

I ALL FORTROLIGHET



Anders Johan W. Andersen

# I ALL FORTROLIGHET

*En undersøkelse av meldinger om psykisk helse  
på internett i Norge og Sverige*

Doktorgradsavhandling ved Nordic School of Public Health NHV



**norden**

Nordic School of Public Health  
NHV

NHV rapport: 2012:10

© Anders Johan W. Andersen, 2012

Nordic School of Public Health NHV

Box 121 33

SE-402 42 Göteborg

Sverige

[www.nhv.se](http://www.nhv.se)

ISBN 978-91-86739-46-1

ISSN 0283-1961

Omslag: Monica Bengtson

Forsidefoto: Rune Sævre

Trykk og innbinding: Ineko AB

Kållerød, Sverige

# Norsk sammendrag

Denne undersøkelsen retter oppmerksomheten mot forbindelsen mellom et økende folkehelseproblem og nyere teknologiske kommunikasjonsmidler, og har analysert kommunikasjon om psykisk helse på internett. Doktorgradsarbeidet hadde til hensikt å undersøke hvordan psykisk helse ble fremstilt på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige, og på denne bakgrunn løfte frem og diskutere utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Undersøkelsen hadde eksplorative, deskriptive og analytiske siktemål, og ble forankret i kvalitative forskningsmetoder. Totalt 60 netjtjenester ble identifisert og kartlagt i 2009, og avdekket likhet i opphav, målgrupper, innhold og svarere mellom de to landene. Kommunikasjon på offentlige tilgjengelige spørsmål-og-svar tjenester ble undersøkt ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Innsendernes bekymringer og forventninger til tjenestene ble analysert. Det samme ble tjenestenes gjensvar. Undersøkelsen viste variasjon i tjenesteprofil, forventninger fra innsenderne og i meldingsinnhold. Psykisk helse ble samlet sett fremstilt som et relasjonelt anliggende i meldingene fra innsenderne, mens individuelle forståelser dominerte gjensvarene fra tjenestene. Sammenholdt med at innsendernes meldinger utviste stor tiltro til tjenestenes kompetanse, og at tjenestene rimelig konsekvent anbefalte kontakt med helsepersonell, så skapte det et inntrykk av at nettbaserte tjenester bidro til å individualisere spørsmål om psykisk helse i Norge og Sverige.

Variasjonen som fremkom i analysen utfordrer folkehelsevitenskapen til å ivareta mangetydigheten og samtidigheten i spørsmål omkring psykisk helse. Det gir støtte til en bred forståelse av folkehelse, og gjør det særskilt viktig å anerkjenne og likestille ulike fagfelt i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge sykdom. Undersøkelsen utfordrer folkehelsearbeidet til å unngå visjoner om en form for menneskelig perfektjonisme, og antyder muligheten for å utvikle et psykisk helsearbeid forankret i en erkjennelse av menneskelig sårbarhet og avhengighet. Studien utfordrer folkehelsearbeidet til å anerkjenne nettbaserte tjenester ikke bare som fangarmer for eksisterende tjenester, men også som selvstendige kommunikasjonskanaler for psykisk helse og «virtuelle prøverom» i psykisk helsearbeid. For å unngå at slike tekstbaserte og anonyme meldinger om psykisk helse forblir utenfor den etiske sfæren, peker avhandlingen mot den forpliktelse som påhviler tjenestene i å bringe folks erfaringer tilbake til samfunnet. På den måten kan tjenestene fungere som samfunnets «lytteposter» og bidra til å gi styrke til marginaliserte stemmer i de skandinaviske velferdssamfunn.



## English abstract

This thesis draws attention to the field of “e-mental health” and offers an analysis of messages about mental health on the Internet. The aim is to examine how mental health was presented on Internet-based mental health services in Norway and Sweden and to discuss challenges for community mental health services in a public health perspective. The study relies on qualitative methodology with exploratory, descriptive, and analytic objectives. In 2009 a total of 60 Internet-based mental health services were identified and mapped and they revealed similarities of origin, target-groups, content, and respondents. Communications on publicly accessible question-and-answer services were examined using qualitative content analysis. Service users’ concerns and expectations of services were analyzed as well as the services’ responses. The study showed variations in the service profiles, expectations of service users, and the message contents. Mental health was portrayed overall as a *relational* concern in messages from applicants while *individual* interpretations dominated the answers from the services. Given that service users had great confidence in the services’ expertise, and services rather consistently recommended them to seek help from healthcare providers, the study creates the impression that online services contribute to individualizing questions about mental health in Norway and Sweden.

The variations that emerged in the analysis challenge the public health field to respect the ambiguous complexity of issues surrounding mental health. It provides support for a broad understanding of public health, and makes it particularly important to bring together different disciplines in efforts to promote mental health and prevent illness. The study challenges public health actors to refrain from visions of individual human perfection, and suggests the possibility of developing a community mental health focus grounded on the recognition of human vulnerability and dependency. The study challenges the public health field to recognize online services not only as extensions of existing services, but also as independent communication channels for mental health “consumers” and an opportunity for them to test the waters of community mental health services. The thesis stresses the obligations incumbent upon services to bring people’s experiences back to the community by making anonymous messages available in the public sphere. In this way the services might work as society’s “listening posts,” helping to provide strength to the marginalized voices of the Scandinavian welfare states.



