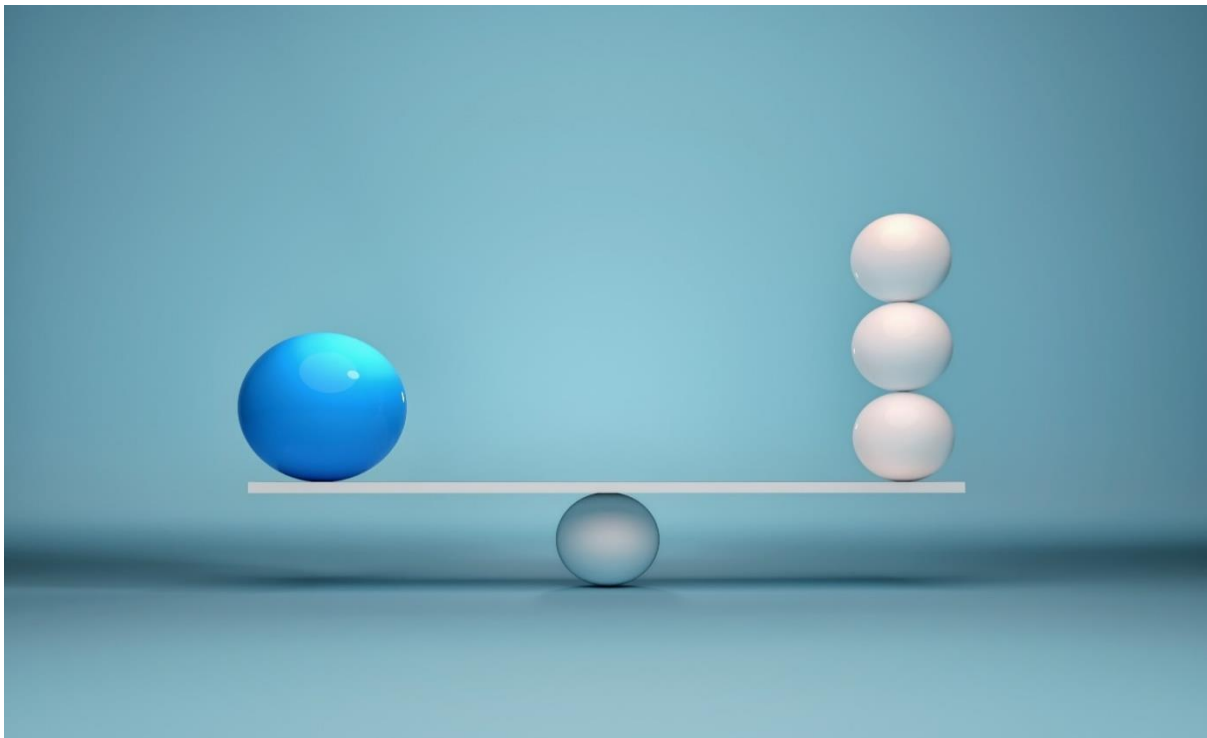


Masteroppgave:

Selvorganisert selvhjelp i et helsefremmende perspektiv



Master i helsefremmende arbeid

«På hvilken måte kan deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidra til helsefremmende prosesser?»

Forord

Å ta en masterutdanning har for meg vært en faglig og personlig reise. I snart fire år har jeg fått fordype meg i et fag jeg synes er spennende og det siste året dypdykket i et tema jeg har visste lite om og som jeg har blitt engasjert i. Det har vært en reise med både opp- og nedturer og mye hardt arbeid. Jeg har tenkt at jeg snart er ferdig, ferdig med studiet og ferdig med masteroppgaven, men det er jo nå det begynner, og jeg gleder meg!

I denne prosessen har jeg vært med i kollokviegruppe med medstudenter, møtt fremmede som på ulike måter har gitt sitt bidrag til mitt prosjekt. Jeg har deltatt på skrivekvelder og faglige webinarer og på et av disse webinarene ble arbeidsfasen hvor teori og empiri skal knyttes sammen kalt for «fuck-off» perioden, en følelse og tanke jeg kan kjenne meg godt igjen i. Det har vært tider hvor jeg har tenkt nettopp det om både prosjektet i sin helhet og til livet generelt. Men jeg har stått i det fordi jeg har funnet mening i å fullføre noe jeg tror på og brenner for, den helsefremmende tenkningen. Å leve i en krevende periode er uunngåelig i livet, men hvordan man håndterer situasjonen er avgjørende. Sosial støtte er en av de faktorene som kan bidra til at situasjonen blir mer håndterbar.

Jeg vil derfor først og fremst rette en stor takk til deltakerne i min studie, at de brukte av sin fritid til å stille opp for meg og dele av seg og sin historie. Takk til Anne Grete Tandberg i Selvhjelp Norge for hjelp til rekruttering av deltakere og veiledning underveis. Jeg vil takke min veileder Susanne Hagen på USN for faglig og medmenneskelig støtte, for at du har fått meg på sporet når jeg har mistet retning. Takk til medstudenter og særlig Karolina, Silje, Camilla og Geir Espen i kollokviegruppa. Det har vært spennende å dele kunnskap, erfaringer, tanker og refleksjoner med dere. Det har vært betryggende å vite at vi har vært i samme båt. Takk til min far, Truls, for faglig diskusjoner og korrekturlesning. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjære samboer Anders for å ha holdt ut med mine opp- og nedturer og heiet meg frem til mål.

Innhold

Forord	2
Sammendrag:.....	5
Abstract:	6
Del 1 Innledning.....	7
1.1 Problemstilling	10
1.2 Oppgavens disposisjon	11
1.3 Bakgrunn og mål med studien	11
1.4 Avgrensninger.....	12
Del 2 Teoretisk referanseramme	14
2.1 Helsefremmende arbeid	14
2.2 Definisjon av helse	16
2.3 Empowerment og equity	17
2.4 Relevante politiske føringer.....	18
2.5 Salutogenese – det som fremmer helse	22
2.6 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	23
2.7 Generelle motstandsressurser.....	25
2.8 Mestringsforventning	25
2.9 Selvorganisert selvhjelp	26
2.10 Selvhjelpens prinsipper.....	28
2.11 Forskning på feltet.....	29
Del 3 Metode.....	33
3.1 Kvalitativ metode	33
3.2 Utvalg.....	34
3.2.1 Rekrutteringen.....	34
3.3 Gjennomføring av intervju.....	35

3.4 Bearbeiding av data og analyse	37
3.5 Metodekritikk	41
3.6 Forskningsetikk	43
4.0 Presentasjon av funn	45
4.1 Fellesskap.....	45
4.2 Fristed	47
4.3 Læringsarena	49
4.4 Tillit, taushetsplikt og personlig innstilling.....	51
4.4.1 Tillit	51
4.4.2 Taushetsplikt.....	52
4.4.3 Personlig innstilling.....	53
4.5 Oppsummering	54
5.0 Diskusjon.....	56
5.1 Selvhjelpsgruppe som fellesskap	56
5.2 Selvhjelpsgruppe som fristed.....	57
5.3 Selvhjelpsgruppe som læringsarena	58
5.4 Selvhjelpsgruppens grunnleggende elementer	59
5.5 Selvorganisert selvhjelp og helsefremmende arbeid.....	60
Del 6 Konklusjon	64
Litteraturliste	66

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til deltakerne m/samtykkeskjema

Vedlegg 2: Meldeskjema for behandling av personopplysninger (NSD)

Sammendrag:

Helse er mer enn fravær av sykdom og strekker seg til å dreie seg om velvære og livskvalitet. Felles for alle mennesker er at vi har en helse og at livsproblemer er en uunngåelig del av livet. Det finnes mange mestringsstrategier, og for å være rustet til å ta tak i en vanskelig livssituasjon er kunnskap om hvilke muligheter man har viktig. Helsefremmende arbeid har vært i utvikling siden -70 tallet og selvorganisert selvhjelp siden -80 tallet og har i dag mange likhetstrekk ved den humanistiske grunnverdien og den stadig økende politiske forankringen. Ved å benytte muligheten til å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan den enkelte ta ansvar for egen livssituasjon og sammen med andre gå inn i en endringsprosess.

Hensikt: Bidra med kunnskap om hva selvorganisert selvhjelp er og hvordan det kan tas i bruk ved håndtering av et livsproblem og undersøke hvordan det kan bidra til helsefremmende prosesser.

Bakgrunn: Bakgrunn for studien er å se selvorganisert selvhjelp som verktøy i sammenheng med det helsefremmende perspektivet, samt bidra med kunnskap slik at flere får kjennskap til muligheten om å delta i selvhjelpsgruppe.

Problemstilling: På hvilken måte kan deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidra til helsefremmende prosesser?

Metode: Kvalitativ metode, individuelle intervjuer med seks deltakere i selvorganisert selvhjelpsgruppe. Tematikken og tilnærmingen i denne studien hører til i samfunnsvitenskapen/humanvitenskapen, og det er benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Gjennom tematisk innholdsanalyse viser studien at deltakerne fortalte om svært sammenfallende opplevelser og svarene de ga hadde flere likhetstrekk.

Resultat: Deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe gir opplevelse av fellesskap, det gir sosial støtte, en opplevelse av å ha et fristed som bidrar til balanse i hverdagen. Deltakelse bidrar til læring, mestring og håndtering av et livsproblem.

Konklusjon: Deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidrar til helsefremmende prosesser, med forutsetning om at gruppa er velfungerende basert på tillit, taushetsplikt, trygghet og personlig innstilling hos den enkelte deltaker.

Abstract:

Health goes beyond absence of disease and extends to well-being and quality of life. Common to all people is that we have a health and that life problems are an inevitable part of life.

There are many coping strategies, and to be equipped to tackle a difficult life situation, knowledge of what opportunities you have is important. Health-promotion has been in development since the -70s and self-organized self-help since the -80s and has today many similarities to the basic humanistic value and the ever-increasing political roots. By using the opportunity to participate in self-organized self-help groups, the individual can take the responsibility for their own life-situation and, together with others, enter a process of change.

Purpose: Contribute with knowledge about what self-organized self-help is and how it can be used in dealing with a life problem and investigate how it can contribute to health-promoting process.

Background: The background for the study is to see self-organized self-help as a tool in connection with the health-promoting perspective, as well as contribute with knowledge so that more people become aware of the opportunity to participate in a self-help group.

Method: Qualitative method, individual interviews with six participants in a self-organized self-help group. The themes and approaches in this study belong to the social sciences / humanities, and a phenomenological-hermeneutic method has been used. Through thematic content analysis, the study shows that the participants talked about very coincident experiences and the answers they gave had several similarities.

Result: Participation in a self-organized self-help group provides an experience of community, it provides social support, an experience of having a sanctuary that contributes to balance in everyday life. Participation contributes to learning, coping, and dealing with a life problem.

Conclusion: Participation in a self-organized self-help group contributes to health-promoting processes, provided that the group is well-functioning based on trust, duty of confidentiality, security, and personal attitude on the part of the individual participant.

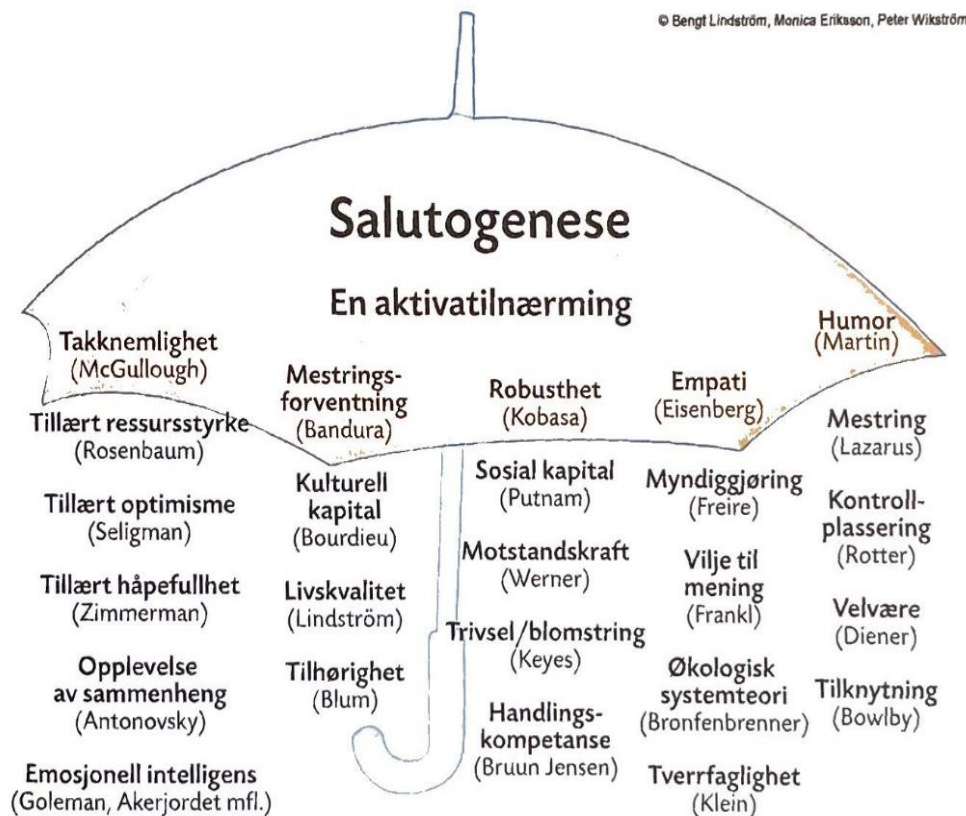
Del 1 Innledning

I helsefremmende arbeid er det en grunnleggende tanke om at helse er noe mer enn fravær av sykdom, og den mest kjente definisjonen av helse kommer fra Verdens Helseorganisasjon (1946) «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015, s. 3). Det er en dreining bort fra det patogene perspektivet, og helse relaterer seg til håndtering av livets utfordringer ved å fokusere på ressurser som kan utløse prosesser i retning av ikke bare helse, men også velvære og livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23). Helsefremmende arbeid har en holistisk tilnærming til helse som innebærer et bredt syn på påvirkningsfaktorer og som vektlegger deltakelse på alle nivåer (Green et al., 2015, s. 82).

Helsefremmende arbeid som fag og profesjon henter kunnskap fra flere akademiske disipliner og er beskrevet som en «magpie profession» (Seedhouse, 1997, s. 27). Magpie, som betyr skjære, henviser til forestillingen om at skjæren henter ting som blinker, som er vakkert og skiller seg ut. Likeledes har helsefremmende arbeid som fagområde plukket ut og hentet inspirasjon, kunnskap, teknikker og modeller fra flere fagområder. Primærkunnskap er hentet fra psykologi, sosiologi, pedagogikk og epidemiologi, og sekundært blant annet fra økonomi, markedsføring, kommunikasjon og filosofi (Hanson, 2004, s. 150). Helsefremmende arbeid som profesjon opererer eklektisk fordi fagområdet ikke har et samlet teorigrunnlag (Seedhouse, 1997, s. 27).

En viktig bidragsyter innen den helsefremmende retningen er Aaron Antonovsky og hans teori om salutogenese. Salutogenese er et av de mest essensielle nøkkelkonseptene innen helsefremmende arbeid (Green et al., 2015, s. 5). Salutogenese betyr «helsens opprinnelse» og defineres som «bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse» (Antonovsky 1993a i (Lindström & Eriksson, 2015, s. 27). Tanken er at mennesker er i kontinuerlig bevegelse på kontinuumet mellom helse og uhelse. Den salutogene tilnærmingen retter fokuset mot helse og hvordan det kan legges til rette for et godt liv og dermed bidra til opplevelse av livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23). Antonovskys teori om salutogenese var den første modellen og teorien som systematisk utforsket helse i dette perspektivet, men det finnes i dag også andre teorier som følger denne tankegangen og

derfor kan vi i dag snakke om en salutogen overbygning over modeller og teorier som har en salutogen tilnærming (Lindström & Eriksson, 2015, s. 7). Salutogenese er et bredt begrep som vektlegger ressurser, kompetanse og evner som bidrar til helse og livskvalitet.



Figur 1: Den salutogene paraplyen. (Lindström & Eriksson, 2015, s. 77)

Likeledes er begrepet selvhjelp et omfattende og bredt fenomen. I bokhandelen får man kjøpt selvhjelpsbøker som skal hjelpe oss med å bli sjef i eget liv, bedre forstå våre egne følelser, hvordan vi kan gi mer faen, hvordan vi kan bli tynnere, rikere eller en bedre utgave av oss selv. I arbeid med mennesker snakker man om å yte hjelp til selvhjelp, med den betydning av å hjelpe andre til å bli selvhjulpne. Selvhjelp kan også brukes i det henseende at vi gjør noe positivt for oss selv for å føle oss bedre. I denne studien skal selvhjelp rettes mot selvorganiserte selvhjelpsgrupper hvor mennesker med ulike livsproblemer kommer sammen i samtalegrupper for å gjennomgå endringsarbeid sammen med andre i tråd med Selvhjelp Norges prinsipper. Her er selvorganisert selvhjelp i betydning lederløse selvhjelpsgrupper som drives av deltakerne i fellesskap (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for

selvorganisert selvhjelp, u.å.). Selvorganisert selvhjelp handler om å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon og er for dem som ønsker å gjøre noe med et problem sammen med andre (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, 2020).

Utgangspunktet i selvorganisert selvhjelp er at livsproblemer kan være en kunnskapskilde og drivkraft for positiv endring, samt at sosial støtte og medvirkning har betydning for evnen til å takle livsproblemer (Helsedirektoratet, 2014, s. 5). Med utgangspunkt i Selvhjelp Norges grunnprinsipper, og med salutogene faktorer som grunnlag, vil denne masteroppgaven undersøke om, og på hvilken måte, deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til helsefremmende prosesser.

Det finnes mange interesseorganisasjoner som driver temaspesifikke selvhjelpsgrupper, som for eksempel anonyme alkoholikere (AA), angstringen, anonyme narkomane (NA), Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS), Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og Mental helse (Zeiner, 2019, s. 172). Gruppens hovedformål er selvhjelpsarbeid, men det finnes ulike måter å drive arbeidet på. Noen aktører har et uttalt sosialpolitisk formål, mens andre har en mer terapeutisk tilnærming til selvhjelp (Zeiner, 2019, s. 172-173). Det er viktig å presisere at denne masteroppgaven skal være i tråd med Selvhjelp Norge sitt arbeid, og dermed ikke ha fokus innen et spesifikt problemområde. Dette presiseres for å vise at det er mange områder innen selvhjelpsarbeid, og at forskningen avgrenses til Selvhjelp Norge.

