det som tortur eller andre krenkelser som er brudd på menneskerettslige konvensjoner:

Ia: Ja, det var den første innleggelsen. Det var helt klart et menneskerettighetsbrudd, fordi jeg den dag i dag, mener at psykiateren på legevakta kunne ha latt meg få reise hjem.

Ib: Jeg trodde det faktisk var mulig å få et medikamentfritt behandlingstilbud. Jeg trodde dette var mulig. Altså, det har jo med menneskerettigheter å gjøre. Jeg trodde det var en rettighet jeg hadde.

Sitatene eksemplifiserer informantenes sterke fokus på menneskerettigheter. Flere ganger under intervjuene, henviste de til menneskerettslige konvensjoner, og hadde sterke uttalelser i forbindelse med det de hadde opplevd, slik som tortur, frihetsberøvelse, krenkelse av privatlivets fred og den tilbakevendende sammenligningen med innsatte i fengsler. Flere av

informantene pekte på at innsatte i fengsler, hadde flere rettigheter enn dem. Sitatet under, viser hvordan en informant opplevde det slik at medisiner brukes i altfor utstrakt grad, samtidig som han også setter det i en kontekst der det er snakk om brudd på menneskerettigheter, ved å knytte det til tortur:

Det har kommet frem i dagens lys, at enkelte av de psykiatriske medisinene som de bruker i Norge, faktisk brukes til å torturere krigsfanger. Og det er jo ganske ille at man da kan, når det da brukes som torturmiddel andre steder i verden

Sitatet til denne kvinnelige informanten får frem flere sider knyttet til at tvangsmedisinering kan oppleves som et MR brudd:

I: Men det også liksom bli lagt i belter, også bli liggende i ni timer, også sier jeg at «jeg må på do» og så får jeg ikke gå på do, jeg må, de sier at jeg må gå på bekken. Det synes jeg jo, der har man jo brutt noen grunnleggende rettigheter da. Privatliv og...ja (...).Å gå på do og sånne grunnleggende behov liksom. Og frihetsberøvelse og bevegelses...

F: Det kjente du som ekstra krenkende? Av krenkelsene, så skilte det seg ut som ekstra krenkende?

I: Mmmm, ja, og dessuten det og liksom bli gitt sprøyte i belter, og liksom det å bli dratt ned buksa på.

Skjerming og isolasjon er eksempler på der de følte at menneskerettighetene deres ble brutt. «I fengsel blir man skjermet som straff og i psykiatrien kaller de det behandling, så... Jeg vil si at å behandle mennesker på en sånn måte er tortur faktisk». Betegnelsen «tortur» blir i så måte brukt både om tvangsmedisinering og skjerming/isolasjon. I tillegg var «frihetsberøvelse» en betegnelse som ble trukket frem gjentatte ganger. Enkelte mente at frihetsberøvelsen var det de opplevde som verst og at det er her menneskerettighetskrenkelsen ligger, i det at man ikke får bestemme selv. Noe som ble beskrevet som tortur. Sammenligningen med fengsel ble brukt flere ganger, fordi de anså det slik at de også var utsatt for en frihetsberøvelse, samt at de til og med ble behandlet dårligere enn fanger. En informant som hadde vært tvangsinnlagt på skjermet avdeling ga uttrykk for denne sammenligningen mellom psykiatriske pasienter og fanger:

Det var det verste jeg noensinne har opplevd. Jeg ville faktisk ha foretrukket et opphold i fengsel. Der får man mat, man får en times lufting i døgnet og noen får til og med røyke på cella. Sammenligningen med fengsel er faktisk ikke så ueffen, i begge tilfeller er man utsatt for frihetsberøvelse.

Tvangsinnleggelse. Det å bli tvangsinnlagt, samt oppholdet i seg selv, hadde fått flere av informantene til å føle seg maktesløse. «...og jeg hadde ingen anelse om at han (referer til

psykiateren som var ansvarlig for innleggelsen) skulle signere et papir og så da kunne de gjøre hva de ville med meg», «som tvangsinnlagt har du ingen rettigheter».

Selv det arkitektoniske og ikke minst rutinene var for enkelte med på å understreke følelsen av å være maktesløs:

Så ble jeg lagt rett inn på «asylet» og jeg tenker at det virka veldig sterkt, kanskje på grunn av bygningsmassen eller det arkitektoniske, eller de låste dørene eller jeg vet ikke hva, for det følte liksom helt sånn der, mmm nå har jeg ikke mer å leve for, nå har jeg havna her liksom.

I forbindelse med tvangsinnleggelse, er det viktig å nevne skjerming og isolasjon, som ble trukket frem som særlig vonde opplevelser. En kvinnelig informant ga uttrykk for dette med svært sterke ord:

Jeg fryser på ryggen når jeg hører ordet skjerming, skjerming er isolasjon, isolasjon er tortur, man kan bli gal av isolasjon. Hvorfor tror de de skjerming er så bra for psykiatriske pasienter? Hvem kan det egentlig være bra for i det hele tatt? Uansett hvor syke mennesker avdelingen er beregnet for, fortjener ingen en slik behandling som den jeg fikk. Jeg vil minne om at psykiatriske pasienter skal pleies, ikke straffes. Vi har ikke gjort noe galt, vi er bare syke.

Flere ga sterkt uttrykk for at det ikke bare var selve oppholdet på skjermet avdeling som hadde vært svært ubehagelig. «Fotfølging kalte de det, de som jobbet der. Vi ble altså isolert og overvåket døgnet rundt», men også at de ikke ble bedre av å være der, heller det motsatte:

Etter tre uker ble jeg overført til den vanlige akuttavdelingen, og det var en lettelse. Og jeg følte meg faktisk mer normal. Oppholdet på skjermet avdeling var så unormalt og uten holdepunkter at galskapen fikk blomstre fritt. Jeg ble ikke friskere av dette oppholdet, tvert imot. Dette er det verste jeg noensinne har opplevd, og jeg håper jeg aldri må oppleve det igjen.

For tidlig utskrivelse. At tvangsinnleggelse, som er beskrevet ovenfor kan oppleves som krenkende, vil for de fleste ikke være overraskende. Det som kan synes noe mer overraskende, er at de også kan oppleve det å bli skrevet ut for tidlig som krenkende, til tross for at de var lagt inn på tvang i utgangspunktet. Av de 8 informantene jeg hadde, uttrykte to av dem at dette faktisk hadde vært noe av det mest krenkende for dem. Den ene beskrev det til og med som det aller mest krenkende, til tross for at han hadde en lang rekke tvangsinnleggelse bak seg. Nedenfor følger uttalelser fra disse to informantene:

Ja, måten jeg har blitt behandla på opplever jeg som sterkt krenkende, og det er jo at jeg har blitt sterkt undervurdert hele veien, degradert. Og det som er mest krenkende, det er jo å bli satt i en situasjon hvor det har vært farlig for meg og andre personer. Å bli skrevet ut i en tilstand hvor jeg ikke var i stand til å ta vare på meg selv.

Uttalelsen over er fra gruppeintervjuet. Da jeg hadde oppfølgingsintervju med samme informant, der hovedfokuset var på identitet, snakket han igjen om at det faktisk var dette med at han ble utskrevet for tidlig som hadde vært den verste opplevelsen for han:

...Men det som var veldig kjipt med den psykiatribiten det var at, ikke at jeg ble satt inn på tvang, men at jeg ble sluppet ut, uten at jeg var frivillig. For jeg visste at jeg ikke var i stand til å ta vare på meg selv.

Den andre informanten ga uttrykk for at det hun hadde opplevd i sin kontakt med psykisk helsevern, hadde føltes som en dobbel krenkelse:

Jeg kan vel si at jeg har opplevd to former for tvang og det er liksom, tvang inn i psykiatrien og tvang ut av den. Altså du blir kastet ut. Jeg har opplevd å bli kastet, nesten fysisk ut av psykiatrisk akuttmottak. Til det samme jeg kom fra og hadde på en måte ikke noen trygge rammer eller noe som helst der ute, ingen mennesker, jeg hadde lite nettverk, ikke familie på en måte, som var til å lene seg på.

Tvangsmedisinering. Alle som hadde vært innlagt på tvang ga uttrykk for sterke følelser knyttet til tvangsmedisinering. «Det som jeg opplever som mest krenkende, det er tvangsmedisinering». Dette kom opp i intervjuene da jeg først spurte om krenkelser og igjen da jeg spurte om de følte de hadde fått menneskerettighetene sine brutt.

Jeg har sett mange flotte mennesker gå fullstendig til grunne, og de har subba rundt på avdelingen, som sånn, nærmest som zombier, neddopa av medisiner. Og jeg tenker at sånn kan man ikke behandle mennesker, medmennesker, rett og slett.

Det at informantene ble gitt medisiner under tvang og at de syntes de ble gitt for mye medisiner, var noe som var gjennomgående hos alle informantene når de fortalte om sine innleggelses «...og så behandling av symptomer med enda mer medisiner». Det kan allikevel variere fra at de avviser bruken totalt, og har veldig negative følelser knyttet til det. Spesielt det de omtaler som «tvangssprøyte», særlig hvis denne blir gitt mens de ligger i belter og det faktisk at de blir dratt ned buksen på. Til at det er mer omfanget av medisinbruk på bekostning av samtalerapi de reagerer på. «Idéen er veldig enkel, det er at kompetansen er for lav, så de har ikke noe annet verktøy enn hammer og hammer det vil si medisiner». Vedrørende dette med «tvangssprøyte» fortalte en kvinnelig informant at hun hadde ønsket seg et medikamentfritt behandlingsopplegg og følte det svært krenkende da hun ble utsatt for tvangsmedisinering, spesielt fordi dette ble gjort i form av en sprøyte. «Med antipsykotisk medisin, og det følte jeg, det tror jeg er det verste jeg har opplevd i hele mitt liv. Det var såååå krenkende!» Det som var spesielt i dette tilfellet, var at tilliten hun i utgangspunktet hadde til personalet ble ødelagt, som en konsekvens av tvangsmedisineringen. «Jeg er avhengig av de menneskene og de samtalene og de små inputene som personalet kommer med da, men det

var det samme personalet som satt sprøyta». Noe som bør nevnes med hensyn til denne informanten var at hun hadde lagt seg inn frivillig, fordi hun ønsket hjelp. Noe som viser at det er ikke bare under tvangsinnleggelse pasienter blir utsatt for hendelser de opplever som svært krenkende.

Mennesker er ulike og noen finner enkelte ting krenkende, andre ikke. Det kan også være ulike aspekter ved en krenkelse som oppleves forskjellig. Et eksempel på dette er beltelegging, her varierte det fra fullstendig avvisning av bruken, til stor grad av forståelse for at det kunne være nødvendig:

...Og det ja, jeg skjønner jo at de ville, jeg kan til en viss grad forstå at det var nødvendig å beltelegge meg, for jeg var veldig urolig, og litt sånn, ja hva skal man si, krakilsk eller..

I andre tilfeller var det ikke beltelegging i seg selv, men måten man kunne bli behandlet på i en slik sårbar situasjon som opplevdes som det viktigste for informanten. Dialogen under, var mellom en som fullstendig avviste bruk av belter og en som reagerte mer på måten hun var blitt behandlet på:

Ia: Ja, det var jo det du sa i utgangspunktet da, at det ikke var så farlig å ligge i belter.

Ib: Nei, jeg synes ikke det var hyggelig, men jeg, altså, de gjorde det virkelig til et helvete.

Det alle informantene likevel hadde til felles, var at de følte de hadde blitt møtt med for lite vennlighet, empati og respekt. De følte seg ikke sett og ikke hørt, noe neste underkategori tar for seg.

Opplevelsen av ikke å bli sett og hørt. Noe alle informantene ga uttrykk for, var at de ikke ble sett og hørt. En informant uttrykte dette bokstavelig:

Ja, altså, det er jo det at min stemme ikke ble hørt. Og da, at jeg ikke fikk. Aahh, jeg var en voksen dame den gangen også, og at jeg ikke fikk bestemme selv, være med på å si noe om hva som er riktig og hva som var galt for meg. Det ehhh, det føltes helt absurd, jeg er ikke vant til å bli overkjørt sånn jeg.

Informanten under, var den eneste av informantene som i utgangspunktet uttalte seg positivt om personalet i sin helhet. Hun anså at hun trengte dem for å komme seg gjennom krisen hun var inne i. Det ble allikevel en veldig negativ opplevelse for henne. Spesielt gjaldt dette at hun ble utsatt for en medisinerings hun slett ikke ønsket:

M: Det at du ikke ble hørt på, fikk det deg til å føle at du ikke ble møtt som et individ og respektert?

I: Ja, jeg følte jo absolutt det når jeg lå i senga der og de spurte om de måtte holde meg, når de skulle sette den sprøyta da. Da var jeg jo ikke blitt hørt og jeg følte det liksom som så totalt nederlag.