# Publikasjoner som inngår i avhandlingen

Avhandlingen bygger på fem publiserte vitenskapelige artikler. I teksten blir de referert til gjennom å vise til publikasjonsnummer slik det framkommer i følgende oversikt:

- P1 Andersen, A.J.W. (2011). Governing Health. Discourse Analysis in Public Health Research. In: A. Salvini & A.J.W. Andersen (eds.), *Interactions, health and community. Theories and practices from Italy and Norway (21-34)*. Pisa: EDIZIONI PLUS Pisa University Press.
- P2 Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2011). Internet-based Mental Health Services in Norway and Sweden – Characteristics and consequences. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*. Online First™, 22nd of November 2011. DOI 10.1007/s10488-011-0388-2.
- P3 Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2012). Struggles for Recognition. A content analysis of messages posted on Internet. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 153-162.
- P4 Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2012). The Dialogical Bricoleur? Expectations towards Internet-based services in Norway and Sweden. *Nordic Social Work Research*, 2(2), 137-152.
- P5 Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2012). Reaching out to people struggling with their lives. A discourse analysis of answers from Internet-based services in Norway and Sweden. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 113-121.

Optrykk av P1 er i henhold til avtale med Pisa University Press.

Optrykk av P2 er i henhold til avtale med Springer Science and Business Media.

Optrykk av P3 og P5 er i henhold til avtale med Dove Medical Press.

Optrykk av P4 er i henhold til avtale med Taylor & Francis Group.



# Forord

«Uexküll sagde at mennesket ikke er stort bedre end en edderkop.

En edderkop ser og hører dårligt, og dens lugtesans er heller ikke for god, dens omverden er altså begrænset af dens sanseapparat. Men den har sit net, med det har den strakt sin sansning langt bort fra sig selv. Den føler meget tydeligt, på enhver bevægelse i nettet kan den vurdere hvor langt væk og hvor stort.

Om morgenen, på Diakonissestiftelsen, nå man listede sig ud i haven før andre var vågne, end ikke søstrene, da var der spindelvæv mellem buskene. I trådene klæbede dråber af dug, de fangede solen. Rørte man da ved nettet, endog ganske forsigtigt, da kom edderkoppen ikke, man havde villet narre den frem, men dens følsomhed var så meget større end ens egen, den vidste man var for stor og magtfuld. Endskønt man var ganske lille.

Bedre end den edderkop er mennesket sådan set ikke, siger Uexküll.

De største spind var måske 75 centimeter i diameter. Plus trådene ud til de træstammer hvor de sad fast. Vi havde vedtaget man ikke måtte bryde spindet, det var en regel blandt børnene, spindet var så stort og edderkoppen så lille, man vidste hvordan den måtte have puklet for at lave det.

Søster Ragna der havde opsyn med haven fejede det ned med en kost, der blev altid stille når hun gjorde det, så død stille at hun altid standsede op og så sig omkring, hun forstod ikke, de mange børn der pludselig stod helt ubevægelige.

I de øjeblikke var hun i overhængende livsfare. Kun nogle detaljer, forskellen på hendes kropsvægt og vores, det at der fra kontoret på første sal var direkte udsyn til haven, forhindrede os i at udslette hende.

Spindene var så fuldendte. Så regelmæssige, og dog alligevel uregelmæssige. Helt ens og altid forskellige. I det uendelige.

Og næsten aldrig større end 75 centimeter.

Med sit spind mærkede edderkoppen ikke hele verden. Den mærkede kun den del af den som spindet kunne opfange. Retning, afstand, måske byttets omtrentelige vægt, måske dets omfang. Men sikkert ikke meget mere.

Således er også naturvidenskaben og den tvilling, den industrielle teknologi. Fysikken strækker sit spind ud i universet eller ned i stoffet, og mener at opdage stadig større dele af virkeligheden.

Man kan frygte at dette er en fejlslutning, det var Uexküll på kanten af at mene. Hvis edderkoppen strakte sit spind yderligere, ud over de 75 centimeter, ville den stadig kun mærke det, som det lå i dens egen og spindets natur at mærke. Den ville

ikke finde en ny virkelighed. Den ville opdage mer af det, den allerede kendte i forvejen. Om det der lå udenom, farver, fugle, lugte, muldvarpe, mennesker, søstre, Gud, de trigonometriske funktioner, måling af tid, tiden selv, ville den stadig svæve i absolutt uvidenhed.

Dette er det ene jeg ville sige.

Det andet er dette: Måske kan man sige det stærkere end Uexküll. Måske var edderkopperne i Diakonissestiftelsens have klogere end mennesket. For de strakte aldrig spindet ud over en vis grænse.

Hvad ville der være sket hvis de havde gjort det? Hvis edderkoppens spind blev strakt i det uendelige, så langt ud over og ned under det menneskelige sanseapparats tærskler som teknologien har strakt sine sensorer?

Da ville der være sket, at edderkoppen ret snart ikke fysisk ville kunne overkomme at opsøge alt det som blev opfanget i nettet. Og hvis nettet stadig strakte sig, længere og længere væk, da ville edderkoppen begynde at modtage signaler fra egne med andre insekter og et andet klima end dens eget. Og den ville modtage langt flere signaler end den kunne gøre noget ved. Da ville det abnormt store net og det som det bragte med sig, komme i konflikt med edderkoppens væsen, med dens natur.