Selvhjelp bygger på en bevisstgjøring om at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres og benyttes når livsproblemer oppstår (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, 2020). Det legges til grunn at det enkelte menneske har iboende evner til å gjøre noe med egen situasjon, og dermed er ikke endringsarbeid avhengig av fagpersonell som tilbyr behandling. Livsproblemer sees ikke på som kun smerte og sykdom, men også som læring og utviklingsmuligheter (Godager & Talseth, 2013). Dette er i tråd med grunnlaget innen helsefremmende arbeid og eget verdisyn.

Livsproblemer er noe alle mennesker opplever i løpet av livet og de kan ikke unngås. Den nasjonale satsningen på selvhjelps visjon er at alle i Norge skal vite hva selvorganisert

selvhjelp er, og hvordan verktøyet kan tas i bruk når livsproblemer oppstår (Helsedirektoratet, 2014). Selvorganisert selvhjelp er for alle som opplever å ha et problem de ønsker å gjøre noe med (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, 2020).

Det må jobbes med en sosial forståelse om at helse er noe alle har og som påvirkes i større eller mindre grad av situasjoner og hendelser som rammer oss i løpet av livet. Medieoppslag og deling på sosiale medier kan tyde på at det er økt fokus på åpenhet om psykisk helse og psykisk uhelse. Dette er derfor noe som gjelder alle mennesker, og det er behov for å fokusere på livets utfordringer som en normalitet som det kan være nødvendig å snakke om uten at det er behov for å snakke om uhelse eller diagnose. For at et bærekraftig helsefremmende samfunn skal fungere må det jobbes med holdninger, og det må bli sosialt akseptert å snakke om det som oppleves vanskelig. Det vil både ha en helsefremmende og forebyggende effekt.

Med dette som teoretisk grunnlag skal jeg i denne studien undersøke om deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe innehar salutogene komponenter som kan bidra til helsefremmende prosesser.

1.1 Problemstilling

Fokuset i denne masteroppgaven vil handle om selvorganisert selvhjelp i et helsefremmende perspektiv og den overordnede problemstillingen lyder:

«På hvilken måte kan deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidra til helsefremmende prosesser?»

For å finne svar på dette spørsmålet ble disse forskningsspørsmål formulert:

- På hvilke måter opplever og erfarer den enkelte deltaker deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe?
- Hvilke forutsetninger opplever deltakerne i selvorganiserte selvhjelpsgrupper er av betydning for å hjelpe dem i håndtering av livsproblem?

1.2 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks deler. I første del presenteres oppgavens struktur og bakgrunn. I del to redegjøres det for relevant teori innen helsefremmende arbeid og selvorganisert selvhjelp. Tredje del er metode og forskningsetikk. I del fire beskrives funn og resultater fra forskningen. I femte del ses forskningen i lys av helsefremmende teori og i del seks oppsummeres og konkluderes studien.

1.3 Bakgrunn og mål med studien

For å forebygge og bedre folks helse og livskvalitet er det ikke nok med teori. Aarø (2003) viser til at en sentral lærdom i forskningen gjennom mange år er at befolkningen selv må være aktivt med. Dette gjelder fra utviklingen av lovgivning til tiltak som skal iverksettes i lokalsamfunnet. Tiltak som planlegges og gjennomføres på en slik måte at ekspertene forteller lyttende tilhørere hva de skal gjøre og ikke gjøre fungerer dårlig (Aarø, 2003, s. 6). Utgangspunktet for denne studien er at ved å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe har deltakeren tatt ansvar og kontroll over egen situasjon med et ønske om å bedre egen helse og velvære. Med bakgrunn i at selvorganisert selvhjelpsgruppe er et konkret verktøy er målet med studien er å undersøke om deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til fremme helse. Formålet med å sette verktøyet selvhjelpsgruppe i sammenheng med helsefremmende teorier er å bidra til å gjøre metoden og det teoretiske begrepsapparatet mer begripelig. Helsefremmende tenkning dreier seg blant annet om at helse er mer enn fravær av sykdom og at vi befinner oss i bevegelse på helsekontinuumet, og er derfor noe som gjelder oss alle. Å ha tilgjengelig verktøy når livet blir vanskelig kan bidra til at den enkelte opplever situasjonen som håndterbar og dermed makter å ta tak i situasjonen før den utvikler seg og fører til negativ helse.

Min motivasjon for å forske på dette området er med den enkle bakgrunn i at felles for oss alle er at vi har helse og at alle vil i løpet av livet oppleve situasjoner som påvirker vår opplevelse av den. Store eller små, forbigående eller langvarige. Hvilken mestringsstrategi den enkelte bruker vil være individuell. Det er mange måter å løse livsproblemer på, men for å være best mulig rustet er det viktig å være bevisst hvilke mestringsstrategier man har. Noen ganger vil det å motta profesjonell hjelp være riktig og viktig, men samtidig må vi tenke på hva

vi selv kan gjøre for å bedre vår helse. Ved å henstille oss til å være passive mottakere avhengig av andre kan føre til en forverring av situasjonen og vår opplevelse av mestring.

Hva er det som gjør at noen velger å være med i selvhjelpsgruppe og hva skiller selvhjelpsgruppe fra annen sosial støtte, som for eksempel familie eller venner. Bakgrunnen for at jeg ønsket å se nærmere på selvorganisert selvhjelp var undringen over det bakenforliggende *om* det hjelper, og eventuelt *hvorfor/hvordan* det hjelper oss. Kunne det være slik at de som gikk i selvhjelpsgruppe hadde lite annet nettverk? Eller kunne det være knyttet en sårbarhet, en skam eller flauhet over det man strever med som gjør at man ikke vil vise det til sine nærmeste? Min undring favnet bredt og jeg stilte med åpenhet og nysgjerrighet på det som kunne være det bakenforliggende.

Temaet om selvorganisert selvhjelp appellerer også til meg fordi det er for alle, og at diagnose eller annen kategorisering ikke påvirker muligheten til å delta. Det er ikke alltid nødvendig å finne en passende merkelapp for å finne den riktige veien videre. Vi er individer med ulike ønsker og behov og veien til en bedre helse kan likeledes være individuell. Økt kunnskap om selvorganisert selvhjelp kan bidra til å skape et bærekraftig helsefremmende samfunn.

1.4 Avgrensninger

Oppgaven bygger på en helsefremmende tilnærming og funnene har vært førende for utvalgte teorier. Dette er gjort for å få frem sammenhenger og gjøre teorier synlige i det praktiske feltet, samtidig som det var naturlig på grunn av oppgavens begrensning. Det er også viktig å bemerke at perspektivet i denne studien vil være helsefremmende tilnærming i norsk perspektiv. Forståelse og perspektiver på helse og hvilke faktorer som påvirker helsen varierer mellom land og kulturer. Verdens helseorganisasjons program om helsefremmende tilnærming anerkjente inntekt, ly og mat som de viktigste forutsetningene for helse (Green et al., 2015, s. 13). Det legges til grunn at disse forutsetningene er til stede i denne studien og er derfor utelatt.

Videre er det et poeng at helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og det salutogene og det patogene perspektivet er komplementære, og det ene utelukker ikke det andre. Helhetsperspektivet er essensielt innen helsefremmende tenkning. Men oppgaven

fokuserer i hovedsak på det helsefremmende og salutogene, men dette utelukker ikke at andre tiltak er riktige eller vil være betydningsfulle.

Som nevnt tidligere er oppgaven også begrenset til å omhandle selvorganiserte selvhjelpsgrupper etter Selvhjelp Norges prinsipper. Det finnes mange andre som driver selvhjelp og søk på internett gir treff både i form av kurs, bøker, etc. Funn i denne studien kan ha likhetstrekk, men det er likevel ikke tatt med i betydelig grad for å holde fokus på valgt tema.

Del 2 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet skal jeg presentere relevant teori innen helsefremmende arbeid og selvorganisert selvhjelp. Teorien er valgt ut fra det som anses relevant i denne studien.

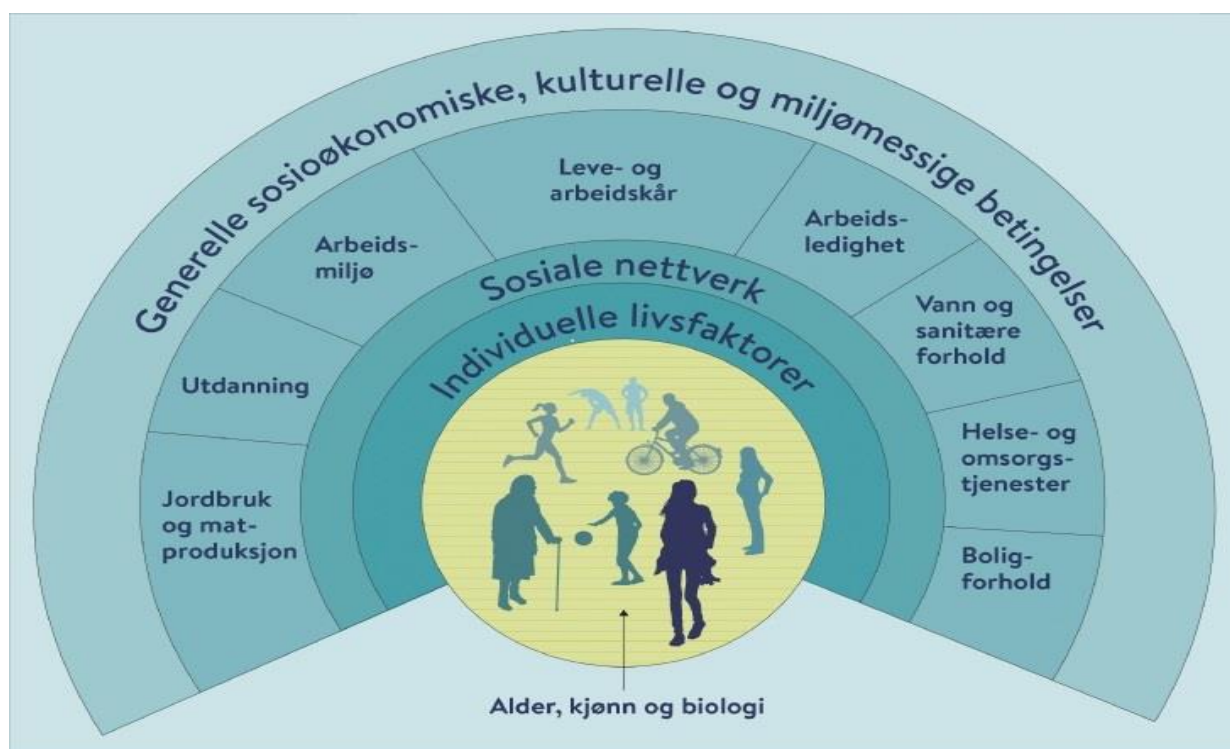
2.1 Helsefremmende arbeid

Verdens helseorganisasjon (1984) definerte helsefremmende arbeid som prosessen med å gjøre mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre sin helse (Green et al., 2015, s. 13). For å oppnå god helse må en person eller gruppe kunne identifisere og realisere ambisjoner, tilfredsstill sine behov og endre eller tilpasse seg sine omgivelser. Helse blir derfor sett på som en ressurs og ikke som et mål i seg selv (Green et al., 2015, s. 5). Helse er et positivt begrep som vektlegger personlige og sosiale ressurser, samt fysisk kapasitet. Derfor er helsefremmende arbeid ikke bare helsevesenets ansvar, men det går utover sunn livsstil til velvære (World Health Organization, 1986).

Velferdsstaten slik vi kjenner den har de siste tiårene beveget seg markant fra å gi vitenskapsbasert kunnskap om helserelaterte spørsmål til en dynamisk forståelse sammensatt av ulike kunnskapsformer hvor profesjoner, politikere og befolkning spiller sammen for å finne praktiske løsninger (Hauge, 2003, s. 16). Mot slutten av 1970 tallet begynte begrepet health promotion, eller på norsk helsefremmende arbeid, å bli brukt mer spesifikt som konsept, bevegelse, disiplin og profesjon (Green et al., 2015, s. 11). Forebyggende og helsefremmende arbeid er ikke bare for de som jobber i helsesektoren, men retter seg mot befolkningen i sin helhet. Forutsetningen for en helsefremmende tenkning er at det er bedre å forebygge enn å reparere, at det er bedre å fokusere på ressurser enn problemer, og at hvordan samfunnet vi lever i er organisert har størst betydning for utvikling av helse og livskvalitet. Å jobbe med forebyggende og helsefremmende arbeid vil si at man forsøker å yte hjelp til selvhjelp (Hauge, 2003, s. 16). Det er et samfunnsmessig anliggende å arbeide for at mennesker, både enkeltindivider og lokalsamfunn, skal få større kontroll over forhold som påvirker egen helse og livskvalitet (Hauge, 2003, s. 17). Helsefremmende arbeid er innkapslet som den gjensidige interaksjonen mellom helsefremmende kunnskap og folkehelsepolitikk, som innebærer at innsats rettes mot sosiale og miljømessige påvirkningsfaktorer (Green et al., 2015, s. 12). I den helsefremmende tenkningen rettes fokus til hvilke avgjørende faktorer som

påvirker helsen, disse faktorene kalles helsedeterminanter. Det sentrale er at enkeltmennesker skal settes i stand til å ta kontroll over helsedeterminantene, men er gjensidig avhengig av at det legges til rette for det gjennom politiske føringer og sosiale strukturer.

Som illustrert i den sosiale helsedeterminantmodellen til Dahlgren og Whitehead (1991) er det mange påvirkningsfaktorer, eller determinanter, som påvirker enkeltindividers og samfunns opplevelse av helse (Sletteland & Donovan, 2016, s. 24). Jo flere av faktorene som oppleves som positive, jo flere faktorer påvirker helsen i positiv retning. Helsefremmende arbeid innebærer å styrke de positive determinantene og legge til rette for at flertallet kan ta del i de faktorer som påvirker helsen positivt (Sletteland & Donovan, 2016, s. 25). I den innerste sirkelen finner man faktorer som i liten grad kan påvirkes, som alder, kjønn og fysiske og genetiske egenskaper. Men rundt disse finnes faktorene som kan påvirkes og justeres. Denne modellen legger vekt på interaksjoner og hvordan enkeltmenneskers og samfunnets atferd er integrert i sosiale normer og nettverk og i leve- og arbeidsvilkår, som videre relateres til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet (Sletteland & Donovan, 2016, s. 24).



Figur 2: Den sosiale helsedeterminantmodellen (Etter Whitehead og Dahlgren, 1991)

2.2 Definisjon av helse

Helse er et abstrakt ord, på lik linje som kjærlighet og skjønnhet, og det har ulik betydning for folk. Det kan likevel med sikkerhet sies at helse er en viktig verdi i menneskers liv, og slik har det antakelig alltid vært (Green et al., 2015, s. 2). Den mest kjente definisjonen av helse er trolig Verdens Helseorganisasjon sin definisjon fra 1946: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (Green et al., 2015, s. 3).

Definisjonen har vært kritisert for sin utopiske natur og at en slik tilstand er uopnåelig, samtidig som det utvidet helsebegrepet til å være gjeldende utover fravær av sykdom, og inkludere positiv velvære og viser til en holistisk tilnærming til helse (Green et al., 2015, s. 3). Verdens Helseorganisasjon har videre uttalt at den høyeste oppnåelsen av helse er en fundamental menneskerettighet, uavhengig av kulturell bakgrunn, religion, politisk ståsted, økonomisk- og sosial tilstand (Green et al., 2015, s. 3).

Fugelli og Ingstad (2009) har bidratt med fire forståelsesmodeller av helse (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 39-41). I den biomedisinske modellen forklares sykdom som funksjonsfeil i ett eller flere organer, og helse som fravær av slike feil. Modellen retter seg mot en gjenopprettelse av helsen da feilen er medisinsk behandlet av kirurgi, legemidler, og liknende. Den sosialmedisinske modellen fokuserer hovedsakelig på sosiale forhold og at helse primært er sosialt skapt og en erfart tilstand. Forfatterne viser til helsedefinisjon formulert av Seedhouse (1986) hvor han påstod at en persons helse tilsvarer de samlede betingelsene som gjør det mulig for personen å jobbe for å oppfylle sitt potensial. Ifølge forfatterne føyer Verdens helseorganisasjons definisjon seg også inn i den sosialmedisinske modellen. Den tredje modellen er adaptasjonsmodellen. Denne modellen viser at helse ikke kan knyttes til verken biologi eller samfunn, men mener at helse er samspill. Helse er hvordan mennesket tilpasser seg samfunnet, og sykdom er tegn på menneskets mislykkede tilpasning. Helse vil derfor oppnås når det er likevekt mellom kropp og nærmiljø, mellom sjelen og det åndelige og mellom mennesket og samfunnet. I den siste modellen, den subjektive, eksistensielle modellen, er en eksistensielt inspirert helsefilosofi hvor helse blant annet blir definert som en del av jeg'et og at man opplever seg som et helt menneske (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 39-41).

Med den bakgrunn kan det tyde på at opplevelse av helse ikke er konstant, men som oftest må ses i lys av konteksten. For eksempel kan man tenke seg en sykepleier som ofte har jobber hvor hygiene og håndvask er en stor del av arbeidshverdagen, blir rammet av eksem på hendene som kan medføre at h*n ikke kan utføre jobben sin uten store plager og begrensninger. I motsetning til en IT-konsulent som jobber selvstendig ved en datamaskin og ikke er avhengig av hyppig håndvask vil trolig ikke føle seg like berørt av det medisinske tilfellet.

Verdens helseorganisasjon anerkjente at «health is created where people learn, work, play and love» og innvarslet med dette settingstilnærmingen i faget (Green et al., 2015, s. 14). Setting er definert som den konteksten mennesker deltar i daglig aktiviteter og hvor miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer samhandler for å påvirke helse og velvære (Scriven, 2012, s. 1). Settingperspektivet presenterer en forståelse av en setting som et dynamisk system med hovedfokus på helhetlig systemforståelse, utvikling og endring. Settings er komplekse dynamiske system i samspill med blant annet politiske eller økonomiske system (Scriven, 2012, s. 5).

Politikken som ligger til grunn, er derfor en viktig faktor i helhetstilnærmingen. Jeg vil vise noen av de politiske føringene jeg mener er relevante i denne sammenheng i avsnitt 2.4, men først vil jeg inkludere to betydningsfulle begrep innen den helsefremmende tenkningen.

2.3 Empowerment og equity

Empowerment og equity er to av grunnpilarene i helsefremmende tenkning og arbeid (Green et al., 2015, s. 16).