Det er i tillegg viktig å se krenkelsene i sammenheng. En informant fortalte om sin første innleggelse, som var en tvangsinnleggelse som han anså som et MR brudd, allikevel var det følelsen av ikke å bli sett og hørt informanten opplevde som den verste krenkelsen. Dette viser i aller høyeste grad viktigheten av dette funnet, da det nettopp er dette aspektet ved tvangsinnleggelsen informanten opplevde som verst.

I:Men jeg mener at det jeg sa til han. Jeg vet ikke om han engang lytta til det jeg sa.

M: Du følte at du ikke ble hørt på?

I: Mmmm (...) Og jeg tenkte, ja nå sitter jeg på legevakta og snakker med en som visstnok er psykiater, og jeg hadde ingen anelse om at han skulle signere et papir og så da kunne de gjøre hva de ville med meg.

I forbindelse med at en av informantene hadde sluttet med medisinene han gikk på, ble han tvangsinnlagt. Igjen er det dette med å bli oversett som blir trukket frem, selv i en situasjon der en lett kan tenke seg at det også var andre ting som kan ha føltes krenkende, som det å bli hentet av politi, når man er syk:

Også slutta jeg, også ble jeg dårlig, sånn som så mange andre. Og lagt inn da, kjørt på legevakta av politiet og tvangsinnlagt. Bare ved et lite pennestrøk, uten at noen egentlig tok seg tid til å snakke med meg (...). Han snakka jo ikke med meg engang(refererer til den psykiateren som var ansvarlig for innleggelsen).

En annen informant ga uttrykk for den samme fortvilelsen ved å føle seg ignorert «nei, jeg ble ikke hørt på og det mest krenkende er jo ikke å bli mistrodd. Men ikke få anledning til å forsvare seg»!

I forbindelse med ulike tvangsvedtak var det flere av informantene som hadde tatt kontakt med ulike statlige instanser, spesielt Kontrollkomisjonen, men heller ikke her følte de at de ble lyttet til. «Og jeg ble jo satt på tvangsmedisinering i et halvt år etterpå og da, og jeg tok jo kontakt med Kontrollkomisjonen og Fylkesmannen, men jeg ble ikke hørt noe sted».

For lite samtaleterapi. Et annet aspekt som gjorde seg sterkt gjeldende under intervjuene, var at informantene uttrykte at de hadde mottatt for lite samtaleterapi. Da de var innlagt hadde de følt at de fikk store mengder med medisiner, men lite eller ingen samtaleterapi. Nedenfor følger noen eksempler:

....Jeg har opplevd at jeg har blitt lagt inn på avdelinger og så har jeg bare blitt overlatt til meg selv, uten noen å snakke med. Bare, ja hvis jeg har vært heldig en legesamtale i uka. Jeg er så enig det som blir sagt her, at hvis man skal oppnå

resultater og bli friske eller bedre, så må man gå til bunns i det som er problemet, snakke om det og bearbeide det og hvis ikke så...

Den samme informanten kom tilbake til det han hadde sagt på gruppeintervjuet, da vi hadde et oppfølgingsintervju:

Eeehh, hmmm, hvordan skal jeg for..., altså det at man får en legesamtale i uka og det er den sosiale kontakten man stort sett har med de som jobber der. Personalet sitter jo mesteparten av tiden i møter på vaktrommet og bryr seg lite om hva som skjer på avdelingen. Men og det igjen har jo ført til at man ofte, at pasientene blir hverandres psykologer.

På gruppeintervjuet var det stor enighet om at det ble gitt for mye medisiner, men at dette i beste fall, var en kortsiktig løsning:

...Man må få muligheten til å bearbeide det som er vanskelig, snakke om det og sette det i fortid, legge det bak seg og komme seg videre. Når løsningen er medisiner, så demper det symptomet, men problemene blir liggende der fortsatt. Og når man en dag da skal slutte med disse medisinene, så vil de aller fleste oppleve at det som er vanskelig, det kommer tilbake. Kanskje med enda sterkere kraft tror jeg.

Det ble også gitt uttrykk for det de følte var manglende psykologisk oppfølging, for dårlig kvalitet på behandlingen eller at den er for dårlig tilpasset den enkelte.

I: Det er noen «fine greier» som gjør at, eller som går ut på at en eller annen sykepleier, vernepleier, et eller annet, sitter og hører på at pasienten tømmer seg. Så de «container» det som blir sagt. Og i første når jeg opplevde de greiene der eller ble utsatt for de greiene der, så tenkte jeg at, faen det er jo helt fantastisk! Det er endelig et menneske som har tid til å høre på hva jeg har å si, også tas det videre, sånn at vi kommer fram til noe her. Jeg var så dårlig. Så det tok lang tid før jeg skjønnte lunta her, for det var jo bare det som var poenget, at jeg skulle gå og tømme meg.

M: Og ikke få noen hjelp videre?

I: Ingenting. Så det ble jo dokumentert, men jeg ser ikke poenget med det. Så vanvittig fortvilende. Å komme med den samme greia, igjen og igjen.

F: Du sa at du syntes de manglet kompetanse, at helsevesenet manglet kompetanse. Har du noen tanker om hva slags kompetanse de manglet?

I: Ja, traumeterapi(...). Ja, for hvis du starter med symptomer da, de har jo gjerne en årsak og jeg tenker at det gjerne ligger traumer under. I hvert fall gjorde det dét hos meg, og om du ikke får bearbeida årsaken til hvor symptomene kommer fra, så kan du bare glemme å få noen resultater, da, sånn tenker jeg.

Nedvurdering av psykiatriske pasienter. Gjennom intervjuene kom det frem at informantene følte det forekom en generell nedvurdering av psykiatriske pasienter som mennesker. Dette kunne gi seg utslag på flere måter. Ved at de følte de ble møtt med en nedlatende holdning, slik disse uttalelsene er eksempler på: «Ja, ikke sant, jeg ble behandla

som en dritt», «de ansatte hadde en mutt og uvennlig holdning til meg» og «det er trist at det skal være slik, jeg mener at man bør møte ethvert menneske med et minimum av respekt, uansett hvor syk vedkommende er». Informantene mente at denne nedlatende holdningen til mennesker med en psykisk lidelse, bunner i en generell nedvurdering av psykisk sykdom. «Ja, altså det jeg har opplevd, er at de ikke tar enkeltindividet alvorlig og at fremdeles psykisk lidelse, det er lavstatus og psykisk lidende, de blir på en måte selektert bort».

De kom også med mer spesifikke eksempler på det, ikke å bli sett på som mennesker, men bare en diagnose. «For man ser seg blind på en diagnose, man glemmer å se på personen, og det er i seg selv krenkende» En ung kvinnelig informant uttrykte seg på denne måten:

Jeg tror det er veldig lett å distansere seg ifra pasienter når man diagnostiserer dem, eh det er veldig lett på en måte å se på dem som en diagnose, en ting på en måte. Og da mister man kanskje en del empati. Og så kan det være, det at man tror at når man har lest en bok eller noe sånn, så kjenner man alle mennesker. Det er så viktig på en måte at man har, prøver å starte med blanke ark i hodet sitt, når man møter alle mennesker.

De savnet å bli ansett som individer, men også det å motta en mer individualisert behandling:

Ja, det savner jeg litt i psykisk helsevern (å bli møtt som et unikt individ), og at man tar seg tid til hver enkelt. Alle har egne spesifikke, individuelle behov, eller andre, ja rett og slett vi er forskjellige.

Opplevde endringer i identitet. Dette hovedtemaet fant jeg det mest hensiktsmessig å dele inn i to underkategorier: Positive endringer og negative endringer.

Positive endringer: Traumatisk vekst versus resiliens. Alle informantene hadde det til felles at de var opptatt av det de har erfart og har ønsket å stå frem og fortelle hvordan de har hatt det. Og flere av dem syntes å være opptatt av å formidle at deres kontakt med psykisk helsevern ikke har knekt dem, men at de derimot har vokst på det de har vært igjennom.

Min identitet i dag er en helt annen i dag enn da jeg var 23 år for å si det sånn, og i dag er jeg 41 år og har vært inn og ut av psykiatriske institusjoner da i snart 20 år (...) Jeg føler også at jeg har kommet meg relativt greit igjennom, selv om mesteparten av jobben har jeg faktisk gjort selv. (...) men jeg er godt rusta til å takle de utfordringene jeg møter, hver eneste dag nå, så jeg tror at dette her skal gå bra.

Det som utmerket seg ved majoriteten av informantene, var nettopp deres sterke fokus på traumatisk vekst. Traumatisk vekst eller posttraumatisk vekst som det ofte blir referert til, blir av Tedeschi & Calhoun (1995) beskrevet som positivt opplevde personlige endringer knyttet til det å ha opplevd en traumatisk hendelse. Disse endringene kan innebære økt personlig styrke, bedre relasjoner til andre mennesker, nye prioriteringer i livet, en ny og

dypere mening i livet eller en økt åndelig bevissthet (Hafstad & Siqveland, 2008).

Sammenhengen mellom det vonde de har vært igjennom, men som også har ført til en positiv endring hos dem, kan ikke uttrykkes klarere enn slik denne informanten gjorde det.

Vedkommende er forfatter og uttrykte seg så treffende at jeg synes hennes sitat, om enn langt, fortjener å bli gjengitt i sin helhet:

Du kom med et uttrykk som traff meg veldig (henvendt til forsker) og det var «traumatisk vekst». Ja, det er det jeg har hatt. Altså det jeg har opplevd i psykiatrien, jeg skulle gjerne ha vært de opplevelsene foruten, det har vært forferdelig, men samtidig så har de opplevelsene gjort meg til den jeg er i dag. Jeg hadde ikke vært den samme uten. Det har gitt meg verdifull livserfaring, og jeg har fått mer selvtillit, blitt tryggere på meg selv, tør mer enn jeg gjorde før. Jeg hadde det så vondt at jeg glemte å være sjenert, glemte meg av og til og så har jeg ikke kommet på det igjen. Jeg er en modnere og rausere person enn jeg var før, og jeg har et rikere liv, enn jeg hadde før.

Denne uttalelsen kom fra en informant som mange ganger i løpet av gruppeintervjuet hadde gitt uttrykk for å ha mange vonde erfaringer bak seg. Spesielt hadde hun opplevd oppholdene sine på skjermet avdeling som særlig smertefulle. «Men prisen jeg betalte var veldig høy. Og skulle det skje at jeg blir innlagt igjen i psykiatrien, så tror jeg ikke at jeg vil overleve. Jeg tror det vil ende med selvmord faktisk». En annen informant uttrykte seg langt kortere men ga uttrykk for den samme sammenhengen, da jeg spurte om de krenkelsene han hadde vært utsatt for faktisk hadde forårsaket en positiv endring i identiteten hans «ja, helt klart, helt klart». I tillegg til å ha gitt dem følelsen av å ha opplevd en positiv endring i sin identitet «jeg tror faktisk jeg har blitt en bedre person», har det også gitt seg utslag i praksis.

Et eksempel på en slik positiv konsekvens var at flere av informantene ga uttrykk for at de gjorde alt som stod i deres makt for å unngå at de ble innlagt igjen. Rusproblematikk og psykiske problemer er ofte sammenfallende (Gråwe og Hagen, 2008; Regier et al., 1990; Duke et al., 1994), uavhengig om det er rusen som fører til de psykiske problemene eller kommer som en følge av dem, så vil det å ruse seg alltid forverre situasjonen. En av de mannlige informantene trakk frem nettopp denne sammenhengen, da han ble spurt om han hadde opplevd noen endring i identiteten sin. «Åh altså, og jeg vet jo hvorfor jeg har blitt lagt inn før og jeg vil ikke at det skal skje igjen, så derfor har jeg tatt et personlig valg om å avstå fra alle former for rus».

Majoriteten av informantene uttrykte seg skriftlig i sosiale medier i langt større grad enn det som er vanlig. En kvinnelig informant ga direkte uttrykk for at det var for å bearbeide egne traumer (gjengitt i annet sitat), men at det også sprang ut ifra et genuint ønske om å være til hjelp for andre. «Det er mange tabuer og fordommer, og det forsøker jeg jo da å motvirke

ved å stå frem og la meg intervju, skrive bok, skrive innlegg. Så står jeg litt på for å forsøke å motvirke det».

Det viste seg å være svært individuelle grunner som hadde ført til at informantene i undersøkelsen følte de hadde opplevd det som kan betegnes som «traumatisk vekst». En informant fortalte at han hadde følt seg uønsket, noe som har fått han til å kjempe enda hardere:

Ja, selyfølgelig, det har fått meg til å kjempe enda hardere for å overleve, for jeg ser ikke på meg selv verken som psykisk frisk eller psykisk syk eller psykisk et eller annet, jeg ser på meg som meg.