Og samtidig ville nettet begynde at forandre verden omkring sig. Måske ville det blive for tungt, måske ville det til sidst styrte mot jorden, og sit fald rykke store træer med sig. Måske ville det tage edderkoppen med sig i fortabelse.

Dette er det andet jeg har villet sige: Menneskets udforskning af verden, dets spind, forandrer også denne verden.»

Uddrag fra boken «De måske eguede» skrevet av Peter Høeg (1993, s. 250-252).

# Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Kapittel 1. Introduksjon .....   | 3  |
| 1.1 Psykisk helse – perspektiver og begreper .....                         | 4  |
| 1.2 Psykisk helse og folkehelse .....                                      | 6  |
| 1.3 Avhandlingens innretning og struktur .....                             | 9  |
| Kapittel 2. Metodologi .....   | 11 |
| 2.1 Mangfoldets epistemologi .....   | 11 |
| 2.1.1 Folkehelsevitenskapen – et smalt og et bredt perspektiv .....        | 14 |
| 2.2 Diskursteori – en teoretisk overbygning .....                          | 15 |
| 2.2.1 Diskursteori og folkehelsevitenskap .....                            | 18 |
| Kapittel 3. Hensikt, problemstilling og forskningsdesign .....             | 21 |
| Kapittel 4. Datamateriale og forskningsmetode .....                        | 23 |
| 4.1 Tidligere forskning på netjtjenester .....                             | 23 |
| 4.2 Datamateriale .....  | 25 |
| 4.2.1 Utvalg delstudie 1 .....   | 26 |
| 4.2.2 Utvalg delstudie 2 .....   | 30 |
| 4.2.3 Utvalg delstudie 3 .....   | 31 |
| 4.2.4 Utvalg delstudie 4 .....   | 31 |
| 4.3 Metode for tolkning og analyse .....                                   | 31 |
| 4.3.1 Diskursanalyse – perspektiv og metode .....                          | 32 |
| 4.3.2 Kvalitativ innholdsanalyse – en praktisk tilnærming .....            | 33 |
| 4.4 Refleksjoner over kvaliteten på forskningsarbeidet .....               | 34 |
| 4.5 Forskningsetiske overveielser .....                                    | 37 |
| 4.6 Forskeren som forsker .....  | 38 |
| Kapittel 5. Resultater fra fire delstudier .....                           | 41 |
| 5.1 Delstudie 1: Karakteristika ved netjtjenester i Norge og Sverige ..... | 41 |

|  |    |
|--|----|
| 5.1.1. Oppsummering av delstudie 1.....  | 44 |
| 5.2 Delstudie 2: Innholdet i meldinger til netjtjenestene .....                | 45 |
| 5.2.1 Oppsummering av delstudie 2.....   | 47 |
| 5.3 Delstudie 3: Forventninger til netjtjenestene .....                        | 48 |
| 5.3.1 Oppsummering av delstudie 3.....   | 50 |
| 5.4 Delstudie 4: Svar fra netjtjenester i Norge og Sverige .....               | 50 |
| 5.4.1 Oppsummering av delstudie 4.....   | 52 |
| 5.5 Sammenstilling av resultatene .....  | 52 |
| Kapittel 6. Diskusjon .....  | 55 |
| 6.1 Det prinsipielt uferdige. Et kunnskapsgrunnlag for psykisk helsearbeid?... | 55 |
| 6.2 Avhengige og uavhengige – på samme tid? .....                              | 57 |
| 6.3 Psykisk helsearbeid på internett – Lyttepost og prøverom? .....            | 60 |
| 6.4 utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv .....       | 62 |
| 6.5 Metodologiske overveielser .....   | 65 |
| Kapittel 7. Konklusjon.....  | 69 |
| Takk.....  | 71 |
| Referanser .....   | 73 |

## Vedlegg

Publikasjon 1-5

Rapporter fra NHV

# Kapittel 1. Introduksjon

Internett forandrer verden. Den teknologiske utviklingen de siste 30 årene har skapt nye muligheter for menneskelig kommunikasjon. Vi lever i en tid der mønstre for informasjonsspredning, kunnskapsformidling, menneskelig samhandling og sosial kontroll stadig antar nye former (Hannemyr, 2005). Dette har allerede fått vidtrekkende konsekvenser innen områder som for eksempel handel og nyhetsformidling. Internett har åpnet nye veier til sosial meningsdannelse og demokratiutvikling (Dreyfus, 2001). Det er mulig å følge resonnementet til den kanadiske forskeren Marchall McLuhan (1967) og spekulere på om teknologien fører oss inn i en verden der vi alle blir medlemmer i et eneste stort stammesamfunn (Schaanning, 1993). Det er samtidig mulig å se konturene av mange flyktige og uforpliktende småsamfunn der ansvaret for sosiale forhold forvirrer (Dreyfus, 2001). Vi lever i en brytningstid.