En helsefremmende ideologi fokuserer på idealet om empowerment, eller bemyndigelse på norsk, på individ-, gruppe og samfunnsnivå (Mittelmark & Hauge, 2003, s. 43). Empowerment har utviklet seg til å bli et populært begrep, men har et noe uklart innhold og forskjellige aktører legger ulike meningsinnhold i begrepet. Empowerment uttrykker noe om at personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide seg styrke og kraft for å komme seg ut av avmakten (Askeheim & Starrin, 2012, s. 21). Det er en styrkemobilisering hvor de det

gjelder får mer makt, kontroll og styring over eget liv. Innen helsefremmende arbeid er empowerment en strategi eller målsetting. I praksis betyr det at folk skal definere sine egne problemer ut fra sitt eget ståsted og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det finnes ingen norske ord som dekker betydningen av empowerment, men myndiggjøring er det som kommer nærmest (Godager & Talseth, 2013, s. 24).

Equity kan best oversettes til norsk med likeverdighet, men må ikke forveksles med likhet (equality). Innen helsefremmende arbeid betyr equity å tilby like tjenester for mennesker med like behov og jobbe for å redusere sosiale ulikheter i helse (Naidoo & Wills, 2016, s. 131). Det innebærer å jobbe for likeverdighet i både materielle ressurser og at alle skal ha like muligheter til å nå sine ønskede mål (Naidoo & Wills, 2016, s. 131).

For å fremme empowerment hos mennesker er det ifølge Naidoo og Wills (2016) en forutsetning at individet gjenkjenner og forstår sin maktesløshet, at de har et sterkt ønske om å endre sin situasjon og at de føler seg i stand til å gjøre en endring når de opplever å ha informasjon, støtte og livsferdigheter (Naidoo & Wills, 2016, s. 80).

2.4 Relevante politiske føringer

Helsepolitikk fokuserer i hovedsak på fordeling av ressurser i helsesektoren og behandling av sykdom. I motsetning har helsefremmende politikk som utgangspunkt at alle beslutninger som tas innen alle sektorer har helsekonsekvenser for hele eller deler av befolkningen (Hauge, 2003, s. 27). Det forutsettes at de helsemessige konsekvensene i alle beslutninger er vurdert og at ansvaret er plassert. Helsefremmende politikk retter fokuset mot hvordan det legges til rette for å skape gode forutsetninger for å fremme helse, og hvor samarbeid på tvers er vesentlig (Green et al., 2015, s. 263).

Verdens helseorganisasjon har definert helsefremmende arbeid som «prosessen som setter mennesker i stand til å ta kontroll over, og forbedre, egen helse» (Green et al., 2015, s. 13). For å oppnå fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, må individet eller gruppen kunne identifisere og realisere ønsket mål, tilfredsstille behov, og til å endre eller håndtere omgivelsene. Helse er derfor en ressurs og ikke målet i livet. Helse er et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser, samt fysisk kapasitet. Derfor er helsefremmende

arbeid ikke bare helsevesenets ansvar, men strekker seg utover sunn livsstil og velvære (World Health Organization, 1986). I det forbyggende og helsefremmende arbeidet bør vi derfor tenke bredt og se sammenhenger mellom samfunnsnivå (makronivå) og individnivå (mikronivå) (Garsjø, 2018, s. 19). Det er de overordnede nivåene som legger føringer for de lavere nivåene, men alle har ansvar i det helhetlige bildet. Folkehelsearbeid er med andre ord et offentlig, profesjonsfaglig, kommersielt og privat anliggende. Det er staten og det offentlige med det politiske og administrative system, næringslivet med det økonomisk produktive system og det sosiokulturelle systemet med det sosiale nettverket, frivilligheten, samfunnet, familien og enkeltindividet som inngår i helhetsbildet (Garsjø, 2018, s. 23). Siden begrepene *forebyggende og helsefremmende arbeid* favner så bredt er det nærmest umulig å gi en definisjon som er så dekkende at alle kan godta den (Garsjø, 2018, s. 24). Begrepene er samlebegreper og inneholder ulike typer tiltak og politikk. Hvordan vi forstår forebyggende og helsefremmende arbeid påvirker hvilke metoder og virkemidler vi benytter i tilnærmingen vår (Garsjø, 2018, s. 24).

På grunn temaets fokus og oppgavens begrensning vil jeg videre kort presentere utviklingen av helsefremmende arbeid, og deretter trekke ut noen av de politiske føringene som jeg mener er relevant for min studie.

Det var først mot slutten av 1970 tallet at begrepet 'health promotion' ble brukt som spesifikt begrep, og det er etter dette man finner tydelig spor fra det grunnleggende arbeidet og utviklingen av det som i dag anses som en disiplin og profesjon (Green et al., 2015, s. 11).

Fremveksten av helsefremmende arbeid var av behovet for å klargjøre sammenhengen mellom helse og de sosiale og miljømessige determinantene, eller faktorene, som påvirker individet (Green et al., 2015, s. 13). Verdens helseorganisasjon (WHO) har vært en ledende aktør i utviklingen av helsefremmende tilnærmingen og det holistiske synet på helse. Lalonde rapporten (1974) er ofte sitert som det grunnleggende dokumentet som utfordrer den smale forståelsen av helse og som tar til orde for en bredere sosial forståelse (Green et al., 2015, s. 83). Rapporten anerkjente behovet for et rammeverk som inkluderte de mange faktorene som påvirker helsen som ble identifisert innen fire hovedkategorier; biologi, miljø, livsstil og helsetjenester.

«Helse for alle» bevegelsen ble lansert på verdenskonferansen i 1977 og i det påfølgende året ble Alma Ata erklæringen (1978) lansert som et resultat av dette (Green et al., 2015, s. 12). Erklæringen identifiserte hvordan helsetjenesten skulle omfatte alle tjenestene som påvirker helsen. I 1984 satte Verdens helseorganisasjon opp et nytt program rettet mot helsefremmende arbeid. Begrepet Health promotion ble ansett som et samlende konsept for alle som anså behovet for å endre livsforhold for å fremme helse. Programmet skisserte nøkkelprinsippene for helsefremmende arbeid som innebærer at befolkningen skal involveres ut ifra konteksten de befinner seg i, de skal settes i stand til å ta kontroll over determinantene som påvirker deres helse og det er en nedenfra-og-opp tilnærming som innebærer et sammensatt og helhetlig arbeid hvor flere aktører samarbeider (Green et al., 2015, s. 13). Det har fulgt mange store verdenskonferanser etter dette. Den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid ble avholdt i Ottawa i Canada i 1986, hvor Ottawa charteret ble utviklet. I denne ble det identifisert tre strategier for å jobbe helsefremmende og fem satsingsområder som berørte både på individnivå og samfunnsnivå (Green et al., 2015, s. 13). Charteret bygget på mange av nøkkelprinsippene til helsefremmende arbeid og anses som like relevant den dag i dag. Dette anses som grunnlaget innen helsefremmende arbeid. I årene som fulgte og frem til i dag har det vært flere internasjonale og globale konferanser innen helsefremmende arbeid. Det er lansert erklæringer som bygger på hverandre, som alle har et helsefremmende fokus hvilket viser omfanget og relevansen for området.

Forebyggende og helsefremmende fokus møter oss i ulike sammenhenger og dette viser seg i stadig i flere offentlige utredninger og politiske føringer. Eksempler på dette finner vi i St.meld. nr. 16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge, St.meld.nr.25 (2005 – 2006) mestring, muligheter og mening, Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) fra 2012, St.meld.nr. 34 (2012 – 2013) Folkehelsemeldingen - God helse – felles ansvar, samt at Norge også fikk egen statsråd for eldre og folkehelse i 2018 (Garsjø, 2018, s. 25).

Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse [...]. Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av

mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet.

(Helsedepartementet, 2003, s. 6)

Videre vises det til det helhetlige ansvaret:

Regjeringen vil legge vekt på sammenhengen mellom samfunnets og den enkeltes ansvar og muligheter for å påvirke helsesituasjonen, og å vise hva enkeltmennesket og samfunnet har å vinne på et godt forebyggende helsearbeid [...]. Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger. (Helsedepartementet, 2003, s. 6)

Det å delta aktivt i eget liv og for egen helse og livskvalitet er beskrevet flere steder og deriblant St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening:

Framtidas velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring, men også ansvarliggjøring. Dette krever aktiv deltakelse og sterkere innflytelse fra de som mottar tjenester. Regjeringen vil stimulere til sterkere brukermedvirkning og legge til rette for en politikk som sikrer at alle brukere uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 6)

I St.meld.nr 34 (2012 – 2013) Folkehelsemeldingen - God helse – felles ansvar, er fokuset også på det helsefremmende og forebyggende og hvordan arbeidet er et felles anliggende:

Vi kan forbedre folkehelsen, men da er det nødvendig å gi det helsefremmende og forebyggende arbeidet et løft. [...] Det er ikke nok at politiske myndigheter eier målene. Målene må forankres i hele det sivile samfunnet. Det gjelder frivillige organisasjoner, fagbevegelsen, næringslivet og arbeidsgivere både i offentlige og private virksomheter. Befolkningens helse er et felles ansvar. Alle har et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse og hver enkelt har et ansvar for egen helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 9)

I folkehelselovens § 7 står det

§ 7. Folkehelseiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

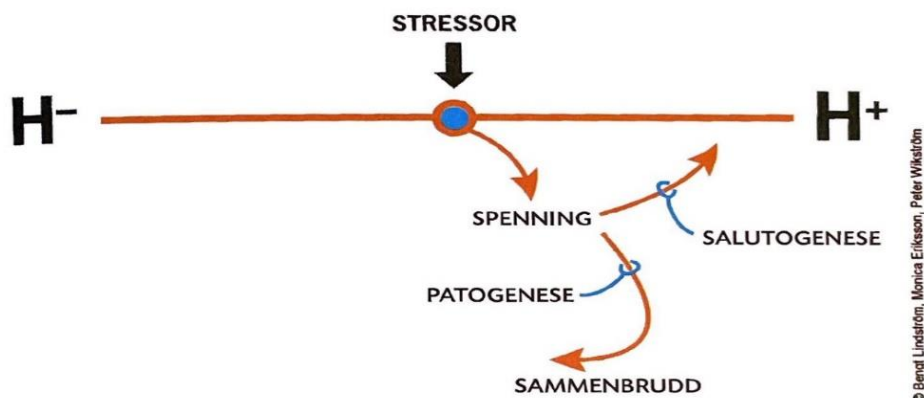
Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

(Folkehelseloven - fhl, 2012)

Loven viser her til kommunens ansvar, samtidig som den enkelte selv og befolkningen har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Det impliserer et gjensidig ansvar og disse eksemplene viser noe av det politiske rammeverket for helsefremmende arbeid og som er et viktig element i den holistiske tilnærmingen.

2.5 Salutogenese – det som fremmer helse

Antonovsky introduserte på slutten av 1970 tallet begrepet salutogenese som tar for seg spørsmålet om helsens opprinnelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Antonovsky hevdet at man må undersøke hva det er som skaper helse, og ikke bare fokusere på hva som fører til sykdom. Han hevdet at det salutogene perspektivet gir andre svar enn det patogene (Antonovsky, 2014). Begrepet stammer fra det latinske ordet *salus*, «helse», og det greske ordet *genesis*, «opprinnelse», og betyr helsens opprinnelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 27). Den salutogene tilnærmingen handler om å utforske hvilke ressurser, betingelser og faktorer som får oss til å bevege oss i retningen av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 27).



Figur 3: Helsekontinuumet mellom helse og uhelse. Hentet fra Haikerens guide til salutogenese (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19)

Antonovsky brukte metaforen om et helsekontinuum som en horisontal linje mellom den subjektive opplevelsen av dårlig helse (H-) på den ene siden og den subjektive opplevelsen av god helse (H+) på den andre (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19). Antonovsky betegnet de hendelser eller påkjenninger som vi utsettes for, som skaper spenning og som må håndteres for stressfaktorer, eller stressorer (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Alle mennesker befinner seg ett eller annet sted på denne linjen og vår posisjon påvirkes av hvilke stressorer vi opplever og hvordan vi håndterer disse. Når vi utsettes for stressorer har vi to muligheter; enten så gir vi etter for stressorene, blir vi overmannet av patogene krefter og ledes til sammenbrudd, eller så gjenvinner vi vår gode helse ved hjelp av salutogenese og beveger oss bevegelse mot H+ på kontinuumet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19). Beskrivelse av helse som et kontinuum mellom den subjektive opplevelse av god helse og den subjektive opplevelsen av dårlig helse, eller kontinuumet mellom helse og uhelse, er en av nøklene i den salutogene tilnærmingen (Lindström & Eriksson, 2015, s. 20).

2.6 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Innenfor det salutogene perspektivet finner vi begrepet «sense of coherence» eller «opplevelse av sammenheng» (OAS) som består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). OAS defineres slik:

en generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i ens indre og ytre miljø er

strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er vel verdt å engasjere seg i. (Antonovsky 1987:19).

(Lindström & Eriksson, 2015, s. 28).

De tre dimensjonene samspiller med hverandre, men den viktigste motivasjonsfaktoren ligger i meningsfullhet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-29). I meningsfullhet ligger indre motivasjon. Dersom man finner det meningsfullt å ta tak i problemet, vil man basert på dette kunne skape struktur og lete etter ressurser, og derigjennom styrke de to andre komponentene; begripelighet og håndterbarhet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-29). Begripelighet er den kognitive komponenten og handler om i hvilken grad man opplever at det man utsettes for av både indre eller ytre belastninger, er kognitivt forståelig. Det vil si at man opplever det som tydelig og klart, fremfor kaotisk og uforståelig (Antonovsky, 2014, s. 39-40). Håndterbarhet innebærer i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle kravene man blir stilt overfor. Ressurser i denne sammenheng betyr både de man selv innehar og har kontroll over, eller ressurser i nettverk som man stoler på og har tillit til (Antonovsky, 2014, s. 40). Antonovsky kalte opplevelse av sammenheng (OAS) for en livsinnstilling og mestringsressurs, og mente at mennesker som har en sterk OAS opplever at livet er preget av sammenheng ved at det er begripelig, håndterbart og meningsfullt (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29). Sammenhengsfølelsen vil kunne føre til en indre trygghet og tillit til at man har tilgang på ressurser som kan tas i bruk på en helsefremmende måte (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-29). Det dreier seg altså ikke bare om individet, men individet i samspill med sine omgivelser.

Fugelli og Ingstads (2009) forklarer Antonovskys teori om Opplevelse av sammenheng som:

- en varig tillit til at personens indre og ytre virkelighet er forutsigbar
- en grunnleggende opplevelse av sammenhengen i tilværelsen
- en trygg oppfatning av at «det kommer til å gå så bra som mulig»
- en følelse av at situasjonen, eventuelt krisen, er påvirkbar og håndterbar
- en opplevelse av at det er mening i de påkjeningene man utsettes for

(Fugelli & Ingstad, 2009, s. 225)

Det å inneha vesentlig med disse kvalitetene kan være med å forklare menneskers tåleevne ifølge Fugelli og Ingstad (2009:225).

2.7 Generelle motstandsressurser

Generelle motstandsressurser er ressurser vi har i oss som egenskaper, nettverk og som både materielle og ikke-materielle kvaliteter (Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Disse ressursene kan eksempelvis være selvbilde, holdninger, verdier, sosiale relasjoner, religion, penger, husvære, omgivelser, samfunn etc. Generelle motstandsressurser er forutsetninger for utviklingen av vår opplevelse av sammenheng. I følge Antonovsky er meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner fire av de generelle motstandsressursene som i det minste må være til stede for å kunne utvikle en sterk OAS (Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Poenget er at man må bruke disse på en måte som gagnar helsen, det er ikke tilstrekkelig å ha dem tilgjengelig.

2.8 Mestringsforventning

Som vist i den salutogene paraplyen bidrar Albert Bandura innen den salutogene tilnærmingen med sin teori om *self-efficacy*, mestringsforventning på norsk.

Mestringsforventning er utviklet innen rammen for sosial læringsteori og er betydningsfullt i endringsarbeid (Sletteland & Donovan, 2016, s. 121). For å lykkes i å gjøre endringer er det nødvendig at man har tro på egen evne til å gjennomføre endringer. Å ha tiltro til egne mestringssevner påvirker sannsynligheten for om man forsøker å få til endring, om man er utholdende underveis og om man lykkes (Bandura, 1997) i (Prescott & Børtveit, 2004, s. 75). Mestringsforventningen påvirkes av tidligere erfaringer og kan være en kilde til å tro på egne muligheter, eller ligge i bunn som opplevelse av mislykkethet (Prescott & Børtveit, 2004, s. 75). Begrepet mestringsforventning står også for en persons evne til å sette seg konkrete mål og ha en forventning om å kunne gjennomføre disse (Bandura, 1986) i (Sletteland & Donovan, 2016, s. 121).

Dette er noen utvalgte begreper fra helsefremmende arbeid som anses relevante i denne studien. Jeg skal senere se nærmere på begrepene i sammenheng med funnene fra forskningen, men først skal jeg presentere relevant teori innen selvorganisert selvhjelp.

2.9 Selvorganisert selvhjelp

Fra slutten av 1970 tallet ble selvhjelp interessant for samfunnsvitere og fagfolk, først i USA, og noe senere i Europa (Godager & Talseth, 2013, s. 14). At det først ble fanget opp i USA skyldes trolig Anonyme Alkoholikers sterke stilling. Selvhjelpsarbeid har hatt en særlig stor vekst i Norge siden midten av -80 tallet. Tanken om at ikke all endring trengte å være avhengig av fagpersonell, ikke all smerte var sykdom som trengte behandling og at den enkelte kunne gjøre noe selv ble utgangspunktet (Godager & Talseth, 2013, s. 15). Stiftelsen Norsk Selvhjelpsforum ble etablert i 1998, og ble dannet etter omfattende erfaring med selvhjelp og selvhjelpsgrupper, samt deltakelse fra flere prosjekter på -80 og -90 tallet (Norsk Selvhjelpsforum). Konklusjonene underveis var at dersom selvorganisert selvhjelp skulle utvikle seg var det nødvendig med en nasjonal enhet som hadde ansvar for kunnskapsformidling, informasjonsarbeid og erfaringsystematisering (Hjemdal et.al. 1996 i (Helsedirektoratet, 2014, s. 9). Den nasjonale satsningen for selvorganisert selvhjelp ble for første gang introdusert i St.meld.nr 16 (2002-2003) Folkehelsemeldingen Resept for et sunnere Norge (Helsedepartementet, 2003). Målet var å fremme kunnskap, utvikle selvhjelpsmetode og gjøre verktøyet mer tilgjengelig slik at befolkningen kan ta i bruk selvorganisert selvhjelp som et verktøy når livsproblemer oppstår (Helsedirektoratet, 2014, s. 6).