Et annet eksempel flere trakk frem, var ønsket om å få et mer normalisert liv, der spesielt ønsket om å få seg en utdanning og senere også en jobb, stod sentralt. Slik denne informanten forklarte meg det:

Jeg tenker mest på det å gå på skole og jobbe litt og klare meg, også klare meg i en jobb og kunne kanskje etterhvert å gå over i vanlig lønnet arbeid og sånne ting. Så jeg har blitt mer målbevisst kan du si, og det, og mye av det har sammenheng med at jeg ikke ruser meg lenger (...). Sånn i det store og hele så har ikke det jeg har vært igjennom, i hvert fall synes jeg da påvirket identiteten min i noen negativ retning.

Noe flere av informantene fortalte om, var hvor stor nytte de hadde hatt og har av å være tilknyttet en psykisk helsearbeider. Da de fleste hadde svært dårlige erfaringer med den hjelpen de hadde mottatt mens de var innlagt, er det svært interessant at flere derimot har så gode erfaringer med nettopp psykiske helsearbeidere. Jeg har derfor valgt å gjengi sitater som omhandler dette, først av en mannlig og så en kvinnelig informant:

Mannlig informant:

M: Er det noe annet du tenker på, som du tenker har påvirket deg eller skapt en endring i identiteten din, enten i positiv eller negativ retning, som du gjerne vil fortelle om?

I: Ja, altså jeg har, gjennom denne psykiske helsearbeideren da, og vårt arbeid med individuell plan, kortsiktige mål, langsiktige mål og skole og alt det der. Og jeg har et brennende ønske om å kunne, kunne tjene til livets opphold ved å fotografere, som er min, en hobby jeg har da.

M:Og denne helsearbeideren virker det også som har hatt en positiv innflytelse på deg?

I: Ja, jaaa, ja absolutt! Ja, etter 17 år med liksom bare å gå rundt og, uten mål og mening, så fikk jeg endelig en individuell plan, og det var en, det er noe som har vært veldig, det å jobbe sammen med henne om det, det har vært, det har ført til en stor endring i min situasjon.

Kvinnelig informant:

M: I tillegg til at du ikke glemmer, så er det som du sier til dels en del tilbakevendende tanker, og det har ført til at du skriver innlegg og at du har skrevet bok. Dette er jo et uttrykk for at det opptar deg, ikke sant, når du omsetter det i praktiske gjøremål? Føler du at det hjelper deg å skrive de innleggene og den boken? Føler du at du får gjennomarbeidet det på noen måte?

I: Absolutt ja. Det var min psykiske helsearbeider som sa at jeg burde skrive det ned, også da begynte jeg også, ja.

M: Så det er egentlig den instansen innenfor systemet (psykisk helsearbeider), du synes har fungert best?

I: Ja, faktisk, ja. Ja, absolutt, ja, og jeg er også med i et sånt FACT- team

Traumatisk vekst stemmer godt overens med hvordan jeg opplevde majoriteten av informantene, og som sitatene deres også gjenspeiler. «Altså det jeg har opplevd i psykiatrien, jeg skulle gjerne ha vært de opplevelsene foruten, det har vært forferdelig, men samtidig så har de opplevelsene gjort meg til den jeg er i dag». To av informantene fra de individuelle intervjuene skilte seg for øvrig kraftig ut, ved at de avviste begrepet i kraftige ordelag:

M:Så er det en del som gir uttrykk for det som man nå ofte betegner som traumatisk vekst. Det for eksempel å gi uttrykk for at man har fått mer selvtillit...

I: Vet du hva, kan jeg få et ord?

M: Ja.

I: Pissprat!

M: Ja, for du synes altså da ikke at du har hatt noen traumatisk vekst?

I: Altså jeg, jeg holder akkurat på å skrive et innlegg til (navn fjernet av anonymiserings hensyn), for det har de hatt et essay om, traumatisk vekst, hvor en påstår «jeg er så glad i traumene mine»! Altså, noen mennesker kan vokse, men da vil jeg tippe at det er mennesker som stort sett har levd på solsiden av livet og kanskje ikke har møtt så fryktelig mye motstand, eller noe sånn, altså jeg vet ikke. Men ok noen, men det er ikke noen naturlov!

Den andre informanten reagerte slik på spørsmålet mitt om traumatisk vekst:

M:.....Men nå tenker jeg mer på det at du har vært innenfor psykisk helsevern, og det, som du har opplevd der, om du føler at dét har ført til noen traumatisk vekst hos deg?

I: Jeg mener at traumer er noe man burde ha vært foruten! Folk skulle ha møtt en profesjonelt! Folk skulle ha møtt en med empati! Og jeg ser ikke noen vekst i dette her! Jeg ser det jeg har opplevd devaluerende. Jeg måtte bare velge, skulle jeg være i en offerrolle eller skulle jeg hoppe ut av den rollen og virkelig ta vare på meg selv, og

hvis jeg skulle ta vare på meg selv, så måtte jeg slutte å være redd(...) men jeg tror ikke noe menneske vokser på et traume.

M: Det er en del som gir uttrykk for det skjønner du, at selv om de har vært igjennom mye vondt, så har de vokst på det. Og da tenkte jeg at, det at du sier at du ikke er redd, det at du sier at du har lært å ta vare på deg selv...

Jl: Jeg tror den veksten da består i, at hvis man får feedback fra andre og kommer borti noen med felles skjebne, for eksempel, jeg har kommet borti LPP, den pårørende foreningen. Og kommer borti noen som forstår...

For å nøste tråden tilbake til forskjellen mellom begrepene «traumatisk vekst» og «resiliens», så er posttraumatisk vekst et fenomen, der det er den traumatiske hendelsen som fører til en endring hos personen. Den posttraumatiske veksten innebærer i så måte en prosess, der den/de positive endringene strekker seg utover effektiv mestring, men derimot tilfører noe nytt, som personen ikke var i besittelse av før den traumatiske hendelsen inntraff (Kilmer, 2006).

Resiliens derimot, kommer ikke som et resultat av den traumatiske hendelsen personen har vært igjennom, men er derimot en opprettholdelse av en god psykisk helse som allerede var til stede, før den traumatiske hendelsen rammet vedkommende (Bonnanno, 2004). Denne forskjellen kommer godt frem gjennom sitatene, der de som føler de har hatt en traumatisk vekst, knytter dette til det vonde de har vært igjennom. Mens de to andre informantene først fullstendig avviste at et traume kan føre til noe positivt, og da jeg tilbakeviste dette, følte de et behov for å finne en forklaring på hva som i så fall kunne ligge bak. Utfallet er derimot likt ved at begge gruppene gir uttrykk for å ha tatt tak i livet sitt:

...Og at jeg rett og slett tar vare på meg selv, og jeg vet hvem jeg er og jeg tar veldig vare på meg selv og jeg er veldig trygg på meg selv, så derfor tar jeg også vare på meg selv og jeg slipper ingen inn på min integritet.

De som utviste resiliens hadde også det samme behovet for å uttrykke seg om det de har vært igjennom for å bearbeide de vonde opplevelsene, slik som at den ene av informantene var i ferd med å skrive et innlegg i et tidsskrift. Det som også viste seg å være likt var deres empati med andre som har det vondt og et behov for at deres egne vonde erfaringer skulle kunne brukes til noe. En ulikhet var deres forhold til og behov for et fellesskap gjennom det å være organisert gjennom en bruker - og interesseorganisasjon. I likhet med de som hevdet å ha hatt traumatisk vekst (unntatt én av informantene, som ikke lenger var tilknyttet noen organisasjon) var alle organisert i bruker- og

interesseorganisasjoner. Organisasjonstilhørighet, der ønsket om å hjelpe andre står sentralt, vil imidlertid bli tatt opp i neste underkategori.

Resiliens er ikke en direkte del av forskningsspørsmålet, som snarere fokuserer på hvilke endringer i identitet som kan ha oppstått som resultat av å ha blitt krenket i kontakt med psykisk helsevern. Jeg synes likevel det er relevant å ta opp i denne forbindelse fordi det fremkom så tydelig i materialet. Forskjellen mellom informanter som oppgir å ha gjennomgått en traumatisk vekst og de som avviser begrepet, men som allikevel også har klart seg bra, synes derfor veldig interessant og kan kanskje forstås på bakgrunn av resiliens.

En av informantene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og ga uttrykk for at det var faktorer i miljøet som hadde vært til stede fra hun var barn, som har vært avgjørende for henne.

M: Kan du si litt om, og du bruker selv ikke ordet traumatisk vekst, det forstod jeg, men at du er opptatt av det (krenkelsene hun har opplevd) og bruker det til noe positivt. Har du noen tanker om hvordan du har klart å komme frem til den holdningen (...) at du tar det vonde du har opplevd, og tar det du er opptatt av og klarer å gjøre noe konstruktivt ut av det? Har du noen tanker om hvordan du har klart å komme frem til den konstruktive, positive holdningen der?

I: Altså, da er vi inne på, gode voksenkontakter som barn, det er liksom mine ehh. Det er det jeg pleier å vifte med, for jeg tror det har vært kjempeviktig (...). Og det er vel egentlig akkurat det samme jeg har gjort nå! Altså dette med å bruke erfaring, altså se det som skjer som erfaringer. Og det er en grunn til, en av grunnene til at jeg ikke er så glad i det uttrykket «traumatisk vekst» fordi det er snakk om, du får, du har opplevd vonde ting og så blir de omdannet til erfaringer, og erfaringer kan du bruke til noe.

M: Og det er en egenskap du føler at du har hatt helt fra barnsben av, ved at du hadde gode voksenkontakter? Og det er den samme mekanismen som trår i kraft som voksen?

I: Ja, ja. Jeg prøvde forresten å forklare at jeg ikke var så helt på felgen på grunn av, da jeg fortalte om seksuelle overgrep. Jeg sa at en av grunnene er at jeg har gode voksenkontakter, jeg har på en måte en ballast, som gjør det mulig for meg å jobbe med dette.

Gode voksenkontakter er en faktor i miljøet. Ifølge Borge (2005) skjer utviklingen av resiliens nettopp i det samspillet som foregår mellom barn og forhold i miljøet. En annen informant uttrykte seg slik:

M: Men når det gjelder deg, har du noen tanker om hva som har ført frem til at du har klart å bevare identiteten din, kjernen din, det at du sier at du ikke er redd, det at du føler deg trygg på deg selv. Har du noen tanker om hva det er som har ført til at du har klart å komme frem til den holdningen du har i dag?

I: Jeg tror det er oppdragelsen min. Jeg tror det er de historiene jeg har vokst opp med, hvordan min foreldregenerasjon klarte å overleve naziveldet, og de historiene

som fulgte med det. Dét har vært med å påvirke og at man vokste opp og fikk en ryggrad, så jeg tror det er bakgrunnen min som reddet meg.

Organisasjonstilhørighet. Som påpekt tidligere, er informantene en selektert gruppe, med tanke på at de alle, unntatt én, er tilknyttet bruker- og interesse organisasjoner. Tilknytningen varierer fra å være medlem av én organisasjon, til alle, men felles for samtlige er at de er tilknyttet We Shall Overcome (WSO) som har et spesielt fokus på menneskerettigheter.

Det kommer klart frem at denne tilknytningen til bruker- og interesseorganisasjoner er svært betydningsfull for informantene og det er derfor naturlig å ha det med blant resultatene. Det er særlig to aspekter ved det å være organisert som utpeker seg blant informantene, det ene er at det gir dem en sterk fellesskapsfølelse, det andre er at det gir dem mye informasjon om rettighetene deres og at organisasjonene sloss for deres sak, spesielt gjelder dette WSO.

Følelsen av fellesskap organisasjonstilhørigheten gir dem, er som sagt meget sterk. Det å være tilknyttet en organisasjon gir dem et sted å være blant likesinnede, et sted hvor de kan være seg selv. En av informantene uttrykte det slik:

Eh, men hva betyr det for meg å være medlem? Det betyr at jeg kan gå på WSO, uten å ta på meg en maske, uten å prøve å være en annen enn den jeg er, at jeg kan snakke om ting jeg er opptatt av, uten at andre hysjer meg ned eller sier at «nei, dette er kjedelig å høre på».

Denne fellesskapsfølelsen strekker seg også utover landegrensene og gir dem en følelse av å være del av noe større. Slik en informant forklarte:

Men det som slår, det som forundrer meg, eller det som jeg synes er litt rart, men veldig fint å tenke på, er at jeg har et kontaktnettverk med andre psykiatribrukere i andre deler av verden. Og jeg ser jo det, at det er de samme historiene som gjentar seg, de samme opplevelsene om overgrep og dårlig behandling og den samme motstanden finnes i så og si alle verdens land. Så, og WSO er jo også medlem i flere verdensomspennende nettverk, WNUSP blant annet «World Network of Users and Survivors of Psychiatry».