Denne utviklingen påvirker også folks helse og helseatferd. Internett har forenklet befolkningens tilgang til helseinformasjon og oppdatert kunnskap, og på den måten styrket folks muligheter til å ta informerte valg knyttet til egen helse (Hester, 2005). Dette har både skjerpet forventningene til helsetjenestene, og skapt nye muligheter i arbeidet med å fremme og bedre folks helse. Samtidig gir internett tilgang til enorme og uoversiktlige mengder med kunnskap, en tilgang som også påvirkes av kommersielle interesser (Wattignar & Read, 2009; Read, 2008). Sammenholdt med forskning som antyder at websiders design og utseende er mest avgjørende for folks vurderinger av sidenes og innholdets troverdighet (Fogg et al., 2003; Hannemyr, 2005), styrkes argumentene for å øke oppmerksomheten mot nettkompetansen i folkehelsearbeidet (Borzekowski, 2006; Recupero & Rainey, 2006). Internett har imidlertid ikke bare endret tilgangen til kunnskap. Forskningsstudier viser også at folks vaner når det gjelder å søke og motta helsehjelp er i endring, og etterspørselen etter konkrete helsetjenester på internett øker (Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006). Dette blir særlig understreket for psykisk helsetjenester, og flere peker på de nærmest grenseløse mulighetene som åpnes gjennom bruk av internett i dette feltet (Christensen & Hickie, 2010; Riper et al., 2010; Schmidt & Wykes, 2012; Ybarra & Eaton, 2005). Nettbaserte helsetjenester inngår i dag som et av flere tilbud som rommes av begrepet e-helse (Dale, Dale, Fensli & Fensli, 2010).

Den teknologiske utviklingen har med andre ord skapt et viktig forskningsfelt for folkehelsevitenskapen, og utfordrer forskningsfellesskapet til konkrete under-

søkelser. Det synes viktig å studere hvordan helse fremstilles og fremforhandles på internett og hvordan helsetjenestene både former og blir formet av den teknologiske utviklingen. Denne avhandlingen imøtekommer denne utfordringen, og retter fokus mot en del av dette forskningsfeltet. Doktorgradsarbeidet har til hensikt å undersøke meldinger om psykisk helse på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige, og på denne bakgrunn løfte frem og diskutere utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv.

## 1.1 Psykisk helse – perspektiver og begreper

Verdens helseorganisasjon omtaler psykiske problemer som en av vår tids største folkehelseutfordringer (WHO, 2001; 2004; 2008). Dette viser seg dels i en vekst i salget av psykofarmaka de siste 20 år (Carlberg, 2008; Rose, 2010; Sakshaug, 2011), dels i en økning av antallet psykiatriske diagnoser i de offisielle klassifikasjonssystemene (Hallerstedt, 2006; Rose, 2010) og dels i en stigende andel mennesker som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (Blekesaune, 2005). Dårlig psykisk helse forringer livskvaliteten og livsgleden både for enkeltpersoner og familier (Almvik & Ytterhus, 2004; Beers, 1907; Berg, 2002; Bergh, 1925; Deegan, 1993; Lauveng, 2005), og gir også kortere livslengde (Gale et al., 2012; Kirkengen, 2009; Kristofersen, 2005; Wahlbeck et al., 2011). En rapport fra den svenske Socialstyrelsen (2010) viser at særlig yngre mennesker med psykiske funksjonsnedsettelse lever under dårligere livsbetingelser enn resten av befolkningen. Det pågår da også et kontinuerlig arbeid for å fremme befolkningens psykisk helse og forebygge psykiske lidelser i de nordiske land (Jespersen et al., 2011).

Samtidig er psykisk helse ikke enkelt å definere uttømmende (Mæland, 2009; WHO, 2004). Det eksisterer ulike og tidvis motstridende begreper og forståelsesformer for de fenomener som beskrives i relasjon til begreper som psykisk helse og psykisk sykdom (Brülde & Tengland, 2003; Colombo, Bendelow, Fulford & Williams, 2003; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009; Jensen, 2004; Vilhelmsson, Svensson & Meeuwisse, 2011; Wakefield, 1992). Det synes godt dokumentert at forståelser, beskrivelser og endog eksistensen av mange av de fenomener som fanges inn av begrepene psykisk helse, psykiske problemer, psykiske lidelser og psykiske sykdommer har variert gjennom tidene (Conrad & Schneider, 1992; Foucault, 1971; Porter, 2002; Aaslestad, 1997), fremstår kulturelt fremforhandlet (Johannisson, 2007; Waxler,

1979; Wilkinson & Pickett, 2009), er historisk sett forbigående (Hacking, 1998; Hallerstedt, 2006) og stedlig forankret (Larsen, 2009). Forfatteren Carl Fredrik Prytz (1979) på sin side understreker det strengt personlige og tidsbestemte ved problemene:

Det hjelper så lite hva fagfolk kan si om det normale og det unormale. Hvert eneste menneske har selv en grense inni seg. Hver av oss vet hvor den er. Vi kan godt føle oss elendige og utafør og likevel normale. Vi kan tåle både motgang og sykdom uten å komme nær den grensen. Men en dag skjer det noe som sender oss hodekulls, og plutselig er vi over grensen! Folk kan ikke se det på oss. Vi oppfører oss som mekaniske dukker. Men selv vet vi at grensen er overskredet. Vår egen grense: vi er ikke som andre lenger, vi er skjøvet utenfor i mørket. Vi er ikke normale lenger, vi er gale!! (s. 102).