Sosial- og helsedepartementet ga stiftelsen Norsk selvhjelpsforum i oppdrag å lage et grunnlagsdokument for en nasjonal satsning på selvorganisert selvhjelp i 2000. I 2004 ble Nasjonal plan for selvhjelp (IS-1212) lansert for første gang. Norge var med dette det første landet i verden som fikk en nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp (Godager & Talseth, 2013, s. 8). I tråd med den nasjonale planen fikk Norsk selvhjelpsforum ansvaret for å etablere og drifte et nasjonalt kompetansesenter, og i 2006 ble Selvhjelp Norge etablert som et resultat av dette. Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter, med syv distriktskontor, og er finansiert av Helsedirektoratet (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, u.å.). Selvhjelp Norge er tydelig på at de ikke skal drive det konkrete og lokale selvhjelpsarbeidet, men være et nasjonalt koordinerende senter, som i hovedsak formidler kunnskap og er en politisk pådriver (Gotaas, 2019, s. 109). Det er et viktig prinsipp at arbeidet som gjøres lokalt skal gjøres av lokale aktører som lærings- og mestringssentrene,

frivillige organisasjoner, frisklivssentraler, frivillighetssentraler, enkeltpersoner, helse- og omsorgstjenestene, og liknende (Gotaas, 2019, s. 101).

Selvhjelp bygger på en grunntanke om at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres og mobiliseres når livsproblemer oppstår. Mennesker bærer med seg smertefulle erfaringer som gir kunnskap fra eget liv. Selvhjelpsarbeid er å ta i bruk denne kunnskapen og erfaringen og bruke egne ressurser for å oppnå økt mestring (Godager & Talseth, 2013, s. 11). Selvhjelp er altså å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon og gjennom en bevisstgjøringsprosess finne en ny vei fremover (Godager & Talseth, 2013, s. 12-13).

Norsk selvhjelpsforum har definert selvhjelp slik: «Selvhjelp er å ta utgangspunkt i opplevelsen av eget problem, gå inn i en prosess sammen med andre for gjennom denne å erverve innsikt som aktiverer bruk av egne erfaringer for å oppnå forandring». (Norsk Selvhjelpsforum)

Selvhjelp er å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon ved å ta utgangspunkt i eget problem for å gjøre en endring og finne ny vei fremover (Godager & Talseth, 2013, s. 13). Innen selvhjelps litteraturen brukes ofte begrepet livsproblem som gjenspeiler at selvhjelp henvender seg til alle som opplever problemer i livet. Selvhjelpstilnærmingen bidrar til at normal følelsesmessig variasjon ikke blir karakterisert som sykdom (Godager & Talseth, 2013, s. 30). Dette blir også synliggjort i St.meld.nr. 25 (1996-1997):

Alle mennesker opplever konflikter, problemer, kriser, sorg og tap. Slike opplevelser er en uunngåelig del av livet og nødvendig for normal psykologisk utvikling og vekst. Målet er ikke å fjerne konflikter og livsproblemer, men å gi den enkelte hjelp til å bearbeide dem på en slik måte at de bidrar til vekst og ikke sykkelig reaksjoner og lidelser. (Sosial - og Helsedepartementet, 1997, s. 10)

Kronisk sykdom, fysisk eller psykisk, eller fysiske funksjonsnedsettelse kan godt være utgangspunktet for å delta i selvhjelpsgruppe, men fokuset er de psykososiale utfordringene en slik livssituasjon skaper (Brottveit, Feiring & Zeiner, 2019, s. 207). I selvhjelpsarbeid er fokuset ikke på de spesifikke diagnosene, men mer de generaliserte begreper som selvutvikling, mestring og forebygging (Brottveit, Feiring, et al., 2019, s. 207).

Dialogen er selvhjelpsgruppas viktigste verktøy. Ifølge Svare (2006) er dialog en samtale mellom to eller flere personer som er preget av gjensidig velvilje, åpenhet og samarbeid hvor man sammen med andre strekker seg mot et felles mål (Svare, 2006, s. 7). Dialogen er et samarbeid, og den som deltar i en dialog gjør det med visshet om at utfallet av dialogen er åpent og at det uventede kan skje. Usikkerhet blir en del av dialogen og bare ved at deltakerne godtar denne usikkerheten gjør samtalen til en dialog (Svare, 2006, s. 15). Dialogen gir en innsikt som bare kan nås gjennom denne formen for samtale, og det er en tanke om at vi trenger dialogiske møter med andre for å bli oss selv fullt og helt og samtidig bli et helt og fullt menneske (Svare, 2006, s. 25). Innen filosofien er det en gammel innsikt at det er en nær sammenheng mellom språk, tanke og erkjennelse og flere kjente filosofer som Platon, Emanuel Kant og Hans-Georg Gadamer har budskap om dialogens betydning (Svare, 2006, s. 26-27).

2.10 Selvhjelpens prinsipper

Det som i hovedsak skiller selvorganisert selvhjelpsgruppe fra veiledede grupper og behandling er den autonome gruppeformen, møtene er lederløse og at deltakerne er likeverdige parter. Sentrale prinsipper i selvorganisert selvhjelp er samarbeid bygget på likeverd og gjensidighet (Godager & Talseth, 2013, s. 17). Dette skiller selvhjelpsarbeid fra den tradisjonelle modellen hvor én er i hjelperrollen og den andre er mottaker av hjelpen. I slike relasjoner blir det ofte en ubalanse i maktforholdet. I selvorganisert selvhjelp er det derimot gjensidigheten som bærer arbeidet (Godager & Talseth, 2013, s. 19) I motsetning til det offentlige behandlingsapparatet er selvorganiserte selvhjelpsgrupper i tillegg basert på erfaringsbasert kunnskap. Selvhjelp Norges prinsipp er at hver deltaker snakker ut ifra seg selv og fortrinnsvis holder oppmerksomheten på livet her og nå og ikke graver seg ned i fortiden og leter etter årsaker (Brottveit, 2019, s. 51). Det vektlegges også at selvhjelp dreier seg om troen på erfaringskunnskap og gjensidig kunnskapsdeling fremfor ferdige løsninger. I denne settingen vil den sosiale støtten og læringsprosessen i gruppa være like viktig (Brottveit, Gotaas, Zeiner & Feiring, 2019, s. 14).

Ved oppstart av nye selvhjelpsgrupper er det som regel med en igangsetter, men denne personen trekker seg ut når gruppa er etablert. Igangsetteren kan være en frivillig ildsjel eller en ansatt ved kontaktpunktet, som ofte er frivillighetssentraler, frisklivssentraler, lærings- og

mestringssenter eller andre steder hvor selvhjelpsgrupper iverksettes (Godager & Talseth, 2013, s. 89-90). Gjensidighetsprinsippet bygger på at alle deltakerne har likestilte roller og det er derfor ingen leder i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Det vil kunne oppstå uformelle ledere, men gruppene anbefales å være på vakt mot dette og begrense rollefordelinger (Brottveit, 2019, s. 52-53). Igangsetteren bistår i oppstarten med prinsipper og rammer for samtalen og den praktiske gjennomføringen. Prinsippene for samtalen er ifølge Selvhjelp Norge at deltakerne skal være til stede her og nå og ta utgangspunkt i her og nå reaksjoner, følelser og tanker. Ut fra dette skal deltakerne se fremover og snakke ut fra seg selv og sin egen opplevelse, dele sin smerte og gi støtte til de andre fremfor råd eller trøst (Selvhjelp Norge, 2020).

Nye grupper som etableres kan være sammensatt av mennesker både med ulike eller like livsproblemer. De oppfordres til å møtes på et nøytralt sted og anonymitet er et ledende prinsipp (Brottveit, 2019, s. 49). Selvhjelpsgrupper kan oppstå ved at lokale kontaktpunkter opplever etterspørsel og organiserer oppstart, eller oppstå ved at ildsjeler som kan være privatpersoner initierer og starter egne grupper. Rammene for den praktiske gjennomføringen sier at det er anbefalt fra fire til åtte deltakere i hver gruppe, at det fint med både kvinner og menn dersom det er mulig er. Det er lurt at ikke aldersspennet er for stort med tanke på at man kan identifisere seg med de andre på gruppa og at sted og tid avtales, men at det anbefales ukentlige møter med en tidsramme på to timer pr gang. Det gir deltakerne mulighet for planlegging og forutsigbarhet (Selvhjelp Norge, 2019).

2.11 Forskning på feltet

Samfunnsvitenskapen har hatt selvhjelp på dagsorden i over 40 år og fagfolk har på ulike vis studert fenomenet (Godager & Talseth, 2013, s. 9). Forskning har siden starten vist at folk har utbytte av denne måten å jobbe med livsproblemer på (Godager & Talseth, 2013, s. 84). Resultater kan se ut til å være de samme uavhengig av hvor erfaringene er gjort, både nasjonalt og internasjonalt. Et eksempel er den tyske psykologen Jürgen Matzat som lenge har forsket på selvhjelp. Han har blant annet funnet at utløsende faktorer for endring er modellering, det å lære av hverandre, det gjensidige forholdet mellom deltakerne, gjenkjennelse og empati, mindre stigmatisering av gruppen, at man har flere ressurser sammen og akkumulering av kunnskap (Godager & Talseth, 2013, s. 86).

Mye av forskningen og litteraturen som finnes på selvorganisert selvhjelp har fokus på de virksomme prosessene i selvhjelpsarbeid. Nora Gotaas ved Norsk institutt for by- og regionforskning uttalte under et forskningsprosjekt at «[...] i selvhjelpsprosesser over tid er virkningen for deltakerne økt livskvalitet gjennom bedre problemhåndtering. Det fører ikke alltid til at problemet objektivt sett blir mindre, men det får mindre destruktiv betydning i livssituasjonen» (Godager & Talseth, 2013, s. 86).

En annen rapport fra Norsk Institutt for by- og regionforskning, NIBR, publisert i 2014, er en rapport sammenstilt av to arbeidsnotater utarbeidet av Ånund Brottveit og Marte Feiring. Rapporten beskriver et flerårig prosjekt om Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper (Brottveit & Feiring, 2014). Brottveits rapport er utarbeidet etter intervjuer med deltakere i selvorganiserte selvhjelpsgrupper og deltakere i AA grupper. Brottveit viser i rapporten til hvordan personlig endring og utvikling kan oppnås i slike grupper som bygger sin praksis på deling av erfaringskunnskap i en trygg sosial arena med verdier som tillit, åpenhet og gjensidighet mellom lekpersoner (Brottveit & Feiring, 2014, s. 36-37).

Høgskolen i Nord-Trøndelag har i arbeidsnotat publisert i 2011 forsket på selvhjelp og selvhjelpsgrupper, helsepolitikk, empowerment og positiv helse (Hedlund & Landstad, 2011). Forskningens hovedformål var å kritisk studere selvhjelpsgrupper i et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Hovedfunnet i studien viser at deltakelse i selvhjelpsgrupper kan bidra til at deltakere opplever positiv helse gjennom å få en sammenheng i livet, tilhørighet, emosjonell styrke, innsikt, og at smerter og vansker blir tålelige, men at ikke nødvendigvis alle deltakere opplever at det fungerer slik da samspillet mellom deltakerne er avgjørende for om de opplever positiv helse (Hedlund & Landstad, 2011, s. 7).

Senter for helsefremmende forskning NTNU publiserte i 2011 en rapport om selvhjelpsgruppe som et oppfølgingstilbud etter tiltaket Raskere Tilbake (K. Jacobsen & Lillefjell, 2011). Rapporten konkluderte med at selvhjelpsgruppen hadde vært til hjelp for den enkelte i hverdagen, men at hvorvidt gruppedynamikken fungerte godt, hvilken informasjon deltakerne hadde fått på forhånd og hvordan igangsetteren bistod gruppa i oppstartsfasen hadde betydning for hvorvidt den enkelte opplevde positiv personlig utvikling (K. Jacobsen & Lillefjell, 2011, s. 29).

I en masteroppgave fra 2017 ble det ved Nord Universitet gjennomført en kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganisert selvhjelpsgrupper (Fjeldstad, 2017). Funnene viser at deltakere i selvhjelpsgrupper opplevde deltakelse som meningsfull aktivitet hvor de opplevde stor grad av tilhørighet og sosial støtte. Forskningen konkluderte med at selvorganiserte selvhjelpsgrupper er et helsefremmende og virksomt verktøy i psykisk helsearbeid (Fjeldstad, 2017, s. 8).

Tilsvarende studier er masteroppgave av Erna Helen Majormoen, publisert på Høgskolen i Gjøvik i 2013 (Majormoen, 2013) og masteroppgave av Fareha Younus, publisert ved Høgskolen i Innlandet i 2014 (Younus, 2014). Majormoen fant i sin studie at en fellesnevner for deltakerne i studien var deres indre ønske om bedre livskvalitet og mestring som utgangspunkt for deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe (Majormoen, 2013, s. 52). Videre fant hun at deltakerne opplevde selvhjelpsgruppa som en helsefremmende arena der betydningen for trygge rammer ble vektlagt. Younus undersøkte på hvilken måte deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til empowerment for personer med psykiske lidelser. Hun fant indikasjoner på at deltakelse bidro til økt empowerment på individ- og samfunnsnivå. Funnene viste at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe satt deltakerne i en empowermentprosess, samt at det å være sosial og møte andre likesinnede har en positiv innvirkning på deltakernes opplevelse av selvet (Younus, 2014, s. 1).

Nora Gotaas har (2020) har i sin doktorgradsstudie funnet at i studier basert på deltakernes selvrapporing i intervjuundersøkelser er det fremtredende funn at deltakere opplever å få bedre selvfølelse og sosiale relasjoner, økt mestringsevne, mindre sosial isolasjon, samt tilegnelse av ny kunnskap og nye perspektiver (Gotaas, 2020, s. 17).

Det finnes i tillegg forskning på temaspesifikke veiledede selvhjelpsgrupper, som for eksempel brystkreft eller psykisk helse. I en intervensjonsstudie med deltakere rammet av brystkreft fant Stang (2009) blant annet at empowerment som læringsprosess består av bevisstgjøring, anskaffelse av objektiv kunnskap, lære av andres erfaringer og oppdagelser av nye perspektiver om livet og seg selv. Videre identifiserte studien betydningen av sosial

interaksjon i forbindelse med mellommenneskelig stress hvor sosial interaksjon hadde både positive og negative opplevelser. Noen av funnene viste at sosial opplevelsene var blant annet knyttet til følelse av fellesskap, anerkjennelse av følelser, gruppen ble ansett som sted som gir plass, aksept og en følelse av sikkerhet, humor og latter gir lindring og at deltakelse påvirket positivt forholdet til venner og familie da det reduserte trykket på det nære nettverket (Stang, 2009, s. 50-52).

I studien til Johnsen (2008) ble veiledet selvhjelpsgruppevis forsøkt i psykisk helsearbeid med ungdom. Funnene viste tendenser til at ungdom kan oppleve økt mestring og selvbestemmelse ved deltakelse i selvhjelpsgruppe, samt at god ledelse var en forutsetning for selvhjelp (Johnsen, 2008, s. 2 & 61).

Disse nevnes som eksempler for å vise at det er likhetstrekk mellom selvorganiserte og veiledede selvhjelpsgrupper og at det ikke er funnet betydelige elementer som skiller disse to formene for selvhjelp.

Som vist av forskningen omtales deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe blant annet som gjensidighet mellom deltakerne, modellæring, det er fokus på ressurser, endring og utvikling, betydningen av sosial støtte og at det er empowerment på individ- og gruppenivå. Som vist fra forskningen Brottveit & Feiring (2014) og Hedlund & Landstad (2011) viser blant annet forskningen at positive opplevelser fra deltakelse i selvhjelpsgruppe forutsettes at gruppen har et godt samarbeidsklima basert på tillit, trygghet og åpenhet.

Del 3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for egen forskningsprosess og begrunne valgene jeg har tatt underveis.

3.1 Kvalitativ metode

Metode er redskapet i en undersøkelse, og hvilken metode som brukes har betydning for hvordan man samler inn data (Dalland, 2017, s. 54). Jeg ønsket å undersøke subjektive opplevelser av å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe og valgte derfor å innhente data gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer. Et semistrukturert intervju kan benyttes når temaer fra deltakerens dagligliv skal forstås ut fra deltakerens perspektiv. Metoden ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men har som et profesjonelt intervju et formål. Det er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema, men utføres etter en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer gjennom spørsmål forberedt av forskeren (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 46). En intervjuguide skal lede gjennom intervjuet og er en hjelp til å huske temaene som skal tas opp, men bør ikke brukes slavisk. I intervjuprosessen er det samtaleformen og det som skapes mellom intervjueren og intervjupersonen som gir mulighet for å få de spontane, levende og uventede svarene (Dalland, 2017, s. 78). Begrunnelse for valg av metode ble vurdert som den metoden som er best egnet til å belyse det jeg ønsket å finne ut, nemlig deltakerens opplevelse av sin egen situasjon. Intervju gir mulighet til å gå i dybden og stille utdypende spørsmål, samtidig som jeg så muligheten for at jeg ville komme inn på temaer som kunne være sensitive og personlige og mente en-til-en relasjon ville ivareta deltakerens personlige historie.

Intervju som metode ses ofte i sammenheng med fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 45). I fenomenologien er fokuset på den subjektive opplevelsen av verden slik den fremstår fra deltakerens perspektiv. Utgangspunktet for kunnskap er ifølge Husserl menneskelig erfaring gjort ved en direkte opplevelse av helhetlige og meningsbærende fenomener (Thomassen, 2006, s. 83). Fenomenologi betyr at forskeren skal forsøke å forstå sosiale fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av deltakeren, fremfor å forklare og analysere det som blir sagt (Kvale &

Brinkmann, 2019, s. 45). I motsetning til naturvitenskapen, som hjelper oss med å forklare noe, skal humanvitenskapen hjelpe oss med å forstå.

Den kvalitative analysen innebærer å redusere kompleksiteten i datamaterialet, finne det som er sentralt og trekke fram detaljer som kan gi ny innsikt i en situasjon eller et fenomen (D. I. Jacobsen, 2015, s. 197). Kvalitativ analyse veksler hele tiden mellom de enkelte delene og helheten og kalles ofte for hermeneutisk metode (D. I. Jacobsen, 2015, s. 198).

3.2 Utvalg

Jeg gjorde et strategisk utvalg av deltakere med egenerfaring fra selvorganisert selvhjelpsgruppe. Til forskningsprosjektet ønsket jeg 6-10 deltakere, av alle kjønn og aldre, bosatt på østlandsområdet. Det var krav om at alle deltakerne var over 18 år og hadde gått i selvhjelpsgruppe i minst seks måneder i løpet av de siste tre årene. Jeg ønsket at deltakerne skulle vært i selvhjelpsgruppe i minst seks måneder først og fremst med tanke på at de da hadde kommet et stykke på vei med hensyn til livsproblemet de står i, og dernest med tanke på at de ville ha mulighet til å gjennom et retrospekt kunne reflektere over endringsprosess og læring.