Mens denne informanten fremdeles snakker, bryter en av de andre deltagerne fra gruppeintervjuet inn og sier: «Og bare se på ordet «survivors» Vi er altså «survivors vi som sitter her». Dette utsagnet vitner om at de også ser på seg selv som en selektert gruppe. Flere av informantene var usedvanlig engasjerte. De skrev dikt, bøker og leserinnlegg om det de hadde vært igjennom:

Jeg tenker ofte på det, det er med meg og det vil følge meg resten av livet. Og jeg tenker også at det burde ha vært unngått. Det var for galt at jeg skulle oppleve det jeg har gjort. Og jeg har skrevet flere innlegg i blader og aviser, jeg har skrevet bok, eh og jeg bærer det med meg og jeg går videre i livet, men jeg glemmer det ikke.

Mange ga uttrykk for at medlemskapet i en organisasjon var til stor hjelp for dem, blant annet ved at det ga dem et fristed der de kunne være seg selv. «Galebevegelsen er det eneste stedet jeg kan være meg selv (...) Ja, for vi er jo gale alle sammen, er vi ikke det da?»

De to informantene som avviste begrepet traumatisk vekst, i likhet med den informanten som ikke var medlem noe sted i det hele tatt, uttrykte derimot at det kunne være negativt å være en del av et slikt fellesskap. Dette ble begrunnet med at det lett kunne bli slik at man ble hengende igjen i en slik «offerrolle» jeg nevner ovenfor, og at det lett kan bli for mye fokus på sykdom og negative aspekter. «Det er ikke bra å bli sittende fast i seg selv, for hvis du er et offer, så holder folk deg nede». Den samme informanten sa også:

Ja, altså hvis man er på et utviklingstrinn, ehhh, hvis man ikke helt har den voksnes selvstendighet, for man blir i psykiatrien infantilisert. (...) Mange organiserer seg, og det kan være at noen organiserer seg for å få sympati. Du vet, å få noen medspillere og hvis man ikke er helt trygg på seg selv, så søker man ofte veldig mange «ja-mennesker» omkring seg. Så får en medspillere, ikke sant? Men det de fleste mennesker trenger er skikkelig empati. Det er direkte tilsvar og at noen tør å stille spørsmål.

En annen informant forklarte følelsene i forhold til det å ta avstand fra fellesskapsdelen av en organisasjon på denne måten (for hun var faktisk medlem av WSO). «Mental helse er for reaksjonær for meg, jeg foretrekker WSO, med sitt utgangspunkt i menneskerettigheter».

I: Og jeg kaller meg nanoaktivist, for jeg vil ikke være med i en organisasjon og drive sånn, men jeg blogger og er aktiv på twitter og jeg blir tatt alvorlig, innimellom i hvert fall, og så får jeg noen skikkelige smeller innimellom.

Det alle informantene som var organisert syntes å kunne enes om, var at bruker- og interesseorganisasjoner, og da spesielt WSO hadde sin funksjon i forhold til det å formidle kunnskap om deres rettigheter og kjempe deres sak. To ulike informanter ga uttrykk for begge disse aspektene ved å ha en organisasjonstilhørighet på denne måten:

Ia: Jeg har i perioder vært medlem i både Aurora, Mental Helse og i dag er jeg medlem av WSO og Hvite Ørn. Jeg har lært mye om rettighetene som man har i følge både nye og gamle konvensjoner og lovverk og, det har jo gjort meg, gjort at det er lettere for meg å si ifra og forholde meg til og henvise til det lovverket som vi har i Norge i dag.

Ib: Det betyr enormt mye, da jeg vet det er et fellesskap, mange flotte mennesker som også har hatt veldig tøffe opplevelser, i likhet med meg selv. Og det er organisasjoner som kjemper for våre rettigheter, kjemper for å gjøre ting bedre for oss. Litt på linje med fagforeninger.

Å være organisert ser ut til å motivere informantene til å gi ut skriftlige arbeider med den hensikt å bearbeide egne traumer, men også, og kanskje enda viktigere å kunne være til hjelp for andre, enten dette er gjennom å uttrykke seg skriftlig eller være til hjelp på andre måter: «Og jeg har skrevet flere innlegg i blader og aviser, jeg har skrevet bok, eh og jeg

bærer det med meg og jeg går videre i livet, men jeg glemmer det ikke» og «hvis du kan tenke deg det vonde som et formingsmateriale, som jeg nå jobber med å forme til, for å skape noe som kan påvirke andre». Det første sitatet kommer fra en informant som relaterte sterkt til begrepet traumatisk vekst, den andre relaterte overhodet ikke til det. De er allikevel begge organiserte, uttrykker seg skriftlig og har et sterkt ønske om å hjelpe andre som har vært i samme situasjon.

Negative endringer. Med tanke på at det ble gitt uttrykk for en lang rekke vonde erfaringer, ble det gitt lite direkte uttrykk for negative identitetsendringer. Informantene våre/mine var naturligvis allikevel ikke en homogen gruppe og det var selvfølgelig også de som ga uttrykk for at de følte det hadde skjedd en negativ endring i identiteten deres.

En informant ga uttrykk for at hun hadde blitt mer likeglad, noe som blant annet førte til at hun kunne være noe mer nådeløs mot sine pårørende. Denne endringen mente hun riktignok var knyttet til medisinbruk, nærmere bestemt antipsykotiske medisiner, men da hun ikke ønsket å gå på disse medisinene, anså hun at dette var en krenkelse. Forandringene i identiteten hennes i kjølvannet av denne medisinbruken, ble derfor ansett som en negativ identitetsendring som en følge av en krenkelse. Det samme gjaldt for det faktum at hun anså seg selv som mer mekanisk og mindre opprørsk nå enn tidligere, en identitetsendring hun betraktet som negativ, i den forstand at hun var blitt mer resignert.

Jeg har antageligvis blitt litt mer sånn likeglad, litt sånn likegyldig. Og det. Det er jeg ikke glad for. For i utgangspunktet så, før jeg ble syk, så var jeg nok egentlig litt sånn sårbarheten min er vel egentlig, litt sånn høysensitiv personlighet. Og jeg er ikke dét lenger, for jeg er blitt litt sånn avstumpa og likeglad, kan være litt mer nådeløs mot pårørende og sånn.

Denne opplevde denne kvinnelige informanten som en så sterk endring, at hun faktisk refererte til det å ha en virkelig identitet, som den hun var før hun ble syk. «Så identiteten min er egentlig knytta til noe som var for 19 år siden. Det er på en måte en illusjon da». I tillegg følte hun medisinbruken, som hun omtalte som tvangsmedisinering, som svært krenkende. «..Den opplevelsen jeg har beskrevet nå, den kan sammenlignes med en voldtekt. Det var en voldtekt av sjelen min rett og slett». Denne følelsen av å bli krenket, har i sin tur ført med seg en negativ endring « så det var noe som ble ødelagt i meg, og det bærer jeg jo med meg en sånn bitterhet for, selvfølgelig».

Et annet eksempel jeg ønsker å trekke frem, både fordi informanten skilte seg ut i forhold til resten av informantene og på bakgrunn av hennes svært sterke uttalelse om hvordan krenkelsen hun opplevde ifra psykisk helsevern sin side har påvirket henne.

Vedkommende hadde aldri vært innlagt, verken under tvang eller frivillig. Hennes opplevde krenkelse bestod i at hun var et incestoffer, som innrømte naturlig nok å ha hatt problemer som en følge av dette, men som overhodet ikke kjente seg igjen i de relativt alvorlige diagnosene som raskt ble satt av en eldre mannlig psykiater. Denne hendelsen ligger flere tiår tilbake i tid, i et samfunn som da var befengt av langt mer tabu rundt seksuelle overgrep mot barn, enn det som heldigvis er tilfelle i dag. Informanten mente seg feildiagnostisert og fullstendig hjelpeløs i forhold til å komme seg ut av den båsen hun følte hun var blitt puttet inn i, noe som ga seg sterke uttrykk for hennes oppfattelse av seg selv og sine egne evner:

M: Mmm. Men hvis du tenker mer sånn konkret på det du opplevde, altså du ble satt, du ble diagnostisert med en diagnose du følte var helt feil og alle de ringvirkningene det hadde, altså den krenkelsen det var. Føler du at å ha opplevd det har gjort noe med identiteten din?

I: Ja, altså det førte til at jeg var overbevist om at jeg ikke kunne tenke. Ja, og det var i mange år, jeg begynte å planlegge, altså i 88 hadde jeg tenkt å fortsette med informasjonsarbeid om incest og drive med foredrag og skrive og støttearbeid og sånn. Ehh, men jeg begynte å planlegge framtiden min, helt uten tanke på at jeg kunne gjøre noe sånt.

Hun følte også at de færreste hun har rundt seg i lengden orker å høre om hennes opplevelser, som fremdeles preger henne. De vil helst forholde seg til «den vellykkede, snille, blide bestemoren, som fikser jobben som fikser alt». Dette har ført til at hun på den ene siden føler hun lever på solsiden, den delen av henne omgivelsene hennes foretrekker å forholde seg til, mens hun selv også opplever andre sider ved seg selv «..også er det de aller mørkeste sidene som har med total sårbarhet og avmakt å gjøre. Det er det vel egentlig få som evner å sette seg inn i, sånn at jeg har et sånt lagdelt eller spaltet liv».

Erfart tap av tillit. Jeg har valgt å ha dette som en underkategori for seg selv, da dette var den negative endringen i identitet som skilte seg mest ut, ved at tap av tillit var noe som ble nevnt av alle informantene. Det var tap av tro på seg selv, til personalet, til politikere, og til psykisk helsevern, som de som oftest refererte til som «systemet».

Å miste troen på seg selv, har jeg gitt et graverende eksempel på ovenfor, der informanten hadde følt hun mistet evnen til å tenke, som et resultat av krenkelsene hun hadde følt seg utsatt for. Tap av tillit til personalet var det også en del eksempler på «...Så jeg er avhengig av de menneskene og de samtalene og de små inputene og eh, som, som personalet kommer med da, men det var det samme personalet som satt sprøyta». Det er også en god del eksempler på personale som de opplever som uegnet i jobben. For å trekke tråden tilbake til krenkelser, gikk dette da særlig på måten de ble møtt på, som da spesielt dreide seg om

mangel på empati, mangel på kommunikasjon og at de savnet noen å snakke med. Jeg har valgt å gjengi noen sitater som illustrerer nettopp dette:

Ia): ...Jeg slutter meg til det som sies om mangel på samtale, at man kommer og har det vanskelig og trenger noen å snakke med og det er ikke en shit som bryr seg. Og jeg ble passa på døgnnet rundt av en pleier som bare passa på meg, men hun inviterte ikke til samtale, den personen. Så hadde det ikke gått an å snakke med meg, istedenfor bare å sitte der?

Ib): Nei, jeg var på lukka avdeling og det satt en dame i korridoren der og leste i en bok, og var ikke interessert i meg i det hele tatt. Og hun må jo ha sett hvor redd jeg var, men hun satt nå der med den boka si og der var jeg, og ja.

I tillegg til dette, kom det frem at de følte behandlingen var for lite individualisert, samt at kompetansen er for lav eller for dårlig tilpasset hvert enkelt individ, noe som fører til for stort forbruk av medisiner, noe de for øvrig også var inne på under temaet krenkelsler:

I: Idéen er veldig enkel, det er at kompetansen er for lav, så de har ikke annet verktøy enn hammer og hammer, det vi si medisiner. Da opplever du, da oppfatter du alle pasienter som spiker, og de får noen rapp med hammeren.

Informantene ble spurt om de krenkelsene de hadde opplevd, hadde forandret deres syn på andre mennesker. Dersom spørsmålet ble stilt i forbindelse med om det hadde endret deres identitet, svarte de fleste informantene gjennomgående mer positivt og nyansert om personalet, i forhold til måten de omtalte de på, enn de gjorde i forbindelse med krenkelsler de hadde opplevd. Sitatet under er et typisk eksempel:

M: Så det har ikke påvirket deg, måten du ble møtt på?

I: Nei. Altså det finnes mange flotte mennesker rundt omkring, eh og, men det som er feil det er først og fremst systemet, også er det enkelte folk som ikke burde vært der ,ja.

Som nevnt innledningsvis, var det også mye misnøye med myndigheter og politikere, samt helsevesen generelt.

M: Jeg mener ikke å avbryte deg, men du nevnte ganske mange ting, er det noe ved det som du synes er mest krenkende?

I: Ja, den totale ansvarsfraskrivelsen ifra helsevesenet og myndighetene generelt. Total ansvarsfraskrivelse!