En norsk faktarapport om psykiske lidelser peker på multifaktorielle forklaringsmodeller for utviklingen av psykiske lidelser (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Det er komplekse fenomener som må forstås utfra en biopsykososial forståelsesmodell (Pilgrim, 2002; Zubin & Spring, 1977). Samtidig har dette standpunktet en midlertidighet over seg, og fremstår som en slags ufullstendig modell i påvente av et mer samlende vitensregime (Andersen, 2001; Pilgrim, 2002). Dette regimet har den biologiske modellen som sitt utvetydige grunnlag, og kan forankres i lange historiske linjer og i et arbeid med å sidestille somatiske og psykiske sykdommer (Andersen, 2010; Haave, 2008; Langfeldt, 1941; Riving, 2008; WHO, 2004). Rose (2010) argumenterer for at det lenge har pågått en psykiatrisk omforming av menneskelig ubehag, og at økningen av psykiske problemer må forstås i lys av dette og dermed vår måte å tenke om det menneskelige. «Ved at forme vores etiske systemer, vores relationer til os selv, vores vurderinger af, hvilken slags mennesker vi ønsker at være, og hvilke liv vi ønsker at leve, er psykiatrien ligesom resten av lægevidenskaben fuldt ud involvert i at gøre os til den type mennesker, vi er blevet» (Rose, 2010, s. 53).

Flere skandinaviske forskere har da også i løpet av de siste 25 år diskutert dilemmaer ved å bruke sykdom som et grunnbegrep i psykisk helse-feltet (Juil Jensen, 1986; Svensson, 1990; Wifstad, 1997). En slik begrepsbruk inviterer til en forståelsesmodell som kan gi gevinster både for personen selv og for samfunnet (Andersen, 2001; Smith, 2002), men som også kan ha klare ulemper for pasienten f.eks. i form av stigmatisering. Dette er særlig aktuelt i situasjoner hvor det ikke foreligger gode behandlingsmuligheter (Undeland & Malterud, 2007). Sykdomsmodellen skarpstiller også grensene mellom det normale og unormale, mellom det

friske og det syke på en måte som kan skape en utesluttende og entydiggjørende dikotomi (Andersen, 2001). Flere forskere peker derfor på at modellen kan utarme folks levedyktighet og sykeliggjøre hverdagsproblemer unødige (Conrad & Schneider, 1992; Kolstad & Kogstad, 2010; Wifstad, 1997; Aarre, 2010). Den kan også kamuflere mulige overgrep sett fra et menneskerettighetsperspektiv (Orefellen, 2008; Kogstad, 2011). Flere brukere av tjenestene viser også til at modellen er mangelfull, og at den kan skape, opprettholde og forsterke opplevelser av dårlig psykisk helse (Beers, 1907, Bergh, 1925, Deegan, 1993, Lauveng, 2005). Enkelte brukerorganisasjoner anvender aktivt betegnelsen ”overlevende”, og understreker med dette at de har klart seg på tross av den hjelpen de har fått i helsevesenet (Meeuwisse, 1998; Tranøy, 2008). Historiene til nordmannen Arnold Juklerød og dansken Wilhelm Frydendal setter dette poenget på spissen, og viser med tydelighet den kunnskaps- og definisjonsmakten som utspringer fra denne modellen (Hamre, 1995; Johansson, 2005). Forskere har da også understreket sykdomsmodellens identitetsformende og selvforsterkende kraft (Barham & Hayward, 1995). Dilemmaet er at sykdomsmodellen kan bidra til å skape uforenelige motsetninger utav sammenfiltrede fenomener, og kan dermed forsterke en kunnskaps- og profesjonsmakt der folk blir redusert til enten syk eller frisk (Andersen, 2001; Barham & Hayward, 1995; Deegan, 1993). Enkelte forskere har da også argumentert for å utvikle kunnskaps- og praksisformer forankret i dialogen og de konkrete erfaringene (Andersen, 1994; Seikkula, 1996; Karlsson, 2003), mens andre aktivt forsøker å bringe inn andre begrep og beskrivelser (Topor, 2001; Hydén, 2005; Jensen, 2006).

## 1.2 Psykisk helse og folkehelse

Med disse innledende ordene er oppmerksomheten flyttet fra psykisk helse til psykisk sykdom, fra modeller om helse til modeller om sykdom. Dette er ikke uvanlig (se eks. Volden, 2007). Tvert imot argumenterer Hofmann (2005) for at det er en utbredt tendens at analyser av helse glir over til å bli analyser av sykdom. Han diskuterer forholdet mellom de to begrepene, men viser at de ikke lar seg beskrive uttømmende og at de ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende. Begrepene gir ulik tilgang til forståelse, og det eksisterer ulike forståelsesmodeller både hva gjelder helse og sykdom (Brülde & Tengland, 2003; Hofmann, 2008; Mæland, 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) peker på at sammenblandingen av helse og sykdom i lang tid har plassert psykisk helse på utsiden av folkehelsearbeidet, og medført at definisjonsmakten har blitt værende i en arv etter asyelperioden. Dette har styrket fokuset på sykdom og defekter og ført til en for

entydig biologisk årsaksforståelse (Herrman, Saxena, Moodie & Walker, 2004). De argumenterer derfor for viktigheten av å styrke forståelser av psykisk helse i et folkehelseperspektiv, og understreker viktigheten av å operere med et bredt psykisk helsebegrep (WHO, 2004; 2008). Behovet for slik endring understøttes også i økende grad av helsemyndighetene i Norge og Sverige (EU, 2005; Rogan, 2011).