3.2.1 Rekrutteringen

Da jeg hadde funnet inklusjons- og eksklusjonskriteriene som beskrevet ovenfor kontaktet jeg distriktskontoret for Selvhjelp Norge for å få hjelp med rekrutteringen. På grunn av at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe er frivillig og selvorganisert føres det ikke oversikt over tidligere deltakere, og min kontaktperson i Selvhjelp Norge kontaktet videre sine samarbeidspartnere i regionen og forespurte om deltakere som ville stille til intervju i forbindelse med en masteroppgave.

Jeg forfattet en e-post med en kort presentasjon av meg selv, samt vedlagt informasjon om hva det innebar å stille til intervju og samtykkeskjema som ble videresendt til deltakere som ønsket å stille til intervju. Vedlegget inneholdt informasjon om bakgrunn og formål med prosjektet, hvem som var ansvarlig, hva det innebar å delta, at det er frivillig og deres muligheter til å trekke seg. Det inneholdt informasjon om personvern og anonymisering av

persondata, samt kontaktinformasjon til meg som student, til veileder og personvernombud ved Universitetet. For å sikre at alle momenter var tatt med brukte jeg malen som er anbefalt av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Deltakerne tok deretter kontakt med meg på e-post eller telefon og meldte sin interesse for å stille til intervju. Det ble gjort direkte avtale om tid og sted for gjennomføringen. (Se vedlagt informasjonsbrev, vedlegg 1)

Selv om studien min åpnet opp for deltakere som hadde avsluttet i selvhjelpsgruppe ble jeg kun kontaktet av deltakere som var i aktiv gruppe på forskningstidspunktet.

En av deltakerne som meldte seg for å stille til intervju hadde kun deltatt i selvorganisert selvhjelpsgruppe i tre måneder. Til tross for at et av inklusjonskriteriene var minimum deltakelse i seks måneder er deltakeren inkludert i studien. Dette på grunn av hennes erfaring gjennom flere år med deltagelse i pårørendegruppe i kommunen, samt at hennes begrunnelse for å være med ikke var for å håndtere et gjeldende livsproblem. Jeg var heller ikke klar over hennes korte deltakelse før vi var godt i gang med intervjuet. Deltakeren fortalte i intervjuet at hun synes det var selvutviklende å være med i grupper og at hun var nysgjerrig som person som tenkte det kunne være spennende å være med på, og jeg vurderte derfor at hennes synspunkter og erfaringer var verdifulle.

Det opplevdes som noe utfordrende å få tak i deltakere og jeg henvendte meg flere ganger til min kontaktperson i Selvhjelp Norge med forespørsel om deltakere til studien. Jeg sa meg derfor fornøyd når jeg hadde gjennomført intervjuer med seks deltakere. Med tanke på at aktuelle deltakere kunne være i en vanskelig livssituasjon følte det ikke riktig å etterspørre tilbakemelding. Da min forespørsel også gikk via to mellomledd er det usikkert om forespørselen stoppet opp eller om det ikke var deltakere som ønsket å stille til intervju.

3.3 Gjennomføring av intervju

Etter hver henvendelse fra deltakerne ble det avtalt tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuet. Tid og sted ble så langt det lot seg gjøre lagt etter deltakerens ønske, og har derfor vært gjennomført på grupperom på Universitetet, på stedet hvor selvhjelpsgruppene møtes eller hjemme hos deltakeren. Hvert intervju varte ca 1,5 – 2,5 timer totalt.

Jeg gjennomgikk informasjonsskrivet før intervjuet startet, og deltakere som ikke hadde sendt samtykkeskjema i retur før intervjuet ble bedt om å gjøre det før lydopptaket ble satt i gang. Dette ga deltakerne mulighet til å stille spørsmål og jeg fikk forsikret meg om at de hadde forstått informasjonen. Informert samtykke er grunnleggende for deltakelse i forskning. Det betyr at deltakerne får informasjon om undersøkelsens overordnede formål, samt hovedtrekkene i designen (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104). I denne innledende fasen hadde jeg i tillegg forberedt en innledning hvor jeg fortalte om meg selv, min yrkesbakgrunn og hvorfor jeg var interessert i temaet om selvorganisert selvhjelp. Jeg var ydmyk på at jeg visste svært lite, men at jeg hadde lest litt for å få en forståelse av rammene, men at jeg nå var interessert i deres opplevelse. Uten egenerfaring ønsket jeg å formidle at det var deltakerne som satt med kunnskapen og at de skulle lære meg noe. Jeg var nøye med å informere om at jeg ikke trengte at de delte sensitiv informasjon om for eksempel helse eller hvorfor de var i selvhjelpsgruppe, men at jeg var nysgjerrig på deres tanker, følelser og opplevelser. Jeg viste frem lydopptaksfunksjonen (nettskjema, UiO) og forklarte at den tok opp i 45 minutter av gangen og at dersom samtalen varte lenger måtte jeg lagre og starte nytt opptak. Dette tenkte jeg var viktig fordi det kunne oppleves som at jeg var lite interessert dersom samtalen ble avbrutt av at jeg ordner med det tekniske uten at det er avklart på forhånd.

Intervjuet var bygget opp i tre faser. Ved oppstart av intervjuene var det hensiktsmessig å få innblikk i hvordan veien frem til nå hadde vært for deltakerne. Å innlede intervjuet med spørsmål av praktisk art gir tid og rom for å bygge opp intervjuet slik at det føles naturlig (Dalland, 2017, s. 78). Som Dalland (2017) skriver var de innledende spørsmålene faktaorienterte spørsmål som var lette å besvare. Temaet jeg ønsket å utforske til forskningsprosjektet mitt anså jeg som potensielt følsomt og ønsket derfor å opparbeide tillit hos deltakeren før vi gikk dypere inn i temaet. De første spørsmålene gikk derfor ut på å snakke med deltakerne om hvor lenge de hadde deltatt i gruppen, om de hadde deltatt i andre grupper tidligere, hvordan det kom til at de startet i selvorganisert selvhjelpsgruppe, og hva som var grunnen til at de valgte dette som løsning fremfor noe annet.

I neste fase gikk jeg videre i spørsmålene som dreide seg om deltakernes personlige erfaringer og opplevelser av å delta i selvhjelpsgruppe. I denne fasen kom deltakerne dypere inn livsproblemet og følelsene knyttet til dette. Med intervjuguide som ledetråd foregikk

samtalen her med personlig fortelling, utdypende spørsmål og meningsutveksling som følte naturlig. Intervjuet ble avsluttet med spørsmål om det var noe de ønsket å fortelle som jeg ikke hadde spurt om. Et slikt spørsmål avslutter og lukker intervjuet. Etter dette ble lydopptaket avsluttet og praten gikk løst om generelle refleksjoner om selvhjelpsgrupper, bruken og kjennskap i samfunnet.

3.4 Bearbeiding av data og analyse

Lydopptakene fra intervjuene ble lagret i nettskyen Nettskjema som er utviklet av Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo). Transkripsjoner, signert samtykkeskjema og kontaktinformasjon ble lagret separat slik at identifisering for utenforstående ikke er mulig. At identifiserbar informasjon lagres separat, ivaretar deltakernes rett til personvern.

Som analysemetode har jeg valgt tematisk innholdsanalyse inspirert av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse er en metode som brukes for å identifisere, analysere og beskrive mønster i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Innholdsanalyse er basert på en antakelse om at det personer sier i et intervju kan reduseres til færre, men mer overordnede og meningsfulle kategorier (D. I. Jacobsen, 2015, s. 207). Ifølge Braun og Clarke er en av fordelene med denne metoden dens teoretiske fleksibilitet. Metoden omtales som et nyttig forskningsverktøy som kan gi et detaljert, men komplekst, funn i datamateriale (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Å analysere betyr ifølge Kvale og Brinkmann å dele opp i biter eller elementer (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 219). Jeg skal videre vise hvordan jeg har gått frem for å analysere mitt datamateriale. Det er imidlertid viktig å påpeke at analyse ikke er en lineær prosess, men at forskeren går frem og tilbake i de forskjellige delene og gjør nye analyser.

Trinn 1: Jeg startet med å transkribere alle intervjuene i sin helhet. Å transkribere betyr å transformere - å oversette fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 205). Intervjuene resulterte i et stort datamateriale. Det ble til sammen ca 7,5 time med lydopptak, 60 sider transkripsjon, samt at jeg skrev logg etter hvert intervju med egne umiddelbare tanker, refleksjoner og observasjoner som utgjorde 5 sider. Jeg transkriberte intervjuene senest dagen etter intervjuet var gjennomført for at det skulle være så ferskt i minnet som mulig. Når alle intervjuene var transkribert, tok jeg for meg et intervju om gangen. Jeg leste

gjennom transkripsjonene i flere omganger. Første gang for å få et overordnet blikk på innholdet i intervjuet, deretter markerte jeg sentrale uttalelser og skrev disse inn i første kolonne i tabell som vist nedenfor.

Trinn 2: I dette trinnet ble fyllord fjernet og uttalelsene redusert slik at den umiddelbare meningen i det som er sagt gjengis med få ord. Nøkkelordene plasserte jeg inn i andre kolonne ved siden av deltakerens uttalelse. Når forskeren har lest gjennom utskriftene kodes relevante avsnitt eller uttalelser. Koding innebærer at forskeren knytter et eller flere nøkkelord til et tekstsegment som virker interessant og som vurderes som meningsfullt i forhold til det man ønsker å undersøke (Braun & Clarke, 2006, s. 88).

Trinn 3: Trinn 3 begynner når alt datamateriale er kodet og sortert. Når alle uttalelsene var redusert til meningsenheter analyserte jeg hver uttalelse og samlet dem under overordnede temaer som jeg førte inn i tredje kolonne. Her slår man sammen koder til overordnede temaer og samler alle dataene som er relevante for hvert tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Her analyseres kodene og forskeren vurderer hvordan ulike koder kan kombineres for å danne et overordnet tema. Tema finner man ved å stille spørsmålet «Hva handler dette om?» (D. I. Jacobsen, 2015, s. 207).

Trinn 4: I denne fasen gjøres en kritisk gjennomgang av temaene. I denne fasen vil forskeren finne at noen av temaene ikke har tilstrekkelig med data, at dataene er sprikende, eller at noen av temaene har felles trekk og kan slås sammen (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I dette trinnet analyserte jeg temaene mot datasettet mitt og sorterte på nytt uttalelser som kunne ha det samme meningsinnholdet. På denne måten fikk jeg inntrykk av om temaet fanget opp det sentrale med tanke på problemstillingen min. Tema med lite datamateriale ble sortert bort eller slått sammen med temaer i samme kategori.

Trinn 5: På dette trinnet grupperte jeg temaene innunder overordnede navngitte kategorier ut fra det jeg anså som essensen i temaene. I denne fasen vurderes temaene hver for seg og i sammenheng med hverandre. Her må forskeren også identifisere eventuelle undertemaer og generere klare definisjoner og navngi kategorier (Braun & Clarke, 2006). Etter dette arbeidet satt jeg igjen med tre overordnede kategorier som gikk igjen i intervjuene med deltakerne

som jeg mente kunne bidra til å belyse problemstillingen min, og førte disse i fjerde kolonne. Analysen er basert på deltakernes fortellinger og kategoriene er forsøkt spisset og navngitt som en beskrivende del av helheten.

Trinn 6: Siste trinn i innholdsanalysen er å produsere rapport. I sjette og siste trinn er datamaterialet sammenfattet til å omhandle tre overordnede kategorier som kan bidra til å belyse problemstillingen. Funnene fra analysen skal danne grunnlag for rapporten.

Tabellen nedenfor viser noen eksempler på hvordan deltakernes uttalelser kondenseres og sorteres i temaer før det resulterer ut i kategorier som er forskningens funn. Funnene presenteres nærmere i kapittel 4.

Tabell 1: Eksempel på analyseprosessen

Utsagn	Kondensering	Tema	Kategori
«Det er veldig greit å komme i gruppe med likesinnede. Når jeg forteller noe så skjønner de andre hva jeg går gjennom. En psykolog har kanskje ikke vært borti det i det hele tatt og kanskje ville kommet med råd jeg ikke ville hatt.»	Gruppe med likesinnede, bedre enn psykolog uten egen erfaring Kan få råd jeg ikke vil ha	Sosial støtte Møte andre i samme situasjon / ha noe til felles Likesinnede, bedre forståelse	Selvhjelpsgruppa som fellesskap
«Jeg både gleda meg og grua meg til å begynne i selvhjelpsgruppa. Jeg grua meg til å utbrodere min egen sønn, samtidig som jeg var spent på å møte andre i samme situasjon. For jeg	Gruet og gleder meg Gruer meg til å utbrodere sønnen Spent på å møte andre i samme situasjon Følte meg aleine	Møte andre i samme situasjon Ikke føle seg aleine Sosial støtte	Selvhjelpsgruppa som fellesskap

<p><i>følte at jeg var aleine med tankene mine. Jeg har jo samboeren min, men jeg ville ikke prate med han alltid for jeg følte han ikke forstod. Så jeg følte meg veldig aleine i forskjellige ting.»</i></p>			
<p><i>«Man må hente krefter fra et sted og da vil man kose seg å ha det hyggelig. Prøve å legge fra seg problemene i selvhjelpsgruppa. Man må ha noen teknikker i livet og det tror jeg en selvhjelpsgruppe er. At man kan legge det fra seg der, prate om problemene der, og så kan man få lov til å leve litt normalt utenom.»</i></p>	<p>Hente krefter et sted</p> <p>Legge fra seg problemene i selvhjelpsgruppa</p> <p>Selvhjelpsgruppe som teknikk</p> <p>Leve normalt utenom</p>	<p>En arena for å dele problemene og en arena utenom</p> <p>Gir balanse i hverdagen</p> <p>Teknikk / verktøy for håndtering</p>	<p>Selvhjelpsgruppa som fristed</p>
<p><i>«Selvhjelpsgruppa er et sted du har frihet til å prate om det som er vondt uten at du føler at du belaster noen. Der får du lov til å si det du vil uten å føle at du er til belastning for andre. Det er kanskje det viktigste med å gå i selvhjelpsgruppe.»</i></p>	<p>Frihet til å prate om det som er vondt</p> <p>Ikke belaster noen - Viktigste for å gå i selvhjelpsgruppe</p>	<p>Slippe å ta hensyn til andres reaksjon / følelse</p> <p>Åpenhet</p> <p>Sosial støtte</p> <p>Mindre belastning</p>	<p>Selvhjelpsgruppa som fristed</p>

<p>«Nå går jeg i gruppe med ei som har mange av de samme problemene med datteren sin som jeg har med sønnen min. det er veldig allright for da får jeg høre at det ikke bare er jeg som ikke greier dette her. For det går veldig på oss som foreldre, at vi ikke klarer.»</p>	<p>Går i gruppe med ei med de samme problemene</p> <p>Liknende problemer med datter / sønn</p> <p>Ser at andre ikke greier det heller</p> <p>Er ikke alene</p>	<p>Felles problem / liknende utfordring</p> <p>Modellæring / sammenligner seg med andre</p> <p>Bevisstgjøring – ikke bare jeg i situasjonen</p> <p>Dele erfaringer / se andre perspektiv</p>	<p>Læring</p>
<p>«Jeg tenker at den selvhjelpsgruppa også handler om å holde motet oppe. Jeg har kommet frem til at datteren min trolig aldri kommer til å bli frisk. Så da handler det heller om å lære seg til å leve med en datter som har det vanskelig og skulle sette grenser.»</p>	<p>Handler om å holde motet oppe.</p> <p>Datteren blir trolig aldri frisk</p> <p>Lære å leve med situasjonen</p>	<p>Gjøre situasjonen håndterbar / endring ikke alltid mulig</p> <p>Akseptere situasjonen</p> <p>Støtte gjennom fellesskap.</p>	<p>Læring</p>

3.5 Metodekritikk

Innen forskning er det visse vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav. Metodene krever at det skal gis troverdig kunnskap hvilket betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet og reliabilitet betyr pålitelighet (Dalland, 2017, s. 40). I hvilken grad resultatet er gyldig avhenger av hvor godt valgene som er gjort er gjort rede for og hvordan de har påvirket prosessen. Reliabilitet, eller pålitelighet, handler om hvorvidt arbeidet som blir presentert er til å stole på. Ved å gjøre rede for hvordan datainnsamlingen er utført og hvilke feilkilder som kan ha påvirket resultatet gis leseren mulighet til å vurdere studiens pålitelighet (Dalland, 2017, s. 55).

I en intervjusituasjon er det mange ting en forsker må tenke på og være forberedt på. Men uansett hvor forberedt forskeren er kan man ikke unngå å inngå i en relasjon med deltakeren (Neumann & Neumann, 2012, s. 11). I en intervjusituasjon er det relevant hvordan vi opplever og oppleves av de menneskene vi samhandler med, da kroppsspråk og det non-verbale kan være avgjørende for de dataene man får (Neumann & Neumann, 2012, s. 17). Neumann og Neumann (2012) kaller dette for feltsituering og dreier seg om å reflektere over hvordan det relasjonelle mellom forskeren og deltakeren påvirker datainnsamlingen (Neumann & Neumann, 2012, s. 18). De beskriver den selvbiografiske situeringen om hvordan forskeren plasserer seg selv i forhold til egen sosial posisjon og erfaringsbakgrunn. Forskerens egen historie er med på å bestemme hva man velger å forske på og hvordan man vil gå fram (Neumann & Neumann, 2012, s. 19). Det er likhetstrekk mellom selvbiografisk situering og førforståelse (Neumann & Neumann, 2012, s. 26). Å være bevisst egen førforståelse i forskningsarbeid er viktig. I intervjuet og i etterarbeid med analyse vil forskerens forhistorie, kunnskaper og holdninger påvirke hvordan man opplever situasjonen og hvordan man tolker og bearbeider dataene (Dalland, 2017, s. 61). Som forsker kan man gå glipp av viktig informasjon dersom man på bakgrunn av egne erfaringer leter etter det vi tror vi vil finne. Vi mennesker er ifølge Linda Lai (2006) både kognitivt og emosjonelt innrettet mot å finne informasjon som bekrefter og opprettholder våre ønsker og antakelser, og vi har en tendens til å søke mot denne informasjonen og nedtone motstridende informasjon. Hun kaller dette bekreftelsesfellen (Lai, 2006, s. 78-79).