Diskusjonsdel

I denne delen vil jeg diskutere resultatene i lys av tidligere forskning, på bakgrunn av CES skalaen, samt mine egne refleksjoner. Utgangspunktet for oppgaven var som beskrevet et ønske om å få innsikt i informantenes opplevelser av krenkelsler og på hvilken måte disse påvirker hvordan de har det og lever i dag, og hvordan disse negative livshendelsene har

påvirket identiteten deres. I den forbindelse anser jeg CES for å være et godt verktøy for å nærme meg denne problemstillingen. I lys av dette anser jeg det derfor mest hensiktsmessig å omtale krenkelser med tanke på tidligere forskning. For deretter å vie større plass til identitet, ved å knytte dette til CES skalaen, samt mine egne refleksjoner i større grad, da identitet fungerer både som en del av forskningsspørsmålet, samt som en teoretisk ramme for oppgaven.

Vedrørende brudd på menneskerettighetene (MR), var dette noe 7 av 8 informanter følte de hadde vært utsatt for. Det de beskrev som mest krenkende, var sammenfallende med det de hadde opplevd som brudd på menneskerettighetene sine. De anvendte svært sterke uttalelser for å formidle opplevelsene sine, som «tortur», «frihetsberøvelse» og «svært krenkende». Noe som likevel er verdt å merke seg, er at de kunne ha noe ulik oppfatning av hvordan det påvirket dem følelsesmessig å ha følt seg utsatt for et menneskerettighetsbrudd. De fleste ga uttrykk for at betegnelsen «menneskerettighetsbrudd», gjorde sitt til at det de hadde opplevd da følt enda mer graverende. En informant sa hun anså det hun hadde vært utsatt for som et MR brudd, men da hun i tillegg mente det var brudd på norsk lov og dermed et overgrep, fremstod ikke det ene som noe verre enn det andre for henne. En informant skilte seg sterkt ut, ved at det å føle seg utsatt for et MR brudd gjorde det lettere for informanten å takle det hun hadde vært igjennom. Denne informanten var den eneste som ikke hadde vært innlagt til døgnbehandling og som hadde feildiagnostisering som sin alvorligste opplevde krenkelse. Hun opplevde derfor at det å føle at hun hadde vært utsatt for et MR brudd, gjorde det enklere, fordi hun anså systemisk brudd på menneskerettigheter som en del av den generelle systemvolden. Dermed var ikke overgrepene rettet mot henne personlig og beskyttet henne således mot paranoia. Én av informantene sa hun aldri hadde tenkt på det hun hadde vært utsatt for som MR brudd, bare som svært krenkende.

Mange beskrev ulike tvangstiltak som tvangsinnleggelse, skjerming/isolasjon og tvangsmedisinering som eksempler ikke bare på krenkelser men også som opplevde MR brudd. I tilfeller der tvangsinnleggelsen ble opplevd som totalt ubegrunnet, var dette med opplevd MR brudd særlig tydelig. Skjerming og isolasjon ble også trukket frem som særdeles smertefulle opplevelser, og da særlig sammen med tvangsmedisinering, spesielt dersom dette ble foretatt ved hjelp av injeksjon. Dette ble konsekvent omtalt som «tvangssprøyte» og måten det ble gjort på ble beskrevet som svært nedverdiggende. Særlig gjaldt dette kvinnelige informanter, der to av dem beskrev denne prosedyren som å bli utsatt for henholdsvis en «voldtekt» og en «voldtekt av sjelen min». Både selve innleggelsesprosedyren og aspekter

ved oppholdet ble også gjentatte ganger sammenlignet med det å være fanger, eller til og med ha dårligere vilkår enn innsatte i fengsler.

Dette er dessverre ikke overraskende funn, dersom man sammenligner med forskning som er gjort på tvang. I en studie utført av Cusack et al., (2003) fremkom det at hele 86% hadde hatt ydmykende og skremmende opplevelser mens de var innlagt. Hele 96% hadde tidligere opplevd overgrep eller andre traumatiserende hendelser, noe som da vil kunne føre til en retraumatisering. Tvang og ydmykende behandling i en behandlingssetting kan i seg selv virke belastende og traumatiserende. I følge Jensen og Poulsen (2006) brukes tvang i form av skjerming/isolasjon, samt press til å ta medisiner i stor utstrekning og oppleves som urimelig av pasientene. Tidligere forskning bekrefter også tvangsmedisinering, og da spesielt i form av sprøyte, som svært krenkende (Lorem, 2010). En av informantene som hadde opplevd å bli tvangsmedisinert ved hjelp av sprøyte, var ikke tvangsinnlagt på dette tidspunktet. Dette er viktig, fordi det viser at det ikke bare er tvangsinnleggelse som kan medføre krenkelser for pasienten, og at slike tilfeller av tvang kan føre til vel så mye, om ikke mer tap av tillit til personale.

I tillegg til den direkte fysiske tvangen, fremkom det de beskrev som en mer generell nedvurdering av psykiatriske pasienter. De følte seg behandlet som annenrangspasienter, møtt med lite respekt og menneskeverd, der de ofte følte seg redusert til en psykiatrisk diagnose. Det som til nå er nevnt, var jeg til dels forberedt på, gjennom forskning og brukererfaringer jeg hadde lest på forhånd. Det som var et noe mer overraskende funn, var at informantene til de grader følte mangler ved oppholdet så sterkt krenkende.

Samtlige av informantene ga uttrykk for at de ikke følte seg sett og hørt, deres ønsker ikke lyttet til. Viktigheten ved dette aspektet kommer svært tydelig frem, når det til og med ble nevnt i forbindelse med tvangsinnleggelse som det verste ved opplevelsen, til tross for at de hadde blitt hentet av politi og utsatt for ulike tvangsvedtak. Det å høre informantenes fortellinger om hvordan de verken følte seg sett eller hørt, gjorde et så dypt inntrykk på meg under intervjuene, at det av den grunn også ble tittelen på oppgaven «Min stemme ble ikke hørt».

Et annet funn som gjorde seg svært gjeldende, var det savnet de uttrykte etter samtaleterapi. Samtlige ga uttrykk for at de fant det krenkende at de hadde mottatt store mengder medisiner, men lite eller ingen samtaleterapi. I tillegg til at den rent psykologiske oppfølgingen opplevdes som mangelfull, var også savnet etter medmenneskelighet stort. Det å slippe å bli overlatt til seg selv i en sårbar situasjon, å ha noen som snakker med deg, selv om

dette ikke innebærer terapi i faglig forstand. De følte seg enten overlatt til seg selv eller hensatt til en underdanig pasientrolle, der det ble et sterkt skille mellom «oss og dem». Dette sammenfaller med to kvalitative undersøkelser som er utført tidligere. Henholdsvis Johansson og Lundman (2002), som fant at tvangsinnlagte pasienter er i en spesielt sårbar situasjon, der de kan oppleve å bli oversett og overhørt, men vel så mye oppleve mangel på positiv omsorg. Samt Lilja og Hellzen (2008) sin studie, som viste at pasienter ofte føler de er nødt til å innordne seg den rollen som er forventet av dem for å motta hjelp, og at de også opplevde det samme savnet etter menneskelig kontakt og omsorg. Det mest overraskende funnet må allikevel sies å være at to av informantene, til tross for tvangsinnleggelse, beskrev det å bli skrevet ut for tidlig, som noe av det verste, og til og med den verste krenkelsen i møte med psykisk helsevern. Den ene informanten beskrev det som en dobbel krenkelse, ved at hun følte seg først kastet inn i psykiatrien ved tvang og så ut av den ved tvang. Den andre informanten beskrev det som det absolutt verste han hadde opplevd, både med tanke på seg selv og familien, da han ikke anså seg i stand til å ta vare på seg selv. Det at de opplever for tidlig utskrivelse som mangel på hjelp og som svært krenkende, anser jeg for å være av stor viktighet. Ikke minst fordi begge disse informantene ga uttrykk for at psykisk helsevern var et sted der de ikke hadde mottatt den hjelpen de trengte, og at det derfor ikke var et sted de ville henvende seg igjen. De to informantene var for øvrig av ulikt kjønn og det var ca. 20 års aldersforskjell mellom dem. Noe som leder meg til å tro at dette derfor kan forekomme hyppigere enn man har trodd var tilfelle.

Et funn jeg ønsker å trekke særskilt frem som en positiv identitetsendring, er det sterke fokuset som var på traumatisk vekst hos seks av de åtte informantene. Som nevnt under «resultater» beskriver Tedeschi og Calhoun (1995) traumatisk vekst som positivt opplevde personlige endringer knyttet til det å ha opplevd en traumatisk hendelse.

Ifølge Taylor (1991) vekker negative hendelser, både uheldige og truende, sterke og raske fysiologiske, kognitive, emosjonelle og sosiale responser. Individet mobiliserer ressurser for å klare å håndtere og til slutt minimere de uheldige konsekvensene av en negativ hendelse. Negative hendelser fører til større kognitiv aktivitet, enn positive hendelser og en større anstrengelse etter å trekke kausale slutninger (McAdams, 2008).

I forbindelse med narrativ identitetsteori og livshistorien vi lager oss, synes det som om negative hendelser fører til at vi trenger en forklaring på det som har skjedd. Negative hendelser utfordrer den som lager sin livshistorie, til å finne en narrativ mening i det gale som har hendt. Finne en forklaring på hvorfor det skjedde og kanskje hvorfor det ikke behøver å

skje igjen, samt et behov for å utforske de konsekvensene den negative hendelsen kan komme til å føre med seg i den videre utviklingen av livshistorien. Mange forskere og klinikere tror at den kognitive prosesseringen av negative begivenheter kan føre til positive konsekvenser for menneskers psykiske helse og velbefinnende (McAdams, 2008). Sett i lys av det som er beskrevet ovenfor, gir det mening at så mange som 5 av 8 informanter hevdet å ha opplevd en traumatisk vekst etter krenkelsen (e) de hadde vært utsatt for.

Pennebakers (1997) studier viser at å skrive om, og dermed formodentlig også bearbeide negative livshendelser fører til en positiv effekt på helse og velvære. Nettopp dette med å skrive dikt, innlegg og bøker, samt å være svært aktive på sosiale medier var noe som alle informantene trakk frem som noe som var viktig for dem.

For å vende tilbake til narrativ identitetsteori, så er det mange måter en kan prosessere negative livshendelser på. Den vanligste responsen er kanskje å prøve å se bort ifra hendelsen. I de mest ekstreme tilfeller, vil dette innebære fortrenkning, fornektelse eller dissosiasjon. Mindre ekstreme tilfeller er det Taylor (1983) omtaler som «positive illusions». Dette innebærer at folk overser de negative aspektene ved livshendelser og i stedet overdriver den potensielt positive betydningen denne hendelsen kan ha for dem (McAdams, 2008).

Samtidig som et individ kanskje kan forsøke å unnlate å integrere den negative og traumatiske hendelsen i sin narrative identitet, vil i følge Berntsen og Rubin (2007) slike distinkte og emosjonelle hendelser som regel være svært tilgjengelige og bli klart husket. Slike høyst tilgjengelige traumatiske minner, kan derfor tenkes å bli et referansepunkt for de slutningene man trekker i hverdagen, som medfører en betydning for den livshistorien man lager seg, og som vil utgjøre en sentral komponent i individets personlige identitet (Berntsen & Rubin, 2007). I mange tilfeller kan ikke folk velge å ignorere, eller de velger ikke å se bort fra negative livshendelser, men i stedet velger de å se noe meningsfullt i den lidelsen de opplever eller har opplevd (McAdams, 2008). Dette var noe jeg gjennomgående så hos informantene, nemlig et behov for å omgjøre det vonde til noe meningsfullt. De fleste informantene var svært opptatt av å utgjøre en forskjell for andre som har vært eller er i samme situasjon som de selv har vært eller fremdeles befinner seg i. Selv om de ikke ga direkte uttrykk for det, ser det ut til at organisasjonstilhørighet bidrar til den traumatiske veksten, som igjen gir seg utslag i et ønske om å hjelpe andre.

To av informantene avviste betegnelsen «traumatisk vekst» i sterke ordelag, de utviste likevel det jeg vil betegne som «resiliens». Jeg synes derfor det er interessant å reflektere litt over forskjellen mellom traumatisk vekst og resiliens, spesielt med hensyn til hvordan de

forholdt seg til organisasjonstilhørighet. Barnepsykiateren Michael Rutter er en av de viktigste bidragsyterne til resiliensforskningen. Han er av den mening at resiliens består av de prosessene som gjør at utviklingen til barn når et tilfredsstillende resultat, selv når de har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Rutter, 2000). Bonnanno (2004) har vist at mange opplever overraskende lite angst og uro når de blir rammet av stor motgang i livet. Folk viser ofte resiliens når livet går dem imot. I stedet for å gruble over de gale tingene som har rammet dem i livet, legger de det bak seg og ser fremover. De to informantene jeg oppfattet som resiliente, var opptatt av nettopp dette, den ene gjentok mange ganger «det er viktig ikke å bli sittende fast i seg selv». Det er interessant at denne holdningen også gjorde seg gjeldende hos dem begge, i forbindelse med hvordan de forholdt seg til det å være organisert. De foretrakk nemlig kun å forholde seg til kunnskaps og rettighetsdelen ved det å være organisert i en bruker -og interesse organisasjon, men hadde ikke noe behov for felleskapsdelen.