WHO (2004) understreker at spørsmål om psykisk helse vel så mye er et politisk og sosialt anliggende som et anliggende for helsefeltet: «This report (...) presents striking evidence that there is a strong link between the protection of basic civil, political, economic, social, and cultural rights of people and their mental health» (s. iii). Det pekes i retning av at befolkningens psykiske helse er avhengig av kulturelle og sosiale forhold. Følgelig argumenterer de for at det er vanskelig å lage en uttømmende universell definisjon av psykisk helse. De har likevel lansert følgende forslag til begrepsavklaring: “Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (WHO, 2001, s. 1). Norske helsemyndigheter på sin side avklarer begrepet psykisk helse på følgende måte:

Psykisk helse referer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 8).

Både WHO (2001; 2004; 2008), EU (2005), norske og svenske helsemyndigheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Sosialstyrelsen, 1999) understreker at psykisk helse ikke bare er fravær av psykisk sykdom. Dermed opprettholdes med andre ord forestillingen om at noen fenomener best lar seg beskrives og klassifiseres som psykisk sykdom. Resonnementet underslår den mer grunnleggende kritikken av sykdomsmodellens relevans og gyldighet i feltet (Svensson, 1990). På sett og vis har argumentasjonen slektskap med analysen til Boorse (1976; 2010) som på tross av svakheter forsvarer og holder fast ved berettigelsen av et medisinsk begrepsapparat i forhold til noen av disse fenomenene. Samtidig kan det med rimelighet argumenteres for at et fokusskifte fra sykdom til helse imøtekommer mye av kritikken, og slik sett slår beina under noe av argumentasjonen fra kritikerne av sykdomsmodellen. Arbeidene til Antonovsky (1987) peker nettopp på mulighetene ved et slikt fokusskifte (Eriksson, 2007).

På sett og vis bidrar både internasjonale og nasjonale policydokumenter til å tydeliggjøre psykiatri som en sykdomsorientert praksis, mens psykisk helsearbeid kan utvikles i et bredt folkehelseperspektiv. Et slikt perspektivskifte synes inspirert av konklusjonene i en internasjonal overenskomst om helsefremmende arbeid som ble signert under en konferanse arrangert av WHO i Ottawa i november 1986. Dette er kjent som Ottawa-charteret, og markerte starten på en utvikling som tydeliggjorde at spørsmål om helse grep inn i mange samfunnsområder og fordret et bredere samfunnsperspektiv i det helsefremmende arbeidet. «Denna utveckling har gjort det tydligt att hälsofrämjande är en aktivitet som kräver att man tittar på de underliggande orsakerna till ohälsa och sedan försöker hantera dessa utifrån ett brett samhällsperspektiv» (Vilhelmson, 2011, s. 205).

Begrepet ”psykisk” utspringer imidlertid fra en lang idéhistorisk dualisme mellom kropp og sjel. På norsk oversettes ”psykisk” vanligvis med sjelelig. Ifølge Falk og Torp (1991) er ordet ”sjæl” et låneord i de nordiske land. Det forekommer aldri i hedenske dikt, men oppstår først i kristne tekster. Der var forestillinger om en sjel tett forbundet med døden, og man ”forklarede sig livsfænomenernes ophør derigjennom at noget med legemet forbundet havde forladt det.” (Falk & Torp, 1991, s. 702). Det var altså noe som levde videre uavhengig av om kroppen døde. Dermed blir sjelen et slags tillegg til legemet, og etter hvert blir begge knyttet til forestillinger om det hele mennesket. Ordet psykisk bærer på denne måten i seg forestillinger om at mennesket består av kropp og sjel, og at disse delene består av ulikt materiale.

Denne forestillingen er videreført og forsterket i den vestlige kultur, og representerer i dag en forestilling som ofte tas for gitt. Den har nedfelt seg i vår organisering av samfunnet, og litt karikert kan vi si at den har ført til at fysiske problemer håndteres av legen, sosiale problemer av sosialarbeideren, åndelige problemer av presten og psykiske problemer av psykologen. Innen de ulike områdene har vi igjen ytterligere oppdelinger og underkategorier. Denne inndelingen av mennesket og ditto sektoriseringen av helsevesenet, har vært et viktig premiss for mange av de epokegjørende nyvinningene innen legevitenenskapen. En slik oppdeling har imidlertid også møtt motstand, og blitt kritisert for å videreføre og forsterke en form for reduksjonistisk menneskesyn. Flere filosofer og forskere (Jensen, 2009; Kirkengen, 2009) understreker betydningen av et helhetssyn der mennesket blir mer enn summen av delene, og argumenterer for å utvikle nye sosiale praksiser basert på en slik forståelse.