Metoden som er brukt er semistrukturerte individuelle intervjuer, og funnene har vært førende for studiens retning og utvalg av teori. Validitet og reliabilitet er forsøkt oppfylt ved åpenhet om prosessen som presentert i dette kapittelet. Intervjueren er ifølge Kvale og Brinkmann (2019) selve forskningsinstrumentet og en dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og menneskelig interaksjon (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 195). Å gjennomføre intervju i slik kontekst er ikke noe jeg har god erfaring med, og jeg har undret meg underveis om min manglende grunnleggende kunnskap om selvorganisert selvhjelp i noen tilfeller stjal oppmerksomheten fra å undersøke det salutogene og helsefremmende perspektivet til å ha behov for å «plassere» det for å gi en helhetsforståelse. Det kan tenkes at fokuset og forskningsspørsmålene hadde sett annerledes ut om kunnskapen om selvorganisert selvhjelp

hadde vært større før oppstart av studien. Eget ståsted og førforståelse er gjort rede for, og forsøkt bevisstgjort for å ikke være førende.

Et annet spørsmål er om studiens seks deltakere er representativt for deltakere i selvorganiserte selvhjelpsgrupper. Det føres som nevnt ingen oversikt over nåværende eller tidligere deltakere i selvhjelpsgrupper, og det er derfor ingen mulighet til å anslå hvor stor andel av deltakerne som her har blitt intervjuet utgjør. Det antas at det utgjør en svært beskjeden andel. Videre har deltakerne i studien deltatt over lengre tid, og det er derfor grunn til å gå ut fra at de får et positivt utbytte. Dersom funnene skulle gitt et mer nyansert helhetsbilde mener jeg at deltakere som ikke hadde en positiv opplevelse og derfor sluttet burde vært en del av studien.

Underveis i egen forskning har jeg blitt bevisst hvor komplekst og sammensatt forskningsarbeid er, og hvordan forskningsarbeid blir fremstilt gjennom forskerens øyne. Jeg har funnet utallige interessante perspektiver og argumenter som er utelatt for å holde fokus på «egen sti». Det har gitt meg en oppdagelse av viktigheten av å være kritisk, og forståelse for hva som ligger til grunn i en studie. Det er jo slik at man ofte finner det man leter etter, og tolkning skjer ut fra eget ståsted. Formålet med studien og valg av metode har ikke vært i finne den eneste sannheten av om å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til helsefremmende prosesser, men å hente frem personlige erfaringer for å bidra med kunnskap i helhetsbildet til det helsefremmende perspektivet og selvorganisert selvhjelp som verktøy.

3.6 Forskningsetikk

Alle som driver med forskning har en plikt til å tenke nøye gjennom hvordan forskningen kan påvirke deltakerne, samt hvordan forskningen vil oppfattes og brukes (D. I. Jacobsen, 2015, s. 45). Forskning er søken etter ny og bedre innsikt og forskeren er forpliktet til å følge visse etiske normer og regler. Vitenskapens viktigste verdi er idealet om å søke sannhet. Innen humaniora og samfunnsvitenskapen, som denne oppgaven faller innunder, kan idealet være uoppnåelig da fortolkning er en del av prosessen og forskerens tilnærming vil ha betydning for kunnskapen som dannes (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2016). Forskeren bærer et etisk ansvar gjennom hele prosessen og forskeren bør ta hensyn til mulige etiske

problemstillinger fra begynnelsen av forskningsprosjektet til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 97).

Etiske og moralske vurderinger ligger ofte i oss som taus kunnskap da vi i utvikling lærer om rett og galt, og som privatperson og yrkesutøver tar vi bevisste og ubevisste valg som rører ved vårt etiske og moralske kompass. Begrepet viser til alt vi vet eller kan, men som viser seg gjennom det vi gjør mer eller mindre automatisk uten å tenke nærmere over det (Svare, 2006, s. 22).

I forskningsprosjektet er det flere parter involvert som sikrer at etiske vurderinger ivaretas. Ved begynnelsen av prosjektet har jeg utarbeidet en prosjektbeskrivelse og en intervjuguide som er vurdert og godkjent av veileder, Universitetet og deretter ble prosjektet meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) Meldeskjema ble godkjent 17.08.2020 (Vedlegg 2). Informert samtykke og lagring av personsensitive opplysninger er som beskrevet tidligere ivaretatt som en viktig del av det forskningsetiske arbeidet. Etiske vurderinger tas hele tiden mens prosjektet pågår, og De forskningsetiske retningslinjene er benyttet som veileder og oppslagsverk for å sikre at alle etiske aspekt er ivaretatt.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg først gi en kort presentasjon over deltakerne i studien og deretter funnene fra analysearbeidet. Med fokus på å finne svaret på problemstillingen «*På hvilken måte kan deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidra til helsefremmende prosesser?*» ble det gjennom analysearbeidet identifisert det tre kategorier som samtlige av deltakerne var opptatt av. Det er viktig å påpeke at disse er overlappende og i stor grad sammenfallende. I tillegg presenterer jeg noen av elementene som deltakerne mente måtte være grunnleggende i en velfungerende selvorganisert selvhjelpsgruppe.

Denne studien baserer seg på intervjuer fra 6 deltakere, hvorav 1 mann og 5 kvinner i alderen 45 – 78 år. Deltakerne tilhørte fem ulike selvorganiserte selvhjelpsgrupper på østlandsområdet, hvor fire var i selvhjelpsgruppe hvor deltakerne hadde samme livsproblem, en var i selvhjelpsgruppe med ulike livsproblem, og en var deltaker i nyoppstartet selvhjelpsgruppe og visste ikke hvilket livsproblem de andre i hadde. De fleste selvhjelpsgruppene møttes en gang pr uke i to timer pr gang. Flere av deltakerne i studien hadde erfaring fra bistand i det offentlige hjelpeapparatet som fysioterapeut, ruskonsulent og via pårørendeveiledning. Det var i denne forbindelse deltakerne hadde fått informasjon om mulighet til å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe. En av deltakerne hadde blitt kjent med muligheten og blitt invitert med i selvhjelpsgruppe av en bekjent, og en deltaker hadde sett annonse om informasjonsmøte i avisa. De fortalte videre om ulik motivasjon for å begynne i selvorganisert selvhjelpsgruppe. Noen tenkte det var interessant og «det kunne ikke skade», for andre var det viktig å møte andre i samme situasjon, mens en var veldig tilbakeholden og usikker til å begynne med. Deltakernes erfaring var fra tre måneder til ti år. Kun en deltaker hadde vært i selvorganisert selvhjelpsgruppe tidligere, mens de andre hadde erfaring fra veiledede grupper som sorggruppe i kirken eller pårørendeveiledning i kommunen.

4.1 Fellesskap

Samtlige av deltakerne fortalte om betydningen av å møte andre i samme situasjon. Å møte andre i samme situasjon ga mulighet til å utveksle erfaringer og få innblikk i hvordan andre opplever og håndterer livssituasjonen. Fellesskapet som oppstår i selvhjelpsgruppa er basert

på frivillighet, gjensidighet og likeverd. Det er et fellesskap hvor hver enkelt bidrar med egenerfaring.

En av deltakerne hadde en sønn som brukte rusmidler og hadde snakket med ruskonsulent i kommunen:

«Hun spurte om jeg ville være med i selvhjelpsgruppe, og det ville jeg. Du føler deg ganske alene i en sånn situasjon. Så jeg tenkte det kunne være greit å snakke med andre i samme situasjon, så man ikke føler seg så alene. Så kan man være et team da. Det er bedre enn å gå til psykolog; møte andre i samme situasjon med egne erfaringer. Det er godt å være i gruppe med likesinnede, de skjønner hva jeg går gjennom.»

Hun fortalte også at:

«Jeg som mor følte meg ganske aleine. Da er det deilig å komme i en gruppe hvor du kan tømme deg, prate ut om ting, få råd og støtte. Føler at vi nesten er som familie faktisk. Vi er der for å høre på hverandre og hjelpe hverandre. Det har hjulpet meg veldig å snakke med andre i samme situasjon.»

Det var en tankevekker for meg da en av deltakerne fortalte om hvorfor hun hadde blitt med i selvhjelpsgruppe:

«Det var å snakke med andre i samme situasjon. Det å få lov til å snakke høyt om det uten å føle at andre ikke tåler å høre det, eller at man får en sånn «jaja, det går vel bedre nå» svar. Jeg tror folk har et behov for å trøste eller kunne gjøre noe, men når det er et problem uten løsning opplever jeg at folk trekker seg tilbake og ikke orker å høre.»

En annen deltaker sa:

«Det er det at vi har noe til felles, en fellesnevner. Hvis jeg sier noe så har noen av de andre en gjenkjennelse, og en interesse, det er et gjensidig behov og ønske, og felles opplevelse av gjenkjennelse. Og så tenker jeg at man må være motivert, man må bidra inni gruppa, det er essensielt.»

Et annet moment var at deltakerne som møtte i selvhjelpsgruppa var der fordi de ønsket det selv. I motsetning til det offentlige, som ofte kan oppleves som opptatt av tid, penger og ressurser, er det ikke avgrenset i tid og møtene var som regel på et nøytralt sted.

Selvhjelpsgruppe er drevet med emosjonell drivkraft basert på frivillighet.

En annen deltaker hadde vært i selvhjelpsgruppe for pårørende innen rus og psykiatri i ett år:

«Jeg vil ikke gi opp selvhjelpsgruppa selv om det går bra med han nå. For det ligger litt i bakhodet, jeg er redd han skal havne tilbake igjen. Jeg føler det er greit, og at jeg kanskje kan være et bidrag til de andre i gruppa. Kanskje hjelpe dem og støtte dem, for jeg vet jo hvordan det er.»

Flere av deltakerne fortalte at de gledet seg til å møte selvhjelpsgruppa si. Noen sa det ble lettere å holde ut i hverdagen ved å vite at de snart skulle snakke med gruppa. En deltaker sa:

«Det er liksom noe å holde fast i, noe å se frem til. Så jeg har opplevd at det har vært berikende, og er berikende, at det er en trygghet, et anker, for meg.»

Fellesskapsbegrepet favner følelsen av å ikke være alene, eller være den eneste, som strever med et problem. Det handler om å ha noe til felles, en fellesnevner, som er gjenkjennbar for de andre i gruppa. Fellesskapet representerer sosial støtte, både ved å få støtte til å stå sterkere i situasjonen, samt gi støtte til andre som strever. Likeverd og gjensidighet står sterkt i dette temaet.

4.2 Fristed

Selvhjelpsgruppa ble omtalt som et fristed hvor deltakerne kan dele fritt av egne tanker og følelser uten at de trenger å ta hensyn til om de andre ville takle og tåle det som blir sagt.

Deltakerne fortalte at de kunne føle at man belastet sine nærmeste ved å dele sine bekymringer, at andre i nær relasjon ville bli bekymret hvorpå deltakeren da måtte bære andres reaksjoner og følelser som førte til ekstra belastning. Å delta i selvhjelpsgruppe ga deltakerne et «fristed» fra problemene når man var sammen med sine nærmeste. Å ha et fellesskap hvor man fritt kan dele av tanker, følelser og bekymringer ga rom for å ha positivt samvær og opplevelser når man var i fellesskapet med sine næreste relasjoner av venner og

familie. Ved å kunne ha ulike fellesskap ga deltakerne balanse i hverdagen og kraft til å håndtere livsproblemet.

Flertallet av deltakerne snakket om sine nærmeste, familie og venner, og hvordan de ville skåne dem for sine tanker og problemer. En deltaker sa:

«Noe av det viktigste for min del var jo de hjemme, pårørende. Skal jeg gnåle til dem hver gang jeg har et problem? Skal jeg bry dem med det? Mest sannsynlig så blir det til at du bare sitter med det inne i deg, og da kommer grublinga igjen. Du får det ikke ut.»

Tre av deltakerne gikk i selvhjelpsgruppe på grunn av at de var pårørende til personer med utfordringer innen rus og psykiatri. De fortalte om dilemmaet ved å delta i gruppe for sin egen del samtidig som de ikke ønsket å utlevere sine nærmeste. Det var en vanskelig følelse å skulle fortelle om sine nærmeste uten å føle at de utleverte og ikke ivaretok integriteten til den det gjaldt. Når de allikevel delte av sine tanker og bekymringer opplevde de derimot at andre i selvhjelpsgruppen delte mange av de samme tankene og følelsene. En av deltakerne fortalte at det hjalp på følelsen da andre i selvhjelpsgruppa hadde lenger erfaring enn henne selv og dermed hadde kjent på problematikken lenger.

En mor hvor sønnen bruker rus fortalte:

*«Jeg har prøvd å snakke med mennesker som ikke forstår, og det er helt pyton. De sitter der og sier at jeg bare skal gjøre sånn eller sånn, og råder meg til å gi f*** i min egen sønn. De klarer ikke sette seg inn i min situasjon. Det endte med at jeg ble mer innesluttet til mennesker som jeg visste ikke hadde greie på det. Så nå holder jeg meg heller til selvhjelpsgruppa mi.»*

En annen sa:

«Man trenger ikke pakke det inn eller tenke på andres frykt for å ta imot. For det er jo det man erfarer, at folk ikke tåler å høre ting. Jeg har mange venninner som jeg er veldig glad i, men det er få som tåler å høre at det er like svart på en måte. Det er viktig å ha erfart det selv for å tåle det.»

En annen snakket om betydningen av å ha et sted hvor man kan prate om problemene slik at man kan ha det hyggelig når man treffer venner og få litt fri fra det som er vanskelig. Hun sa:

«Man prater jo med venninner, men hvis det blir for mye probleprat så kan det bli veldig slitsomt. Da er det viktig å ha et sted å få tømt seg.

[...] Det er deilig å få lov til å ha fri fra all problematikken. Det synes jeg er godt, å endelig få lov til å slippe å tenke på alle problemene. At jeg bare kan være sammen med venninner, kose meg og slappe av.»

Jeg spurte en deltaker om hva som kjennetegnet selvhjelpsgruppa. Hun svarte:

«Det er et sted du har frihet til å prate om det som er vondt uten at du føler at du belaster noen. Der får du lov til å si det du vil og føle at du ikke er til belastning for andre. Det er kanskje det viktigste med å gå i selvhjelpsgruppe.»

4.3 Læringsarena

I samspill med andre skjer det noe med oss, vi lærer, endrer og utvikler oss. Læring kan være så mangt, og i denne sammenhengen er det både det helt konkrete praktiske kunnskapen til de individuelle opplevelsene av bekreftelse og mestring. Læring handler om kunnskapen som blir tilført oss fra andre, og den indre læring om oss selv.

En av deltakerne hadde utdanning innen rådgivning og hadde erfaring fra terapi fra tidligere og brukte av sin kompetanse og erfaring for å stille spørsmål til de andre i gruppa si slik at de fikk en ny tanke eller refleksjon, fremfor å gi forslag til løsning.

En annen deltaker fortalte fra en pårørendegruppe hun hadde deltatt i tidligere. Der hadde deltakerne hatt oppgaver og «hjemmelekser» hvor de skulle reflektere over egne tanker og reaksjoner i ulike situasjoner. Dette hadde hun tatt med seg videre til den selvorganiserte selvhjelpsgruppa hun nå var med i. Hun opplevde slik bevisstgjøring som selvutvikling og dermed selvhjelp. Hun fortalte at hun ved hjelp av dette fikk bekreftet sine egne tanker for seg selv og sammen med andre.

En annen fortalte hun hadde blitt mer bevisst og lært mye om seg selv. Hun hadde erfart at hun ikke trenger å være redd for å åpne seg, og at man må åpne seg for å få den hjelpen man trenger.

På spørsmål om hva en deltaker har lært av å være i selvhjelpsgruppe, får jeg til svar:

«Jeg har vel lært at det lønner seg å snakke om det som er vondt og vanskelig. Jeg synes jeg lærer så mye av å høre på andre. Uansett hva slags liv du lever og uavhengig av sosial status så har man utfordringer. Det er det som er å være menneske. Og det blir lettere å bære tinga vi selv har for vi er bare mennesker alle sammen. Man lærer i selvhjelpsgruppe at det er ikke alt man kan løse, men at man kan leve gode liv fordet.»

En annen deltaker fortalte om hva hun fikk ut av å være i selvhjelpsgruppe. Hun hadde opplevd å miste et barn:

«Jeg må tenke gjennom min egen sorg. Jeg må forstå at jeg også kan få lov til å ha en sorg. Jeg kjenner også at jeg har blitt mye varere overfor andre mennesker, overfor sorg, enn hva jeg har vært tidligere. Fordi jeg har opplevd det selv og fordi jeg kjenner sorgen veldig godt inni magen eller i brystet selv. Jeg er ikke redd sorgen.»

For flere av deltakerne handlet deltakelse i selvhjelpsgruppa om å lære seg å leve med livsproblemet. Deltakerne som gikk i gruppe på bakgrunn av at de hadde voksne barn med rus- eller psykiske problemer fortalte:

«Det handler om å leve med sånne ting over mange år, og man må lære seg å leve med det. verden er så full av glansbilder og et bilde på at bare man er glad i barnet sitt så går det bra. Det synes jeg er det vanskeligste. Vi trenger å bygge oss opp og ikke bryte oss ned. Det er jo litt av tanken.»

Utgangspunktet for selvhjelpsgruppa er å snakke om her og nå situasjonen, men erfaringer kan være så mangt. En deltaker fortalte at hun var på gruppe med ei som hadde en psykisk syk mann. Utgangspunktet for deltakerne i gruppa var i forhold til rus, men hun hadde selv erfaring med angst og depresjon fra tidligere og kunne derfor dele sin erfaring om dette.

Når folk opplever livsproblemer kan det være sekundære utfordringer som følger med, som for eksempel bivirkninger etter sykdom. En deltaker fortalte hvordan flere i gruppa opplevde at det var vanskelig å få med seg hva som ble sagt i møte med legen. Gruppa hadde da blitt enige om felles løsning og det følte da lettere å gjennomføre.

Å dele kunnskap og erfaring bidrar til at deltakerne blir bevisst egen situasjon, de får nye perspektiver, og de utvikler nye mestringsstrategier, som videre fører til at situasjonen oppleves som mer håndterbar.

4.4 Tillit, taushetsplikt og personlig innstilling

Samtlige av deltakerne var opptatt av noen grunnleggende elementer som må være til stede for at deltakelse i selvhjelpsgruppe skal oppleves positivt for den enkelte. Fordi det var et gjennomgående tema i de fleste intervjuene er dette inkludert i presentasjonen da de anses som nærmest fundamentet i selvhjelpsgruppa.