Dette fikk meg til selv å reflektere over om det kan tenkes at denne fellesskapsfølelsen, denne følelsen av å være en del av en gruppe også kan gi seg negative utslag. Å benytte seg av begrep som «traumatisk vekst», kan oppleves som en måte å komme seg ut av krenkelsesgapet på. Samtidig kan denne medaljen ha en bakside, ved at man gjennom å organisere seg blir hengende fast i en «offerrolle», og som mitt inntrykk er, at det de har opplevd fremdeles er noe som preger dem og deres liv i sterk grad. Den eneste av informantene som ikke var organisert, ga uttrykk for et slikt syn. Ordenes makt er stor, og ved å være medlem av en organisasjon som «Galebevegelsen», kan det tenkes at dette setter sine spor. I den forstand at man tenker, jeg er en del av «Galebevegelsen», dermed vil det si at jeg også er gal, slik at organisasjonstilhørigheten får en slags definisjonsmakt.

Jeg vil allikevel tro at om det å være organisert slår positivt eller negativt ut, må sees i sammenheng med helsetilstanden vedkommende har for øyeblikket og ikke bare vonde minner om krenkelser som nå er et tilbakelagt stadium. Det var i stor grad mitt inntrykk at de som var negative til å organisere seg, heller ikke var under aktiv behandling for øyeblikket og heller ikke anså muligheten for å bli innlagt igjen i uoverskuelig fremtid, som særlig stor. I en slik situasjon vil ønsket og også kanskje muligheten for å vende blikket fremover i stedet for bakover være større.

Negative endringer ved identitet ble direkte uttrykt av flere, slik tilfellet er for eksemplene fra «negative endringer» under «resultater», men kommer sterkest til syne indirekte, spesielt ved økt mistillit. Noe som forekom så ofte at jeg derfor valgte å ha det som

en egen underkategori under «negative endringer», denne underkategorien ble derfor kalt «erfart tap av tillit». Det eksisterer ulike definisjoner på tillit, men alle synes å dele antakelsen om opplevd omsorg som en komponent (Schneider, Konijn, Righetti & Rusbult, 2011). Mangelen på følt omsorg var noe som utmerket seg, da informantene fortalte om krenkelsene de hadde opplevd. Like viktig som direkte opplevde overgrep, som ulike tvangsvedtak og en generell nedvurdering av dem som psykiatriske pasienter, var mangelen på omsorg fra personalet. Deres ønske om å bli sett og lyttet til og få den hjelpen og tiden de trengte for å bli friske. At det finnes personale som er uegnet, medfører helt sikkert riktighet i psykisk helsevern, som i alle andre bransjer. Med hensyn til identitet merket jeg meg likevel at dersom informantene ble spurt om personale i forbindelse med krenkelsesvar svarene gjennomgående svært negative. Dersom det ble spurt om personale i sammenheng med hvordan det hadde påvirket deres egen identitet, var svarene langt mer nyanserte og positive. Det var da heller en sterk tendens til å plassere skylden over på «systemet».

Problemer med tillit kan sees i sammenheng med ideen om at traumatiske hendelser påvirker folks grunnleggende oppfatninger og antakelser, som igjen fører til negative antakelser om seg selv, andre og verden (Brewin & Holmes, 2003). Disse tre områdene ble det direkte spurt om i intervjuguiden. Det kan tenkes at det å plassere mye både utenfor seg selv og andre mennesker, men heller plassere skylden på «systemet». Er en beskyttende mekanisme i forhold til hvordan de anser sin egen identitet, også sett i tilknytning til hvordan de forholder seg til andre mennesker. En informant med svært mange innleggelser bak seg uttalte «det går på strukturen og tilliten etter sånne ting, systemet har ikke noen tillit».

Jeg har gjennom hele oppgaven, forsøkt å være åpen om mitt utgangspunkt, min forståelse og mine tanker der jeg føler det har vært nødvendig. Det var nemlig slik at det overrasket meg at det til tross for de sterke krenkeshistoriene informantene fortalte om, så ga 5 av 8 informanter uttrykk for at det ikke hadde hatt noen påvirkning på identiteten deres. I noen grad kunne de uoppfordret gi uttrykk for at det hadde skjedd en positiv endring, men som hovedregel ble det innledningsvis avvist at det hadde skjedd en endring. Fordi undersøkelsen er basert på kvalitativ metode og ut ifra mitt konstruktivistiske epistemologiske utgangspunkt, følte jeg det var rom for å prøve å gå dypere inn i dette. Blant annet ved å stille spontane oppfølgingsspørsmål, samt fortolkende spørsmål som bunnet i min egen følelse av at det var verdt å undersøke om dette i enkelte tilfeller kunne skyldes et ønske om å holde vonde ting unna og verne om sin identitet. Noe som kan ha sammenheng med min bakgrunn som psykologstudent, der en er vant til å forholde seg til begreper som «latent innhold» og «det

ubevisste». Samtidig som jeg heller ikke alltid fikk det til å stemme overens med andre data de tidligere hadde oppgitt.

De fleste av informantene uttrykte allikevel at de ikke hadde opplevd noen endring i identiteten sin. Med tanke på at rekken av opplevde krenkelser var så omfattende, med til dels graverende eksempler, så har ikke svarene på om det har skjedd en endring i identiteten stått i forhold til dette. Dette kan kanskje sees i sammenheng med at informantene var en selektert gruppe, de utmerket seg også ved sitt sterke engasjement for psykisk helsevern, og var knyttet til en organisasjon som arbeider med dette som tema. I tillegg hadde de et sterkt fokus på traumatisk vekst eller sin egen resiliente holdning.

Identitet har vist seg å være et meget sårbart tema å stille spørsmål om. Å bli spurt så direkte om identitet, ble nok av de fleste oppfattet som spesielt sårbart. Ofte ble jeg bare møtt med et bestemt «nei», på spørsmålet om de hadde hatt noen identitetsendring, «nei, selv om det var aldri så ille, så vil jeg si «nei» identiteten min har ikke blitt forandra». De sa seg imidlertid ofte enige med meg dersom jeg fremhevet at hendelsene det var snakk om, kunne anses som positive endringer i identitet. Sitatet nedenfor er av samme informant:

M: ...Men vil du si sånn i forhold til at du skriver innlegg, og det at du har skrevet bok og sånne ting, er det noe du, som kanskje kan grense opp til dette her med identitetsendring?

I: Ja, kanskje det.(...). Ja absolutt, altså sånn «traumatisk vekst», ja dét kjenner jeg meg absolutt igjen i.

Svarene under kan kanskje illustrere hvorfor de var så raske til å svare «nei» på spørsmål om identiteten deres hadde forandret seg noe og i hvert fall i negativ forstand, mens de uoppfordret kunne mene opplevelsene de har hatt har ført til positive endringer, eller var enige i dette, dersom jeg dreide spørsmålet i positiv retning. Dersom endringen i identitet ble oppfattet som negativ, syntes det å være et behov for heller å holde fast ved oppfatningen en hadde av seg selv tidligere, slik at dette ble å betrakte som den «ekte identiteten».

«Men det betyr ikke at jeg ser på meg selv som annerledes, eller som mindre verdt eller noe sånn».

Men jeg tenker at ansvaret for det som har skjedd, det ligger hos systemet og de personene som jobber der, og ansvaret ligger ikke hos meg. Det er deres feil og ikke min. Og jeg føler meg ikke mindre verdt, det er ikke min feil, det er ikke min skam.

Dette forhindret allikevel ikke at de kunne innrømme å være opptatt av det vonde de hadde opplevd i stor grad. Den samme informanten sa også:

Jeg tenker ofte på det, det er med meg og det vil forfølge meg resten av livet. Og jeg tenker også at det burde ha vært unngått. Det var for galt at jeg skulle oppleve det jeg

har gjort. Og jeg har skrevet flere innlegg i blader og aviser, jeg har skrevet bok, eh og jeg bærer det med meg, og jeg går videre i livet, men jeg glemmer det ikke.

Denne uttalelsen er i stor grad i overensstemmelse med hvorfor Berntsen og Rubin (2007) utviklet sin CES skala. De tror ikke at traumatiske minner nødvendigvis blir dårlig integrert i de skjemaene en person danner om seg selv, som i sin tur vil lede til fragmenterte minner som er vanskelig tilgjengelig for individet. De tror derimot at en traumatisk hendelse som avviker fra skjemaet som en person har om seg selv, heller kan føre til at dette minnet forsterkes. Denne informanten sa riktignok at de vonde opplevelsene hun hadde vært igjennom ikke hadde forandret identiteten hennes, eller hvordan hun så på seg selv. Men uttalelsen må kunne sies å være i overensstemmelse med det Berntsen og Rubin (2007) omtaler som «et referansepunkt for hverdagslige forstyrrelser» og «et vendepunkt i livshistorien». Gjennom sin emosjonelle påvirkning har det traumatiske minnet blitt høyst tilgjengelig for informanten. Den samme informanten sa også at hun ikke trodde hun ville overleve en ny innleggelse ved en psykiatrisk avdeling og dette var naturlig nok derfor noe hun fryktet. Berntsen og Rubin (2007) anser i stedet for at en dårlig integrasjon av det traumatiske minnet blir et problem, er det motsatte tilfellet. De mener traumatiske aspekter ved et minne forsterker effekten av det, og gjør minnet av den negative hendelsen til svært sentral i en persons liv. Noe som ofte vil føre til grubling, unødvendige bekymringer, forhøyede nivåer av påtrengende minner og unngåelse.

I følge tilgjengelighetsheuristikk vil vi bedømme hvor ofte enkelte grupper av spesifikke hendelser forekommer og sannsynligheten for at dette vil skje, ut ifra hvor enkelt det er for oss å gjenhente disse minnene (Tversky & Kahneman, 1973). Det er allikevel ikke bare begivenheter som forekommer hyppig som danner minner som er lett tilgjengelige. Hendelser som er uvanlige, overraskende eller sterkt emosjonelle vil også kunne ha denne effekten (Rubin & Kozin, 1984). Personlige traumer og andre stressende opplevelser, som de krenkelsene informantene har følt seg utsatt for, er nettopp slike uvanlige, overraskende og intense hendelser. I tråd med teorien bak tilgjengelighetsheuristikker, vil en traumatisert person både kunne overestimere forekomsten av slike urovekkende hendelser, samt sannsynligheten for at noe liknende vil ramme dem i fremtiden, fordi minnet om traumet er så høyst tilgjengelig. I følge Pillemer (1998) vil da det traumatiske minnet bli forankret som en hendelse som definerer deres tilværelse. Flere av informantene fortalte om traumer de hadde opplevd før de kom i kontakt med psykisk helsevern. Krenkelsen(e) de har opplevd i kontakt

med psykisk helsevern vil da kunne bli en retraumatisering, noe som det er naturlig å tenke seg vil forverre situasjonen ytterligere.

Konklusjon

Resultatene av undersøkelsen viser at det informantene finner mest krenkende i kontakten med psykisk helsevern, er sammenfallende med det de anser som brudd på sine menneskerettigheter. I tråd med tidligere forskning, fremkom det at ulike tvangstiltak som tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering opplevdes som svært krenkende. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at overmedisinering, mangel på samtaleterapi, og manglende medmenneskelighet, ble ansett som et vel så stort problem som ulike tvangsvedtak. Det er også viktig å være klar over at det ikke bare er tvang som krenker, men at også frivillige innleggelse hadde medført seg krenkende opplevelser, og ikke minst tap av tillit. Det kanskje mest overraskende funnet er at de opplever for tidlig utskrivelse ved tvangsinnleggelse som mangel på hjelp, og dermed som krenkende. To av informantene beskrev det å bli skrevet ut tidligere enn det de selv ønsket som henholdsvis noe av det verste, og dét verste ved hele opplevelsen av å ha vært psykiatrisk pasient.