Bertelote (2008) på sin side argumenterer for at en tydeliggjøring av menneskets sammensatthet og kompleksitet nettopp kan understøttes gjennom å vise til ulike dimensjoner ved mennesket. Faren oppstår først når de ulike aspektene blir gjort til disipliner og egne forståelser av helse. Av den grunn understreker han at verdens helseorganisasjon ikke så for seg en oppdeling av helse i termer av fysisk, psykisk, sosial og åndelig helse; ”Should one wish to specify a particular dimension, the most appropriate noun to designate it should be wellbeing and not health” (p. 114). Begrepet ”mental health” er utsprunget fra bevegelsen mental hygiene (Beers, 1907), og er slik sett tett knyttet opp til et arbeid, en disiplin – enten som et synonym til psykiatri eller andre komplementære felt. Dette er uheldig ifølge Bertelote (2008), og er opphavet til den begrepsmessige forvirringen som etter hans mening fremdeles eksisterer på feltet. Denne forvirringen kan sies å være nedfelt i selve begrepet psykisk helsearbeid, og gjør begrepet tvetydig. På den ene siden er det klare referanser til helsefremmende perspektiver og fokus på sosiale og politiske forhold, og på den andre siden peker ordet psykisk mot en mer individualisert og sykdomsorientert tradisjon.

### 1.3 Avhandlingens innretning og struktur

Denne gjennomgangen viser at spørsmål om psykisk helse er mangesidig. Historieforskning, teoretiske analyser og policydokumenter understøtter at både de fenomener som er knyttet opp til psykisk helse og forståelser av psykisk helse er tett sammenvevd med sosiale og kulturelle forhold. Vitenskapsfilosofen Ian Hacking (1999) betegner psykiske problemer som flyktige fenomener som oppstår på bestemte steder og tider. Han argumenterer for at våre beskrivelser fungerer som interaktive kategorier som i seg selv både skaper og opprettholder tanke-, følelses- og samhandlingsmønstre. I et slikt perspektiv blir psykisk helse både noe som oppleves av konkrete personer til bestemte tider og på bestemte steder, noe som «er» og noe som endres med tid, sted og kultur, noe som blir sosialt skapt. Et slikt utgangspunkt innebærer også at forhold omkring psykisk helse jevnlig må utforskes og undersøkes konkret, ikke utfra en ambisjon om å frembringe en universell essens eller skarpe definisjoner, men for å utforske denne sammenfiltheten konkret og bringe kunnskapen tilbake til det samfunnet der undersøkelsen ble gjennomført. Dette avhandlingsarbeidet vil i tråd med dette ikke ha som ambisjon å utvikle kontekstuavhengig kunnskap, men heller beskrive ulike aspekter ved psykisk helse på et gitt tidspunkt i historien, i en bestemt sammenheng for på den måten å bringe menneskelige erfaringer i dialog med og

utforske eksisterende sosiale og kulturelle diskurser. Derigjennom blir det mulig å frembringe kunnskap som kan inngå i grunnlaget for arbeidet med å fremme helse, forebygge sykdom og forlenge livet gjennom organiserte innsatser fra samfunnet (WHO, 2004, s. 2, min oversettelse). Dette kan beskrives som den konstante utfordringen for folkehelsevitenskapen, og på den måten inngår avhandlingen i folkehelsevitenskapens kjerneområde.

Doktorgradsarbeidet er en artikkelbasert avhandling. Det innebærer at resultater fra undersøkelsen allerede er trykket i vitenskapelige publiseringskanaler, og at disse publikasjonene inngår som en vesentlig del av den endelige doktorgradsavhandlingen. Denne avhandlingen består av 5 vitenskapelige publikasjoner, og består av fire delstudier. Den første publikasjonen (P1) er av metodisk karakter og utforsker diskursanalysens posisjon og sentreringspunkter i folkehelsevitenskapen. De neste fire publikasjonene er resultater fra hvert delstudie (P2, P3, P4 & P5). Avhandlingen består i tillegg av en sammenfatning av arbeidet der oppnådde resultater beskrives på en måte slik at sammenhengen i arbeidet synliggjøres og de oppgitte problemstillingene diskuteres både ut fra empirisk materiale og valgt teori. Introduksjonen er en del av sammenfatningen, og etterfølges av kapitler som har til hensikt å tilby en oversiktlig fremstilling av forskningen og skape en forståelig progresjon i lesningen.

Teksten er strukturert slik at avhandlingens teoretiske rammeverk og vitenskapelige posisjon klargjøres og beskrives i kapittel 2. Dernest presenteres studiens hensikt, problemstillinger og forskningsdesign i kapittel 3, mens kapittel 4 fokuserer den metodiske tilnærmingen for doktorgradsarbeidet som helhet. Resultatene fra de ulike delstudiene presenteres summarisk i kapittel 5, og viser også til sammenhengen mellom delstudiene. Til slutt diskuteres resultatene i lys av avhandlingens teoretiske rammeverk. Ambisjonen er å belyse avhandlingens overordnede problemstillinger. Avslutningsvis blir studiens hovedfunn oppsummert sammen med forslag til videre forskning.

# Kapittel 2. Metodologi

Metodologi kan forstås på ulike måter og blir i noen sammenhenger brukt som overskrift på beskrivelser av forskningsmetoder (Kvale & Nielsen, 1999). I henhold til Guba og Lincoln (1994) er det imidlertid et overordnet begrep som angir de grunnleggende antagelsene ved et forskerparadigme. Det rommer antagelser om hva kunnskap er og hvordan kunnskap kan utvikles, og blir et begrep som gis ulikt innhold avhengig av vitenskapsteoretisk paradigme. Ifølge Bowling (2002) skal forskere tydeliggjøre sitt forskerparadigme og vitenskapelig grunnlag for forskningen. Dette kapitlet sikter mot å imøtekomme denne fordringen, og den første publikasjonen i avhandlingen inngår som en del av denne klargjøringen av forskerparadigme (P1). Slike perspektiver har imidlertid også høy aktualitet i forhold til selve temaet som undersøkes. Det fungerer derfor som en teoretisk innramning på avhandlingen i den forstand at det ikke bare utdypes innledningsvis i avhandlingsarbeidet, men også bringes opp igjen til når resultatene fra avhandlingsarbeidet skal diskuteres. Denne posisjonen starter bredt. Det er et selvstendig poeng for å oppnå klarhet i det vitenskapelige grunnlaget som dette avhandlingsarbeidet hviler på, men også for å skape et grunnlag for refleksjon knyttet til forståelser av folkehelsevitenskap og forhold omkring psykisk helse.