4.4.1 Tillit

For samtlige har tillit vært et nøkkelord i flere sammenhenger. Temaet om tillit var viktig i relasjonen til de andre deltakerne i selvhjelpsgruppa, men også til den personen som introduserte deltakeren for mulighet til være med i selvorganisert selvhjelpsgruppe. En deltaker ble kontaktet av den offentlige ansatte i pårørendegruppa ett år etter avsluttet kurs hvor hun fikk spørsmål om å være med i selvorganisert selvhjelpsgruppe. Deltakeren fortalte at det var utslagsgivende at hun hadde tillit til henne for at hun ønsket å bli med.

En annen deltaker hadde blitt introdusert til selvhjelpsgruppe via fysioterapeuten som hadde tatt han med til frisklivssentralen hvor de startet selvhjelpsgruppen. Han ble med fordi:

«Jeg tenkte at de ville noe med meg, at de så det var potensiale i meg. De rådet meg til hva som ville være bra for meg tenkte jeg. Jeg stolte på dem.»

Et annet aspekt var at flere av deltakerne opplevde at de hadde blitt en tillitsperson i gruppa. Et par av deltakerne hadde fått nøklene til lokalet hvor gruppa møtes og blitt ansvarlig for å gjøre klar til møtene. Flere av deltakere fortalte de var tillitspersoner i sine grupper, at det var

de som sendte og mottok tekstmelding fra de andre i gruppa og at de fikk forespørsel om å møtes utenom selvhjelpsgruppa da noen hadde behov for noen å snakke med mellom møtene.

En av deltakerne som hadde fått nøkkelen til lokalet der møtene ble holdt og fortalte:

«det er det sosiale, det er mestring. Fordi jeg låser opp, jeg setter på kaffen, ordner med vann, sånne ting. De sier jeg ikke trenger å gjøre det hver gang, men det er selvhjelp det også. At jeg kan, noen som stoler på deg, ønsker deg alt vel.»

Med tillit følger ofte trygghet. En deltaker som hadde opplevd å miste et barn fortalte:

«Trygget og tillit har alt å si. Og at du ikke skal være redd for å dumme deg ut, at du ikke skal være redd for å kjenne på sorgen. Jeg vet ikke om andre grupper og om de fortsatt pleier det å være i sorgen. Man må vel ha et utgangspunkt og et ønske om å komme videre.»

Tillit som fundament var viktig for deltakerne fordi det var dette som gjorde at de i første omgang ønsket å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe, og deretter for å åpne seg og snakke i gruppa. Ved å føle tillit, snakke åpent om det som er vanskelig å få støtte og anerkjennelse fører til opplevelse av mestring.

4.4.2 Taushetsplikt

Taushetsplikt er et av prinsippene til Selvhjelp Norge. Det som snakkes om i møtene tas ikke med til utenforstående. Taushetsplikt var også et tema flere av deltakerne i studien nevnte som betydningsfullt med tanke på at de skulle snakke om et tema som var av privat karakter.

En deltaker sa:

«Jeg synes det var litt skummelt i starten, jeg er litt skeptisk til andre mennesker. Selv om de sa det var taushetsplikt så lurte jeg på om noen ville si noe videre. Jeg følte veldig på at jeg utbroderte min egen sønn, det var det verste. Han som jeg er så glad i. Det følte jeg var det verste. Jeg følte meg som en slem mor.»

En annen sa:

«Vi har jo skrevet under på taushetsplikt, at det vi snakker om blir her. Det er de viktigste tinga for å åpne seg opp. Da vet man at det man sier blir i gruppa.»

4.4.3 Personlig innstilling

Noe om utpekte seg for meg i intervjuene var at samtlige snakket om betydningen av deltakernes innstilling, at de snakket om å være positive og se fremover. En deltaker gikk i selvhjelpsgruppe på grunn av hjerneslag sa:

«Jeg må være åpen og positiv til alt. Og ikke minst, en av de viktigste tingene som jeg sier høyt til meg selv er at «dette er jobben din». Og gå på sånne ting og få livet tilbake.»

En av deltakerne fortalte at hun søkte etter en bevegelse eller en bedring for å kunne stå sterkere i situasjonen hun var i. Hun hadde opplevd at deltakere som sluttet i selvhjelpsgruppa hadde en del hindringsuttalelser som at de hadde prøvd alt. Hun fortalte at deltakerne ønsket å bidra med noe til hverandre ved å stille spørsmål slik at de andre fikk en ny tanke, men når bidraget ikke gir noe refleksjon var de ikke åpne for endring slik hun oppfattet det. Hun sa:

«Dersom det skal ha noen hensikt så må man ha en grad av åpenhet og et ønske om å se noen nye perspektiver.»

Flere av deltakerne omtalte seg selv som åpne, nysgjerrige, positive, omsorgsfulle og empatiske. På spørsmål om hva det var som gjorde at de valgte denne måten å håndtere et livsproblem på var det flere som mente at personlige egenskaper spilte inn i hvilken mestringsstrategi de valgte. En av deltakerne sa:

«Det er jo mye psykologi i bunnen her, så det er jo røtter som er utslagsgivende for om du drar dynen over hodet eller om du velger å gå ut på tur.»

Fugelli og Ingstad (2009) har i sin studie intervjuet 80 personer fra hele Norge om deres helseforståelse (Fugelli & Ingstad, 2009). De viser blant annet til et funn om hvordan personlighet kan ha en helsebringende virkning i seg selv, og særlig tre personlige egenskaper ble fremhevet; selvstyrke, lyst sinn og tåleevne (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 203). Dette

samsvarer med min opplevelse etter intervjuene i egen studie. Deltakerne fortalte på sin egen måte om hvordan de selv var opptatt av mestring, vilje til å endre seg og fremtidsrettet perspektiv både for seg selv og de andre deltakerne i selvhjelpsgruppa. Deltakeren som hadde hatt hjerneslag fortalte at han hadde bestemt seg under sykehusoppholdet at han skulle være positiv og åpen til alt. Han hadde konkludert for seg selv med at han aldri ville komme tilbake til der han var før hjerneslaget, men han ville ta med seg de gode erfaringene, og se fremover. En annen deltaker mente at en persons røtter er utslagsgivende for hvilke valg man tar når ting er vanskelig, og at man gjennom valgene man tar møter andre med tilsvarende egenskaper. Hun var opptatt av at dersom man var positiv i utgangspunktet ville man oppnå selvutvikling. Flere av deltakerne fortalte også om viktigheten av å følge den sosiale forpliktelsen med å møte i selvhjelpsgruppa til avtalt tid, og gi beskjed dersom man ikke kan komme en dag.

4.5 Oppsummering

Deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe gir opplevelse av fellesskap og sosial støtte som gir styrke til å stå i en vanskelig situasjon. Det er et fristed som bidrar til balanse og det er en kilde til læring slik at en vanskelig livssituasjon blir mer håndterbar. Dette var temaer deltakerne fremhevet som viktig for å være i selvhjelpsgruppe. Å møte andre i liknende situasjon med egenerfaring er kjernen. Det å ha et felles referansepunkt gir en følelse av fellesskap og tilhørighet, en følelse av å ikke være alene i det som oppleves vanskelig. Samtidig gir det mulighet til å ha en arena hvor man kan snakke åpent og fritt om sine opplevelser, tanker og følelser uten at det behøver å tas hensyn til om de andre i gruppa vil tåle å høre det. Ved å ha denne arenaen kan deltakerne være i andre roller i andre settinger, som venninne, mor, datter, og dermed oppnå balanse i hverdagen. Et læringsperspektiv som ble snakket om av flere var at deltakelse i selvhjelpsgruppe handler om å lære hvordan man kan leve med en situasjon, at man i noen tilfeller må akseptere situasjonen da ikke alt kan løses. Som et grunnelement i en velfungerende gruppe ligger verdiene tillit, taushetsplikt og personlig innstilling som deltakerne bygger videre på. Personlig innstilling og forutsetning er at deltakerne er åpne for endring, har en positiv holdning, respekterer og har empati overfor andre er også viktig for at gruppa skal fungere.

I min søken etter å danne et helhetsinntrykk og for å undersøke nyanser ble deltakerne også spurt om de hadde noen negative opplevelser fra deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe. En deltaker nevnte en konfliktsituasjon mellom henne og en annen deltaker. Deltakeren snakket, som hun oppfattet det, nedlatende om hennes sønn. En annen deltaker fortalte om erfaring fra tidligere hvor hun opplevde at gruppa dyrket problemet og ikke uttrykket ønske om endring. Deltakeren ble nedtrykt av dynamikken og sluttet. Dette var individuelle opplevelser og det antas at det er uunngåelig i mange selvhjelpsgrupper hvor fremmede skal jobbe sammen. Derimot var det flere av deltakerne som fortalte at de ønsket det var noen som ledet gruppen, særlig i oppstarten og at det hadde vært en person tilgjengelig underveis om gruppen stoppet litt opp eller opplevde konflikter. Noen av deltakerne fortalte om en opplevelse av ustrukturert oppstart når gruppa ble overlatt til seg selv, ved at noen deltakere tok for stor plass i gruppa. Kun en deltaker sa hun følte at det ble mer naturlig med selvorganisert gruppe fordi man da kan si det man selv vil og at det ikke er noen som styrer møtene.

5.0 Diskusjon

I denne studien ønsket jeg å undersøke på hvilken måte deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til helsefremmende prosesser. Jeg skal i dette kapittelet presentere hvordan funn i studien kan knyttes til helsefremmende teorier.

5.1 Selvhjelpsgruppe som fellesskap

Denne studien viser at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til at den enkelte deltakeren opplever at det å stå i en vanskelig livssituasjon blir lettere ved at man har trygghet og støtte i det fellesskapet som oppstår i en selvhjelpsgruppe. I fellesskap med andre finner vi sosial støtte som et betydningsfullt element i håndteringen av en vanskelig livssituasjon. Med henblikk til den salutogene paraplyen og helsedeterminantmodellen er sosial støtte en av determinantene som bidrar til vår opplevelse av helse og livskvalitet (Antonovsky, 2014). Antonovsky kaller sosial støtte en generell motstandsressurs og viser til at sosial støtte ikke bare fungerer som en buffer, men har direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky, 2014, s. 139).

Alle deltakerne i min studie fortalte om gode venner, gode familierelasjoner eller gode kollegaer de kunne finne støtte hos, men de fortalte samtidig hvordan de følte at de belastet sine nærmeste ved å dele av sine bekymringer og følelser. Når noen vi har en nær relasjon til har det vanskelig kan man oppleve at vi får et behov for å trøste og gi råd, eller man opplever det som så vanskelig at man trekker seg unna. Dette var opplevelser flere av deltakerne i studien hadde erfart. Ved å ha en arena hvor man delte av sine tanker, følelser og erfaringer med fremmede ga deltakerne mulighet til å et pusterom utenom når de var sammen med sine nære relasjoner. Ånund Brottveit bruker begrepet *fortrolige fremmede* i sin rapport om endringsarbeid i selvhjelpsgrupper hvor han omtaler fellesskapet og arenaen som en selvhjelpsgruppe representerer (Brottveit & Feiring, 2014, s. 14). Vi tilhører ulike fellesskap og innehar ulike roller. Vi er kollega, venninne, mor, søster og nabo. Det sosiale samspillet har normer og regler og hva som forventes av oss, og hva vi deler av oss selv viser seg kan være avhengig av relasjonen. Studien viser at det er viktig å ha en arena hvor vi føler fellesskap med andre som kan forstå hvordan et livsproblem oppleves og føles. Funn i studien kan tyde på at relasjonen til de andre i det sosiale interaksjonen er av betydning og at sosial støtte må ses i

større sammenheng. Deltakerne fortalte om private og støttende sosiale nettverk, men at de ikke følte seg forstått av sine nærmeste, samtidig som de følte at de belastet de de hadde nær relasjon til. Dette samsvarer med funn i studien til Brottveit (2014) og Stang (2009) hvor deltakerne mente at det var lettere å snakke i selvhjelpsgruppa om visse ting fordi relasjonen til nære venner og familie kompliserte det (Brottveit & Feiring, 2014, s. 14) (Stang, 2009).

Flere av deltakerne fortalte også om betydningen av å kunne bidra med noe til andre. Betydningen av å dele av seg selv, sine erfaringer og vise støtte til andre i en vanskelig situasjon var viktig for å være i selvhjelpsgruppe, selv når deltakeren ikke opplevde sitt eget livsproblem som like tyngende. Victor Frankl sin teori *vilje til mening* tilhører den salutogene tilnærmingen. Han hevdet at menneskets sterkeste drivkraft var å finne mening i tilværelsen (Skaia, 2003). Dette kan ses i sammenheng med Antonovskys «Opplevelse av sammenheng» (OAS) hvor meningsfullhet som nevnt er den sterkeste komponenten, hvilket innebærer at individet har en sterk opplevelse av mening i sitt eget liv (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29).

5.2 Selvhjelpsgruppe som fristed

Deltakerne i studien fortalte at de opplevde selvhjelpsgruppa som et fristed hvor man kan tømme seg for tanker og følelser uten at man må ta hensyn til om de andre vil tåle å høre om det, det gir et fristed utenfor gruppa hvor man kan ha annet fokus og oppnå balanse. Dette funnet støttes av funn i studien til Fjeldstad (2017) hvor deltakerne beskrev tilsvarende selvhjelpsgruppa som et fristed hvor de i vanskelige perioder møtte forståelse og omtanke fra de andre gruppedeltakerne (Fjeldstad, 2017, s. 45). Selvhjelpsgruppa er et fristed der man kan avsløre sine egne svakheter uten å risikere konsekvenser på andre sosiale arenaer (Brottveit, 2019, s. 63).

For flere av deltakerne i min studie var det en ekstra belastning for dem dersom de følte manglende forståelse eller at de belastet andre med sine bekymringer. For mange kan det bli en sten til byrden. Å ha disse ulike arenaene ga deltakerne følelse av å ha et fristed, både i gruppa og utenfor, hvilket bidrar til opplevelse av balanse. Slik Fugelli og Ingstad (2009) viser i sin studie at deres informanter hadde en sterk forestilling om helse som likevekt. De omtaler helse som helhet hvor det er likevekt mellom delene i helheten. Helse krever at det er balanse mellom arbeid og hvile, plikt og lek, smerte og nytelse (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 69).

Forstått på denne måten kan funnet om at selvhjelpsgrupper er et fristed forstås som behovet for eller søken etter balanse. Å skape helse innebærer en forståelse om at deltakelse i selvhjelpsgruppe ikke dreier seg å løse en vanskelig livssituasjon, men å lære seg å leve med den.

5.3 Selvhjelpsgruppe som læringsarena

Deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe gir grunnlag for læring, både av andres erfaringer og egen mestring. Selvhjelpsgruppa baseres på erfaringskunnskap og med et fremtidsrettet fokus med utgangspunkt i her og nå situasjonen deler deltakerne av sine erfaringer for at de andre i gruppa skal få nye perspektiver (Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, u.å.). Gjennom å gi støtte og bekreftelse, og stille spørsmål oppnås læring som kan føre til at situasjonen oppleves mer håndterbar. Læringsperspektivet går utover den praktiske kunnskapen man kan få av å lytte til andres erfaringer. Deltakerne lærte om seg selv og opplevde mestring gjennom tilbakemeldinger, bekreftelse og støtte. Studien til Fjeldstad (2017) viser tilsvarende at deltakerne beskrev selvhjelpsgruppa som en arena for læring, personlig vekst og sosial trening (Fjeldstad, 2017, s. 47).

Noen av deltakerne fortalte at de sammenlignet seg med andre og fant en ro i at de ikke var alene med livsproblemet. Det er en faktor at vi sammenligner oss med våre omgivelser. Vårt selvbilde er sosialt konstruert da vi formes i samfunnets speilbilde (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 204). Selvbildet påvirkes av de målestokker vi møter i skole og arbeidsliv, vi måler oss mot idealer i reklame, moteverdenen og idrettsverdenen. Vi måler oss selv mot hverandre og får på denne måten av følelse av hvem man selv er. En av deltakerne i studien fortalte at hun følte seg så mislykket som mor fordi hennes sønn slet psykisk. Hun kom i gruppe med en annen mor som hadde en datter med liknende problematikk. Deltakeren fortalte:

«Man føler seg så mislykka som mor, fordi du ikke har fått det til. Men jeg begynner å skjønne det nå da. Hun på gruppa er så ressurssterk, hun har en lederstilling. Så jeg tenkte at når hun også har det samme problemet som meg, så går det ikke bare på meg, fordi jeg ikke har klart det liksom, oppdragelsen. Så det er litt godt å høre.»

Kunnskap er en svært viktig faktor for å få til endring (Sletteland & Donovan, 2016, s. 137). Læring omfatter både kognitive, emosjonelle og psykososiale aspekter og det er mange måter å tilegne seg kunnskap på. Som vist i studien til den tyske psykologen Jürgen Matzat er læring viktig for å skape endring, og som nevnt er modellering et av punktene har funnet i sin forskning på selvhjelp (Godager & Talseth, 2013, s. 86).

Et annet interessant element på hvordan livsproblemer kan endre vårt perspektiv kan ses i sammenheng med Fugelli og Ingstad (2009) sin studie hvor de fant at sykdom kan få oss til å stoppe opp, tenke oss om og kjenne etter. Kanskje kan sykdom føre til at vi endrer livsstil eller verdier som gir oss bedre helse i fremtiden (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 234). Vi står i posisjon til andre og sammenligner oss selv med våre omgivelser, med bakgrunn i oss selv og våre tidligere erfaringer. En av deltakerne hadde opplevd alvorlig sykdom, men fortalte at han i ettertid hadde fått en bedre livskvalitet. Han fortalte at han mange ganger tenkte at han ikke ville vært foruten. Tidligere brukte han mesteparten av dagen sin på å jobbe og jaget prestasjon, var han nå tvunget til å ta det mer med ro. Han fortalte at han kunne gå i naturen og legge merke til fuglesang og at blomstene spirte.

5.4 Selvhjelpsgruppens grunnleggende elementer

For at gruppa skal være velfungerende å fremme de helsefremmende prosessene er det med forutsetning om at gruppa opplever trygghet og tillit. Fordi gruppa er selvorganisert og lederløs, vil gruppedynamikken variere fra gruppe til gruppe. Enkelte av deltakerne hadde noen dårlige erfaringer med blant annet kommunikasjon med andre deltakere eller at noen deltakere ikke viste ønske om endring og komme videre. Dette viser at dynamikken i gruppa er viktig for at den skal fungere for deltakerne, og at det er mange faktorer som spiller inn.

Tillit ble nevnt som et viktig element for deltakelse i selvhjelpsgruppe av samtlige deltakere. Tillit er grunnleggende for å bli motivert til endring, vekst og utvikling og er viktig for vår opplevelse av sammenheng (Langeland, 2017, s. 42). Deltakerne i min studie fortalte om betydningen av å føle tillit til den personen som introduserte dem til muligheten for å delta i selvhjelpsgruppe, overfor de andre deltakerne og betydningen av å bli vist tillit av andre.