Syv av de åtte informantene var medlemmer av WSO, og majoriteten også av flere ulike bruker- og interesseorganisasjoner. Dette innebar at de var engasjert i anliggender som gjaldt psykisk helsevern, samt uttrykte seg gjennom skriftlige arbeider og på sosiale medier i langt større grad enn det som må anses å være vanlig for gruppen tidligere pasienter. Dette kan være en medvirkende årsak til at majoriteten av informantene beskrev traumatisk vekst som sin mest markante identitetsforandring. Et par av informantene avviste begrepet, men utviste derimot det som må kunne betegnes som en resilient holdning. Disse to gruppene av informanter var ulike med hensyn til hvordan de forholdt seg til å være organisert. De som fremhevet sin traumatiske vekst hadde stor glede av det fellesskapet en bruker- og interesseorganisasjon gir, mens de som avviste begrepet foretrakk kun å være involvert i kunnskaps- og rettighetsaspektet ved det å være organisert. Flere av informantene snakket om negative identitetsendringer, men den gjennomgående tendensen var å avvise at det hadde skjedd en identitetsendring, dersom den ikke ble beskrevet av informanten selv som å være positiv, eller gitt som et svar på et spørsmål som var dreid i positiv retning. Negative endringer viste seg derfor helst indirekte, spesielt ved at informantene ga uttrykk for en utpreget grad av mistillit til psykisk helsevern, som ble omtalt som «systemet».

Metodiske betraktninger

Gruppeintervjuer versus individuelle intervjuer. Til tross for at det vi i utgangspunktet hadde planlagt skulle være et fokusgruppeintervju etterhvert tok mer form av å være et «gruppeintervju», var intervjuet på slutten preget av en samhandling mellom informantene. Fokusgrupper skiller seg fra individuelle intervjuer, ved at interaksjonen mellom deltagerne spiller en viktig rolle ved produksjonen av data (Willig, 2008). Det individuelle intervjuet som metode innebærer også en sosial interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet, men fokusgruppeintervjuet/gruppeintervjuet legger til rette for interaksjoner som er mer likeverdige med hensyn til status og roller, da forskerens innflytelse vil være mindre fremtredende i en gruppesammenheng. Dette medfører at de to ulike metodene produserer data med ulik sosial kvalitet (Wilkinson, 1998). At datamaterialet mitt er fremkommet ved ulike former av kvalitative metoder, er derfor noe jeg anser som en styrke.

Jeg var på forhånd spent på hvordan det ville bli å spørre om et såpass sårbart tema som opplevde krenkelser, og var hele tiden svært bevisst på å vise respekt for informantenes grenser, samtidig som jeg som forsker gjerne ville ha mest mulig informasjon. Dette viste seg å være langt mindre problematisk enn jeg på forhånd hadde fryktet. Dette har helt sikkert sammenheng med at dette var et utvalg der alle var organisert i bruker- og interesseorganisasjoner, og flere av dem var også vant til å formidle seg gjennom skriftlige arbeider og sosiale medier. Jeg opplevde det derfor slik at informantene hadde et behov for å snakke om krenkelsene de hadde opplevd, heller enn at dette var et problem for dem.

Da jeg har vært opptatt av å få innsikt i informantenes subjektive opplevelser, samt fortolkninger, ser jeg i ettertid at jeg kunne ha vært tjent med å få frem at dette knyttes til en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon. Jeg kunne også ha tydeliggjort bedre, hvordan oppgaven flere steder reflekterer det sosialkonstruktivistiske ståstedet. Dette kom frem gjennom informantenes språk, ved at de konsekvent brukte betegnelsen «psykiatrien», fremfor «psykisk helsevern». Jeg har i oppgaven fått frem at de omtalte psykisk helsevern som «systemet», men kunne ha utdypet dette enda nærmere, ved å nevne at de ga uttrykk for at det er et patriarkalsk og foreldet system og kommentert sitatet der selv det arkitektoniske ved psykiatriske sykehus blir trukket frem som noe forsterket følelsen av å føle seg liten og hjelpeløs.

Implikasjoner for fremtidig forskning og klinisk arbeid.

Da det i Norge til nå har vært utført en kvalitativ studie i samarbeid med Mental Helse Norge, og informantene i denne undersøkelsen i all hovedsak var tilknyttet WSO, hadde det vært interessant å utvide forskningen til å gjelde informanter som ikke nødvendigvis er tilknyttet noen bruker- og interesseorganisasjon. Vedrørende denne undersøkelsen, er det slik jeg skriver innledningsvis, mitt ønske at den kan bidra til en økt innsikt i brukerperspektivet og dermed bidra til en forandring og forbedring med hensyn til hvordan pasienter opplever møtet med psykisk helsevern. I Norge har det i lang tid vært en opphetet debatt rundt tvang i psykisk helsevern. Etter å ha hørt fortellingene til informantene i denne undersøkelsen, samt vært vitne til deres engasjement for menneskerettigheter. Ville det være gledelig om denne oppgaven, med sine systematiserte brukererfaringer, kunne tjene som et innspill i debatten om Norges forpliktelse til FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Litteraturliste

- Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1175-1181.
- Andresen, Ø. et al. (2004). PasOpp: Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet, SINTEF Helse/Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1, 385-405. doi:10.1177/146879410100100307
- Beresford, P., & Wilson, A. (2002). "Genes spell danger: mental health service users/survivors, bioethics and control". *Disability & Society*, 17,(5), 541-533. doi:10.1080/09687590220148513
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating trauma into one`s identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219-231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced Integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417-431. doi:10.1002/acp.1290
- Bonnanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20. doi.10.1037/0003-066X.59.1.20
- Borge, Anne Inger Helmen (2005). *Resiliens - Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder. Malady or myth*. New Haven: Yale University Press.
- Brewin, C.R., & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review*, 23, 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157-181. doi:10.1080/10720530590924789
- Brinkmann, S. (2007). "The good qualitative researcher." *Qualitative Research in Psychology*, 4(1-2), 127-144. doi:10.1080/14780880701473516
- Bryman, A. (2004). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Burr, V. (1995). *Sosial constructionism*. London: Routledge.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundation of posttraumatic growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.
- Cieurco, C., & Keitel, M.A. (1999). Ethics in qualitative research. I M. Kopala og L.A. Suzuki (red.). *Using qualitative methods in psychology*. Thousand Oaks: Sage publications. 63-75.
- Cusack, K. et al. (2003). Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 30, No. 5
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Universitetsforlaget.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). *Collecting and interpreting qualitative materials* (Vol. 3). Sage.
- Duke, P. J., Pantelis, C., & Barnes, T. R. (1994). South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *The British Journal of Psychiatry*, 164(5), 630-636.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity. Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Farquhar, C., & Das, R. (1999). Are focus groups suitable for 'sensitive' topics? I R. S. Barbour & J. Kitzinger (Eds.), *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12, 531-545.
- FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. (2015). I FN-Sambandet. Hentet fra: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Flick, U. (2005). *An introduction to qualitative research*. Sage.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., ... & Hiers, T. G. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*.
- Gråwe, R.W., & Hagen R. Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser. I Torkil Berge og Arne Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. 513-531. 2008. Oslo, Gyldendal akademiske forlag.

- Guidelines for research ethics in the social sciences, law and the humanities (2006).
Forskningsetiske komiteer. National Committees for Research Ethics in Norway.
- Hafstad, S., & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12, 1507–1511.
- Halvorsen, J. Ø., & Sveaass, N. (2009). Psykologi og tortur: Faglige og etiske utfordringer for psykologer sett i lys av FNs torturkonvensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (12), 1155-1162.
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. Los Angeles: Sage.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Husum, T. L., & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (12), 1169-1174.
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D., & Drennan, J. (2005). The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Social Science & Medicine*, 61(12), 2588-2599. doi:10.1016/j.socsimed.2005.04.040
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johansson, M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (9), 639 – 647.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, (4), 237-251. doi:10.1037/h0034747

- Kilmer, R. P. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. I R.G.Tedeschi & L.G. Calhoun (red.), *Handbook of Posttraumatic Growth* (s. 264-288). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kogstad, R. E., Hummelvoll, J. K., & Eriksson, B. G. (2009). User experiences of different treatment cultures in mental health care. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, *11*(2), 97-111. doi:10.1891/1559-4343-11-2-97
- Kroger, J. (2000). *Identity development. Adolescence through adulthood* (2nd ed.). Tromsø: Sage.
- Kroger, J. & Marcia, J. E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. I S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (red.), *Handbook of identity theory and research* (s. 31-53). New York: Springer.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. (2008). *Doing interviews*. London: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Langdridge, (2006). *Psykologisk Forskningsmetode. En innføring i kvalitative tilnærminger*. Tapir Akademiske Forlag: Trondheim.
- Lapadat, J. C., & Lindsay, A. C. (1999). Transcription in research and practice: From standardization of technique to interpretive positionings. *Qualitative inquiry*, *5*(1), 64-86.
- Lewis, J. & Ritchie, J. (2003). Generalizing from qualitative research. I J. Ritchie & J. Lewis (red.), *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers* (s. 263-286). London: Sage.

- Lilja L. & Hellzen O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(4):279-86
- Lorem, G. F, Frafjord, J, Steffensen, M, & Wang, C. (2013). Medication and participation. A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics*, 21.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558. doi:10.1037/h0023281
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2. utg.). London: Sage.
- McAdams, D. P. (1985). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guildford Press.
- McAdams, D.P. (2001). The Psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100–122. doi:10.1037/1089-2680.5.2.100
- McAdams, D. P., Bauser, J. J., Sakaeda, A. M., Anyidoho, N. A., Machado, M. A. & Magrino, K., et al. (2006). Continuity and change in the life story: A longitudinal study of autobiographical memories in emerging adulthood. *Journal of Personality*, 74, 1371-1400. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00412.x
- McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. I O. John, R. Robins & L. Pervin (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (3. utg., s. 242-262). New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (2011). Narrative identity. I S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (red.), *Handbook of identity theory and research* (s. 99-115). New York: Springer.

- McAdams, D.P., & McLean, K.C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22, (3), 233-238. doi:10.1177/0963721413475622
- Merrick, E. (1999). An exploration of quality in qualitative research. Are “reliability” and “validity” relevant? I M. Kopala & L.A. Suzuki (red.), *Using qualitative methods in psychology* (s. 25-36). Thousand Oaks: Sage.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412984287
- Morgan, D. L. (1998). *The Focus Group Guidebook* (Vol. 1). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Murray, H. A. (1938). Explorations in personality.
- Neimeyer, R. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry*, 15, 53-59.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body*. New York: W.W Norton & Company.
- Pillemer, D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ratifiering av CRPD. (2015). Hentet fra: <http://www.wso.no/?s=1&id=92>
- Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S., Locke B. Z., Keith S. J., Judd L. L., & Goodwin F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The journal of the American Medical Association*, 264, (19), 2511-2518. doi:10.1001/jama.264.19.2511
- Ritchie, J., & Lewis. J. (2003). *Qualitative Research Practice*. London, Sage (kap.8: Analysis: Practices, principles and processes), 199-262.

- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice*. London, Sage, (kap.9: Carrying out qualitative analysis), 199-262.
- Richards, L. (2005). *Handling qualitative data: A practical guide*. London: Sage Publications.
- Rubin, D. C., & Kozin, M. (1984). Vivid memories. *Cognition*, 16(1), 81-95.
doi:10.1016/0010-0277(84)90037-4
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: Shotkoff, J.P. og Meisels, S.J. (red.). *Handbook of early childhood intervention*. Second edition (s.651-683). Cambridge: Cambridge University Press.
- Røkenes, O. H., Hjort, H. og Sveaass, N. (2009). Menneskerettighetsbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (12), 1146-1147.
- Schwartz, S. J., Luyckx, K., & Vignoles, V. L. (2011). Toward an integrative view of identity. I S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (red.), *Handbook of identity theory and research* (s. 1-27). New York: Springer.
- Schneider, I. K., Konijn, E. A., Righetti, F. & Rusbult, C. E. (2011). A healthy dose of trust: The relationship between interpersonal trust and health. *Personal Relationships*, 18, 668-676. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01338.x.
- Singer, J. A., & Salovey, P. (1993). *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York: Free Press.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London: Sage.

- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research. London: SAGE Publications.
- Sneed, J. R., Krauss Whitbourne, S., & Culang, M. E. (2006). Trust, identity, and ego integrity: Modeling Erikson's core stages over 34 years. *Journal of Adult Development*, 13, 148-157. doi:10.1007/s10804-007-9026-3
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 624-630. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin*, 110, 67-85. doi: 10.1037/0033-2909.110.1.67
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications.
- Thune, G.H. (2008). *Overgrep – Et søkelys på psykiatrien*. Abstrakt forlag.
- Toma, J. D. (2000). How getting close to your subjects makes qualitative data better. *Theory into practice*, 39(3), 177-184. doi:10.1207/s15430421tip3903_9
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1973). Availability: A Heuristic for Judging Frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207–232. doi:10.1016/0010-0285(73)90033-9
- Vignoles, V. L., Schwartz, S. J. & Luyckx, K. (2011). *Handbook of identity theory and research*. New York: Springer.
- Volden, O. (2009). Den som er veldig sterk, må også være veldig snill. Et brukerperspektiv på menneskerettigheter og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, (12), 1182-1185.

- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in feminist research: Power, interaction, and the coconstruction of meaning. *Women's Studies International Forum*, 21(1), 111-125.
doi:10.1016/S0277-5395(97)00080-0
- Wilkinson, S. (2008). Focus Groups. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage Publications, Inc.
- Willig, C. (2003). Discourse analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 159-183.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in Theory and Method* (2 ed.). Buckingham: Open University.
- Willig, C. (2009). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw- Hill: New York.

Vedlegg

Vedlegg1

Tilbakemelding fra REK

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [mailto:post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: 23. januar 2014 09:42

Til: tonje.l.husum@gmail.com

Emne: Sv: REK sør-øst 2014/21 Krenkelser og etikk innen psykiske helsetjenester

Vår [ref.nr.:](#) 2014/21 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 07.01.2014 angående prosjektet «Krenkelser og etikk innen psykiske helsetjenester», fra Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder på fullmakt.

Formålet med studien, slik det forstås fra skjema for fremleggingsvurdering, er å undersøke mennesker som har mottatt tjenester innen psykiske helsetjenester og ansatte innen samme helsetjeneste sine erfaringer med krenkelser under behandling. Det skal benyttes spørreskjema og intervju for å innhente opplysninger i prosjektet.

Slik prosjektet er beskrevet er det en evaluering av opplevelser under mottatt eller gitt behandling. Datainnsamling vil foregå utenfor helsetjenesten. Prosjektet er vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Innenfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Med vennlig hilsen
Anette Solli Karlsen
Komitesekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845522

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 2

Reidar Pedersen
Senter for medisinsk etikk, UiO
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 29.07.2014

Vår ref: 39244 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39244	<i>Psykiske helsetjenester, etikk og tvang. Delprosjekt Survey til helsepersonell og pasienter/brukere. NSD-Prosjektnr: 36361.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Reidar Pedersen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

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

2

Avdelingskontorer / District Offices:

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

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39244

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven eller helseregisterloven med forskrifter.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, e-postadresse eller ip-adresse.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Tonje Lossius Husum
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 27.08.2014

Vår ref: 39196 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39196

Krenkelser innen psykisk helsevern

Behandlingsansvarlig Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Tonje Lossius Husum

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, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39196

SAMARBEID

Prosjektet er en del av et større prosjekt ved UiO, Psykiatri, etikk & tvang (PET) prosjektet som også er nasjonalt, med internasjonalt samarbeid med forsker fra Nederland. Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at ansvaret for behandlingen av personopplysninger er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det

inngås en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Dette prosjektet gjennomføres av Tonje Lossius Husum (daglig ansvarlig) og tre prosjektmedarbeidere.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Deltakere rekrutteres gjennom enten profesjons- og fagforeninger eller brukerorganisasjoner. Organisasjonene formidler informasjon om prosjektet og personer som ønsker å delta kontakter deretter forsker.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene til hhv ansatte og brukere mottatt 1.7 og 10.7.2014 er godt utformet.

DATAMATERIALET

Datainnsamlingen skal skje gjennom intervjuer ansikt til ansikt eller pr. telefon, og det benyttes lydopptak.

Opplysningene som skal innhentes er sensitive siden de omhandler helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr 8 c.

Personvernombudet minner om at det ikke kan innhentes opplysninger som kan identifisere 3. personer. Helsepersonell er underlagt taushetsplikt og kan derfor ikke omtale hendelser på en måte som bidrar til å identifisere andre, f.eks. kolleger eller pasienter direkte eller indirekte. Brukere er ikke underlagt taushetsplikten på den samme måten, men har likevel ikke anledning til å omtale hendelser på en måte som kan identifisere andre uten at dette er i strid med personopplysningsloven. Daglig ansvarlig bekrefter i e-post mottatt 12.08.2014 at spørsmålene skal formuleres på en slik måte at identifisering av 3. personer utelukkes.

INFORMASJONSSIKKERHET

I henhold til prosjektmeldingen skal det ikke registreres opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner direkte i datamaterialet. Personvernombudet tar høyde for at det er potensiale for indirekte identifisering. Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. 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) og slette lydopptak.

ANDRE VURDERINGER

REK har vurdert at prosjektet ikke er framleggingspliktig (REF. 2014/21 A).

Vedlegg 4

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Invitasjon til å delta i en workshop om erfaringer med tvang & krenkelser

I forbindelse med et forskningsprosjekt om erfaringer med tvang og krenkelser under behandling innen psykiske helsetjenester, inviteres det til en workshop for å drøfte disse temaene. Målet for studien er å bidra til høyere bevissthet om erfaringer med tvang og krenkelser og med dette bidra til å skape bedre psykisk helsetjenester. Spørsmålene vil bli sendt ut på forhånd til de som er interessert i å delta. Workshopen vil bli gjennomført på Senter for medisinsk etikk (kart vil bli sent ut):

Mandag 24. november kl. 13-16

Vi håper på å få fem til syv deltagere og det vil bli servert lunsj kl. 13.
Hvis du er interessert i å delta kan du sende en mail til: t.l.husum@medisin.uio.no
eller ringe: 412 803 05

Med hilsen
Tonje Lossius Husum
Postdoktor ved Senter for medisinsk etikk
Universitet i Oslo



Institutt for helse og samfunn

Telefon: 22 85 05 50

Senter for medisinsk etikk Telefaks: 22 85 05 90

Postadr.: Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Besøksadr.: Frederik Holsts hus, Kirkeveien
166, 0850 Oslo

postmottak@medisin.uio.no

www.med.uio.no/helsam

Org.nr.: 971 035 854

Vedlegg 5

Punkter til samtale i en workshop med brukere som har erfaring med behandling innen psykisk helsevern.

Innledning: Denne studien har som formål å undersøke hva mennesker som har mottatt behandling innen psykisk helsevern har erfart av ulike typer krenkelser.

Krenkelser:

Har dere erfaringer med hendelser som ble opplevd som krenkende, mens dere var under behandling i psykisk helsevern?

- Hva var det som var krenkende? (det er fint om dere kan konkretisere).
- Hva har dere opplevd som mest krenkende? (det er fint om dere kan konkretisere)
- Og- har dere idéer om hvordan det kunne skje, eventuelt hvorfor?
- Kan dere forestille dere måter dette kunne vært unngått på, eventuelt at slike hendelser kunne vært unngått i psykisk helsevern?
- Snakket dere med noen om krenkelsen dere hadde opplevd, like etterpå eller senere, og hvordan var det for dere, eventuelt- førte det til noe?
- Er det noen av dere som har fått noen form for hjelp i etterkant av krenkelsene?

Identitet:

I lys av det vi har snakket om, ønsker vi nå å drøfte dette i sammenheng med identitet.

- Er det noe av det vi har snakket om som dere føler har påvirket dere på en slik måte, at det har gjort noe med den dere er i dag (identiteten deres)?
- Eller har påvirket den opplevelsen eller oppfatningen dere har av dere selv?
Har opplevelsene vært slik at de også har påvirket hvordan dere ser på andre mennesker, på verden rundt dere?
- Kan dere gi noen eksempler?
- Dersom dere ikke hadde blitt utsatt for denne /disse krenkelsen (e), føler dere da at dere hadde vært en annen person i dag?

Menneskerettighetsbrudd:

Med tanke på menneskerettigheter, er det noen av de krenkelsene dere har fortalt om i dag som dere tenker på som MR brudd?

-Hva er det som gjør at dere tenker på det som et MR brudd og når tenkte dere dette?

- Det at dere tenker på det som et MR brudd, fører det til at dere tenker og føler det annerledes enn dere ellers ville ha gjort? Er det for eksempel noe dere har snakket med andre om?

Organisasjon:

Dere er invitert hit til oss i dag, fordi dere er medlemmer av WSO:

- Hva betyr det for dere å være medlemmer av en organisasjon som WSO?
- Vil dere si tilknytningen til WSO har påvirket dere på noen måte?

Avslutningsvis lurer vi på om det er noe mer dere ønsker å tilføye?

Dere kan også ta kontakt i etterkant, dersom dere har noe mer å tilføye.

Tusen takk for hjelpen!!

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6

Oppfølgingsspørsmål om identitet.

Erfaringsmessig så ser vi det at det er en del opplevelser, og følelser rundt disse opplevelsene som går igjen, som er knyttet til identitet. Da jeg ønsker å få utvidet identitetsperspektivet mitt, så lurer jeg på om du har anledning til å svare på noen ekstra spørsmål i tillegg til de spørsmålene du har fått tilsendt på forhånd?

Det er de som omtaler det å ha blitt lagt inn på tvang, spesielt da på skjermet avdeling med ord som: Frihetsberøvelse, tortur og isolasjon.

Har du noen gang følt deg behandlet som en fange? Eller har du, som det også kan bli gitt uttrykk for, til og med ha følt at du hadde færre rettigheter enn innsatte i fengsler, og har dette i så fall gjort noe med identiteten din?

Det er veldig mange som gir uttrykk for at de har savnet å kunne snakke om problemene sine.

Har du følt at du ikke ble sett og hørt i en veldig vanskelig situasjon? Har du eventuelt opplevd ikke å bli møtt som et individ? Har noen av disse opplevelsene i så fall påvirket hvordan du ser på deg selv?

Det er mange som gir uttrykk for at de har hatt det som kan betegnes som «traumatisk vekst», ved å gi uttrykk for å ha fått mer selvtillit, blitt tryggere på seg selv og fått et klarere verdisyn.

Har du følt det på denne måten? Om du har hatt en slik traumatisk vekst, vil du allikevel si at de vonde opplevelsene du har hatt, har satt så dype spor etter seg, slik at de fremdeles opptar deg i stor grad?

En del opplever det sånn at folk med psykiske lidelser er uønsket i samfunnet.

Har du følt deg uønsket? I så tilfelle på hvilken måte, og har det påvirket hvordan du ser på deg selv?

Er det noe som jeg ikke har vært inne på, men som du selv tenker har påvirket identiteten din i positiv eller negativ retning, slik at det har skjedd en endring?

Dere kan også ta kontakt i etterkant, dersom dere har noe mer å tilføye.

Tusen takk for hjelpen!!

Vedlegg 7

Punkter til samtale med brukere som har erfaring med behandling innen psykisk helsevern

Innledning: Denne studien har som formål å undersøke hva mennesker som har mottatt behandling innen psykisk helsevern har erfart av ulike typer krenkelses

Krenkelses:

Har du erfaringer med hendelser som du har opplevd som krenkende, mens du var under behandling i psykisk helsevern?

- Hva var det som var krenkende? (det er fint om du kan konkretisere).
- Hva har du opplevd som mest krenkende? (det er fint om du kan konkretisere)
- Og- har du idéer om hvordan det kunne skje, eventuelt hvorfor?
- Kan du forestille deg måter dette kunne vært unngått på, eventuelt hvordan slike hendelser kunne vært unngått i psykisk helsevern?
- Snakket du med noen om krenkelsen du hadde opplevd, like etterpå eller senere, og hvordan var det for deg, eventuelt- førte det til noe?
- Har du fått noen form for hjelp i etterkant av krenkelsene?

Identitet:

I lys av det vi har snakket om, ønsker vi nå å drøfte dette i sammenheng med identitet.

- Er det noe av det vi har snakket om som du føler har påvirket deg på en slik måte, at det har gjort noe med den du er i dag (identiteten din)?
- Eller har påvirket opplevelsen eller oppfatningen du har av deg selv?
Har opplevelsene vært slik at de også har påvirket hvordan du ser på andre mennesker, på verden rundt deg?
- Kan du gi noen eksempler?
- Dersom du ikke hadde blitt utsatt for denne /disse krenkelsen (e), føler du da at du hadde vært en annen person i dag?

Menneskerettighetsbrudd:

Med tanke på menneskerettigheter, er det noen av de krenkelsene du har fortalt om i dag som du tenker på som MR brudd?

- Hva er det som gjør at du tenker på det som et MR brudd og når tenkte du dette?
- Det at du tenker på det som et MR brudd, fører det til at du tenker og føler det annerledes enn du ellers ville ha gjort? Er det for eksempel noe du har snakket med andre om?

Organisasjon:

Er du medlem av en brukerorganisasjon?

- Hva betyr det for deg å være medlemmer av en organisasjon som WSO/ MH eller annen brukerorganisasjon? Hvilken/-e ?
- Vil du si tilknytningen til WSO/MH/annen har påvirket deg på noen måte?

Avslutningsvis lurer vi på om det er noe mer du ønsker å tilføye?

Du kan også ta kontakt i etterkant, dersom du har noe mer å tilføye.

Tusen takk for hjelpen!!

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med psykolog Tonje Lossius Husum (prosjektleder) på telefonnummer: 41280305 eller mail: t.l.husum@medisin.uo.no

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)