I tråd med tillit ble taushetsplikt fremhevet som viktig for at deltakerne kunne snakke åpent. Taushetsplikten er en av de sentrale prinsippene og er med på å danne tryggheten som det mulig å arbeide i en selvhjelpsgruppe (Godager & Talseth, 2013, s. 74).

Personlig innstilling var også et tema deltakerne i studien tok opp. Betydningen av å være positivt innstilt og vise vilje til endring var viktig for å oppleve positiv gruppedynamikk. Antonovsky (1987) ga følgende definisjon som kriterium for å identifisere motstandsressurser «enhver karakteristikkk av en person, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Langeland, 2017, s. 39). Personlighet kan dermed anses som en motstandsressurs som kan bidra til deltakerne søker endring og bevegelse i situasjonen.

5.5 Selvorganisert selvhjelp og helsefremmende arbeid

Ifølge Selvhjelp Norges grunnprinsipper kan alle delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe. Inngangskriteriet er at man opplever å ha et livsproblem man ønsker å gjøre noe med sammen med andre. Deltakelsen er gratis, frivillig og uavhengig av diagnose. Møtene er lederløse, og deltakerne er gjensidig ansvarlige for å drive gruppa fremover. Disse prinsippene er i tråd med grunnpilarene i helsefremmende arbeid; empowerment og equity (Green et al., 2015, s. 16). Alle mennesker skal ha like muligheter til å påvirke og ta kontroll over egen situasjon. Dette gjenspeiler seg i det humanistiske menneskesynet som helsefremmende arbeid bygger på.

Innen helsefremmende arbeid er det et poeng at smerte ikke kan unngås, men at det å lære seg og håndtere det som hender oss påvirker vår helse og opplevelsen av den. Slik er det også for deltakelse i selvhjelpsarbeid. Hver enkelt kan ha sitt eget mål med å delta i selvorganisert selvhjelpsgruppe, men for alle handler det å sette seg i stand til å leve med og/eller mestre livsproblemet de står i (Godager & Talseth, 2013, s. 69). I arbeidet med å forankre selvhjelp i de politiske føringene har det vært fokus på å skape forståelse av at det ikke handler om behandling, men håndtering og mestring, at det bygger på menneskers iboende kunnskap og ikke faglig kunnskap som kommer utenfra, og at smerten deltakerne opplever brukes som ressurs og drivkraft for endring (Godager & Talseth, 2013, s. 37).

I det helsefremmende arbeidet er det også et fokus på å utjevne sosiale ulikheter. Selvorganisert selvhjelpsgrupper er for alle, uavhengig av alder, kjønn, sosial status, helse, osv. (Godager & Talseth, 2013, s. 68). Utgangspunktet for å delta er alltid at den enkelte opplever at de er i en situasjon de ønsker endring på, og at de er villige til å gå inn i en endringsprosess sammen med andre (Godager & Talseth, 2013, s. 68). Selvhjelp kan brukes som et supplement eller et alternativ til profesjonell hjelp (Gotaas, 2019, s. 92). Det politiske grunnlaget legger til rette for at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe er mulig, ved fokus på myndiggjøring, ansvarliggjøring, gjennom etablering av Selvhjelp Norge og Nasjonal plan for selvhjelp. Man kan også se hen til Ottawa Charterets fem tiltak, tiltak 3 – Styrke fellesskapets handlinger står det:

Samfunnsutviklingen trekker på eksisterende menneskelige og materielle ressurser i samfunnet for å styrke selvhjelp og sosial støtte, og å utvikle fleksible systemer for å styrke offentlig deltakelse i og retning av helse spørsmål. Dette krever full og kontinuerlig tilgang til informasjon, læringsmuligheter for helse, samt finansieringsstøtte. (World Health Organization, 1986)

Således kan man antyde at det er sammenhenger mellom helsefremmende arbeid og selvorganisert selvhjelp.

I et samfunnsperspektiv hvor vi alle er aktører er det en overføringsverdi med tanke på at fellesskap og sosial støtte er av stor betydning for det helsefremmende fokuset. Det viser at i håndtering av livets utfordringer ikke nødvendigvis trengs profesjonell hjelp fra helsevesenet, men at det er noe som gjelder for oss alle. Helse skapes der hvor mennesker lever, leker og elsker ifølge Verdens Helseorganisasjon, og helse kan skapes i vårt nærmiljø.

I studien til Fugelli og Ingstad (2009) oppsummeres trivsel, likevekt, selvtrygghet, tåleevne, håp og tro, samliv med naturen, nærhet til andre mennesker og arbeid som gir mening som helsens byggesteiner (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 453). Spørsmålet er hvordan vi kan skaffe oss disse ingrediensene som bidrar til å oppnå god helse og livskvalitet. For å finne balanse og oppleve mestring kan deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe være en god løsning så lenge forutsetningene er til stede. Å evne og se hele bildet og ta hensyn til alle faktorer som spiller inn, både indre og ytre gir oss et lite bilde på hvor sammensatt det er. Studiens implikasjoner viser at deltakelse i selvorganisert selvhjelp kan bidra til helsefremmende

prosesser, men det forutsettes som nevnt at gruppen fungerer hensiktsmessig og det er gjensidig respekt, tillit og trygghet i gruppa. Det er samtidig ikke bare den sosiale konstruksjonen, interaksjonen og samspillet som har betydning, men også deltakernes positive, endringsvillige og fremtidsrettede holdning som må ligge til grunn.

Kjernen i den salutogene tenkningen er å identifisere de positive og virksomme faktorene som fremmer helse og styrke disse såkalte positive helsedeterminantene (Garsjø, 2018, s. 28). Slike positive faktorer kan for eksempel være å ha et godt sosialt nettverk, ha fellesskap og føle tilhørighet. Funnene i denne studien kan tyde på at selvhjelpsarbeid plasseres i en salutogen oppfatning av helse og anses som motstandsressurs som bidrar til å styrke deltakernes Opplevelse av sammenheng (OAS) og som kan bidra til at deltakerne beveger seg mot den positive siden av helsekontinuumet. Relasjonen mellom motstandsressursene og «Opplevelse av sammenheng» er i et gjensidig samspill. (Langeland, 2017, s. 40). Dersom en person har en sterk «Opplevelse av sammenheng» jo større evne har vedkommende til å ta i bruk ressursene i seg selv og sine omgivelser, hvilket igjen styrker «Opplevelse av sammenheng» (Langeland, 2017, s. 40).

Studien har i tillegg identifisert at deltakerne har fått informasjon fra det offentlige hjelpeapparatet. Hvis vi skal ta den helsefremmende tilnærmingen på alvor, og fremme helse i all politikk bør det komme en ny strategi hvor informasjonen møter mennesker der de er. Det er et mål å bidra til en holdningsendring om at livsproblemer ikke kan unngås, og at det er viktig å ha fokus på hvordan man kan håndtere det som oppstår. Ønsket er å bidra fremme et bærekraftig helsefremmende samfunn. Mitt fokus i denne studien har vært å tilføre kunnskap i et bredt perspektiv for å bidra til å gjøre muligheten gjenkjennbart for alle uavhengig av hva slags livsproblem man opplever. Jeg har derfor valgt å ha et generelt fokus på livsproblemer slik det er identifiserbart for leseren, da det ikke er avgrenset til et spesifikt livsproblem. Denne studien er et kunnskapsbidrag gjennom å formidle deltakererfaringer. For å fremme et bærekraftig helsefremmende tilbud til alle innbyggere er det viktig å bidra med forskning og utvikling av kunnskap slik at selvhjelpsarbeid utvikles og spres til befolkningen. Det vil bidra til å skape en holdning og kultur om at livsproblemer er en naturlig del av livet og noe som skjer oss alle, og at det derfor er viktig å ha åpenhet rundt dette. Samtidig viser det at vi er i stand til å ta ansvar og medvirke i eget liv for å oppnå balanse som bringer livskvalitet. Det er mange

likhetstrekk mellom denne studien og tidligere forskning, og de helsefremmende faktorene blir derfor forsterket. Men med troen på selvorganisert selvhjelpsarbeid er forskning og videreutvikling av området nyttig. I Nasjonal plan for selvhjelp (2014 – 2018) er det skrevet at planen er under revidering i 2019. Jeg har ikke funnet revidert plan i mitt arbeid og undrer meg derfor over om selvhjelpssatsningen ebber ut?

Studiens funn viser at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidrar til at deltakerne opplever å gjøre et livsproblem mer håndterbart, og dette impliserer at det kan bidra til helsefremmende prosesser. Forutsetningen som ligger til grunn er god gruppedynamikk, tillit og deltakernes innstilling.

Del 6 Konklusjon

I denne studien var hensikten å undersøke om deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe bidrar til helsefremmende prosesser. Studien er kvalitativ, og det er gjennom semistrukturerte intervjuer med seks deltakere i selvorganisert selvhjelpsgruppe søkt å finne erfaringskunnskap som kan belyse deres opplevelser med deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe og undersøke hvordan deltakelse kan bidra til helsefremmende prosesser. Med en grunnforståelse om at vår opplevelse og håndtering av et livsproblem kan påvirke vår helse og livskvalitet søkte jeg etter sammenheng mellom det teoretiske grunnlaget i helsefremmende arbeid og det praktiske verktøyet selvorganisert selvhjelp.

Funnene i studien viser at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe gir opplevelse av å være en del av et fellesskap, det er et fristed som gir balanse i hverdagen og det er en arena for læring. Forutsetningene for gode helsebringende erfaringer er at gruppa oppleves velfungerende ved at de bygger på verdier som tillit, taushetsplikt og deltakernes innstilling som positivt fremtidssyn og endringsvilje. Basert på denne studien kan man antyde at deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe kan bidra til helsefremmende prosesser, men det er også muligheter for at deltakelse bidrar mindre positive prosesser. Det finnes lite negative funn innen selvhjelpsforskningen, men flere av deltakerne i denne studien hadde opplevd dårlig struktur og savnet ledelse i starten. Det kan indikere at et behov for å undersøke betydningen av ledelse og hjelp med struktur sett opp mot verdien av den selvorganiserte formen. Kan dette ha betydning for hvor mange som deltar i selvorganisert selvhjelpsgruppe, eller hvor mange som avslutter? Et slikt perspektiv kan være aktuelt for dem som driver med selvhjelpsgrupper, de ansatte ved lærings- og mestringssentrene eller andre ildsjeler.

Fokuset i denne studien har vært å undersøke fenomenet selvhjelpsgruppe og ta et dypdykk i dens kjerne. Foruten betydningen av å begrense studiens rammer er det ikke lagt stort fokus på at gruppen har vært selvorganisert. Med tanke på selvhjelpsgruppe som læringsarena hadde det vært spennende å undersøke forskjeller og likheter mellom veiledede og selvorganiserte selvhjelpsgrupper. På hvilken måte vil læringsutbyttet være forskjellig?

Selvorganisert selvhjelp i et helsefremmende perspektiv har utallige muligheter for videre forskning. Det hadde vært interessant å se nærmere på hvordan selvorganisert selvhjelp kan implementeres som et verktøy i lokalsamfunnet slik at muligheten ble kjent og tilgjengelig uten at man trengte å gå via hjelpetjenester. Dette ville bidratt til å fremme det helsefremmende fokuset. Et annet interessant perspektiv hadde vært med utgangspunkt i et folkehelse tema, som for eksempel ensomhet. Ensomhet som et voksende folkehelseproblem hvor deltakere kommer sammen for å finne fellesskap, ha et fristed og fremme læring. Et aspekt som jeg snakket med deltakerne i min studie om var at det er tilsynelatende få menn som går i selvorganisert selvhjelpsgruppe. Det kunne vært spennende og gjort en studie hvor det helsefremmende fokuset ved deltakelse i selvorganisert selvhjelpsgruppe rettet mot menn. Å fjerne stigmatisering og skape en åpenhet om menn, helse og håndtering av livsproblemer er tidsriktig og spennende prosjekt etter min mening.

Begreper som prosess, bevegelse, endring og ressurser utpeker seg gjennom studien og litteraturen på området. Det indikerer at vi lærer og utvikler oss kontinuerlig gjennom livet og at ved å lete etter ressurser, i oss selv og våre omgivelser, oppnår vi balanse og helse.

Litteraturliste

- Aarø, L. E. (2003). Forord. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningsid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2014). *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askeheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2012). *Empowerment I teori og praksis* (1.utgave, 4. opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psykology. Taylor & Francis Online*, 3(2), 77 - 101. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, Å. (2019). Selvhjelpsgrupper og behandlingsgruppers tilnærming til personlig endring - hva er likt og ulikt? I Å. Brottveit & M. Feiring (Red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge* (s. 47 - 68). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brottveit, Å. & Feiring, M. (2014). *Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper - perspektiver på deltakelse og samarbeid*. Oslo NIBR, Norsk Institutt for by-og regionforskning. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Endringsarbeid-i-selvhjelpsgrupper-perspektiver-paa-deltakelse-og-samarbeid>
- Brottveit, Å., Feiring, M. & Zeiner, H. H. (2019). Selvhjelp i grenseland - en ny type helsebevegelse. I Å. Brottveit & M. Feiring (Red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge* (s. 191 - 212). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brottveit, Å., Gotaas, N., Zeiner, H. H. & Feiring, M. (2019). Den nye selvhjelpsbevegelsen. I Å. Brottveit & M. Feiring (Red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge* (s. 9 - 46). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

- Fjeldstad, I. B. (2017). "Vi deler erfaringer når det skjer". En kvalitativ studie om helsefremmende fellesskap i selvorganiserte selvhjelpsgrupper Nord Universitet, Nord Open Reserarch Archive. Hentet fra <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/handle/11250/2447360>
- Folkehelseloven - fhl. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tekning og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Godager, E. V. & Talseth, S. (2013). *Selvhjelp. Om å ta tak i eget liv sammen med andre*. Oslo: Z-forlag.
- Gotaas, N. (2019). "Midt i smørøyet" - samarbeid og ambivalens i grenseflater mellom profesjons- og erfaringskunnskap. I Å. Brottveit & M. Feiring (Red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge* (s. 91 - 113). Oslo Cappelsen Damm Akademisk.
- Gotaas, N. (2020). "Takk for tilliten" Gjensidighet, transformasjon og rituell grammatikk i selvorganiserte selvhjelpsgrupper (Doktoravhandling OsloMet). Oslo Metropolitan University, Storbyuniversitetet, Oslo. Hentet fra <https://www.sv.uio.no/sai/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2020/nora-gotaas.pdf>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion : planning and strategies* (3rd ed. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Hanson, A. (2004). *Hälsompromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hauge, H. A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? . I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* . Bergen: Fagbokforlaget.
- Hedlund, M. & Landstad, B. J. (2011). *Forskning på selvhjelp og selvhjelpsgrupper. Helsepolitikk, empowerment og positiv helse* Nord-Trøndelag: Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hentet fra <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:468368/FULLTEXT01.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer* (St.meld. nr. 25 (2005 - 2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar* (St.meld.nr. 34 (2012 - 2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp (2014 - 2018)*. Oslo Helsedirektoratet.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i vitenskapelig metode* (3.utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, K. & Lillefjell, M. (2011). *Selvhjelpsgrupper et oppfølgingstilbud for deltakere ved enhet for Raskere tilbake Betania Malvik (2011 / 05)*. Trondheim Senter for helsefremmende forskning hist/ntnu Hentet fra <https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1270895582/Selvhjelpsgrupper>
- Johnsen, K. (2008). *Ledet selvhjelp i Vekst- og mestringsprosjektene* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen Hentet fra <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/15901/53379373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2006). *Dømmekraft* (4.opplag. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Langeland, E. (2017). Salutogenese og tilhørighet. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. . Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Majormoen, E. H. (2013). *ET MENTALT TRENINGSTUDIO. Deltageropplevelser og erfaringer fra heterogene selvorganiserte selvhjelpsgrupper sett i et helsefremmende perspektiv* (Masteroppgave). Høgskolen i Gjøvik. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu->

[xmlui/bitstream/handle/11250/143668/EHMajormoen2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hdl.handle.net/11250/143668/EHMajormoen2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Mittelmark, M. B. & Hauge, H. A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. Hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 39-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (Fourth edition. utg.). London: Elsevier.
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Cappelen Damm AS.
- Norsk Selvhjelpsforum. Om oss. Hentet fra <https://norskselvhjelpsforum.no/om-oss/>
- Norsk Selvhjelpsforum. Selvorganisert selvhjelp. Hentet 15.12.2020 fra <https://norskselvhjelpsforum.no/selvorganisert-selvhjelp/>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *helse og atferdsendring*. Oslo Gyldendal Akademisk
- Scriven, A. (2012). Health Promotion Settings: An overview. I *Health Promotion Setting. Principles and Practice*. London: Sage.
- Seedhouse, D. (1997). *Health promotion. Philosophy, Prejudice and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Selvhjelp Norge. (2019). Praktiske rammer for selvhjelpsgrupper. Hentet 23.03.2021 fra <https://selvhjelp.no/praktiske-rammer-for-selvhjelpsgrupper/>
- Selvhjelp Norge. (2020). Prinsipper for samtalen i en selvorganisert selvhjelpsgruppe. Hentet 23.03.2021 fra <https://selvhjelp.no/prinsipper-for-samtalen-i-en-selvhjelpsgruppe/>
- Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp. (2020). Hva er selvorganisert selvhjelp? Hentet 30.04.2021 fra <https://selvhjelp.no/hva-er-selvorganisert-selvhjelp/>
- Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp. (u.å.). Hentet fra <https://selvhjelp.no/>
- Skaiå, A. (2003). Betydningen av mening. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 13, 1877-1879. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2003/06/kronikk/betydningen-av-mening>
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2016). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Sosial - og Helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld nr 25 (1996 - 97)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Stang, I. (2009). *Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups* (Philosophiae doctor (PhD), University of Bergen). University of Bergen, Bergen
- Svare, H. (2006). *Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog.* . Oslo: Pax forlag AS.
- Universitetet i Oslo. Nettskjema. Spørreskjemaer, påmeldinger og bestillinger. Hentet 19.01.2021 fra <https://nettskjema.no/>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 07.12.2020 2020 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Younus, F. (2014). *"På hvilken måte kan selvhjelp/selvhjelpsgrupper bidra til empowerment for personer med psykiske lidelser?"* Høgskolen i Innlandet, Lillehammer. Hentet fra <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/285095>
- Zeiner, H. H. (2019). Fra felt til verktøy: Om selvhjelp Norge som koordinerende enhet. I Å. Brottveit & M. Feiring (Red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge* (s. 167 - 189). Oslo Cappelen Damm Akademisk.