## 2.1 Mangfoldets epistemologi<sup>1</sup>

”De slutninger vi kan trekke ved å sammenholde de ting som hender oss, er usikre fordi disse hendelsene alltid er forskjellige. Intet er så karakteristisk for tingenes ytringsformer som ulikhet og mangfold.” Dette skriver den franske filosofen og forfatteren Michel de Montaigne i 1587 (Montaigne, 1996, s. 250). Han er mest kjent som essayets far, men blir av den britiske filosofen Stephen Toulmin (1990) trukket frem som en førmoderne filosof og viktig talsperson for 1500-tallets humanisme med fokus på toleranse for mangfold. Montaigne levde i en tid med store religionskonflikter der tidligere tiders svar på tilværelsens store spørsmål ble utfordret. Ulike tolkninger av bibelen svekket dens samlende posisjon som kilde til innsikt i og om verden. Dette førte til en søken etter andre kilder som kunne gi autoritative svar og veilede mennesket gjennom livet. Dette ønsket om å finne et

---

<sup>1</sup> Deler av dette avsnittet er utviklet sammen med John Lundstøl og Hans Grelland ved Universitetet i Agder i forbindelse med skriving av en artikkel som blir publisert i en antologi redigert av Terje Mesel og Paul Leer-Salvesen.

sikkert feste i tilværelsen utenfor religionen, gav styrke til filosofien til franskmannen Rene Descartes. Han målbar en ide om at vitenskapen kunne tilby et sikkert feste utenfor de religiøse konfliktene, og argumenterte for vitenskapens muligheter som en uavhengig basis for sikkerhet og stabilitet. Descartes fremmet en rasjonalitet basert på sikker viten. Usikre slutninger ble i et slikt perspektiv først og fremst et uttrykk for at kunnskapen ikke var tilstrekkelig utviklet. 1600-tallet ble derfor starten på en entydiggjøringsprosess av hva som ble forstått som vitenskapelig og rasjonelt, og dermed også til en definisjon av hva som var uvitenskapelig og irrasjonelt. Utviklingen førte til en gradvis marginalisering av andre forståelsesformer deriblant sentrale deler av 1500-tallets humanisme. Ifølge Toulmin (1990) skjedde det en gradvis forskyvning fra en vekt på retorikk til en vekt på logikk, fra en vekt på det partikulære til en vekt på det universelle, fra en vekt på lokale til en vekt på det abstrakte, fra en vekt på det tidsbestemte til det en vekt på det tidsuavhengige.

Arven fra Descartes bidro til å skape den moderne epoken. Kopernikus og Keplers nye verdensbilde og Newtons fysikk skapte og forsterket den mekaniske metafor: verden består av objektive, entydige, eksakt gjentakelige fenomener bundet sammen i en streng årsak-virkningssammenheng. Denne antagelsen ble styrende for den moderne tenkningen, langt utover fysikkens og naturvitenskapens område, og har utviklet seg nærmest til å bli synonymt med det som i dag omtales som vitenskap. Slike grunnmetaforer inngår som sannheter vi tar for gitt i vår hverdag, sannheter som vi alle bruker for å ordne verden omkring oss. De kan dermed også begrense våre muligheter til å erkjenne og akseptere nye innsikter som utfordrer selve grunntanken i moderniteten. Toulmin (1990) understreker at den mekaniske metafor har ført til store fremskritt for både mennesker og samfunn, men han argumenterer også for at denne rasjonaliteten har ført til store menneskelige katastrofer. Hans poeng er at vi trenger et større samvirke mellom human- og naturvitenskap, og sikre at de ulike rasjonalitetene stadig konfronterer og gjennomtrenger hverandre. I henhold til filosofen Charles Taylor (1989) kan forholdet mellom Descartes og Montaigne, og dermed også forholdet mellom to former for tenkning, uttrykkes på følgende måte:

The Cartesian quest is for an order of science, of clear and distinct knowledge in universal terms, which where possible will be the basis of instrumental control. The Montaignean aspiration is always to loosen the hold of such general categories of "normal" operation and gradually prise our self-understanding free of the monumental weight of the universal interpretation, so that the shape of our originality can come to view. Its aim is not to find an intellectual order by which things in general can be

surveyed, but rather to find the modes of expression which will allow the particular not to be overlooked (s. 182).

Toulmin (1990) rekonstruerer stegene for hvordan den teoretiske, entydiggjørende rasjonaliteten har fortrenget den praksisnære og mangetydige rasjonaliteten, og argumenterer for at denne rasjonaliteten er helt dominerende i offentligheten selv på 1990-tallet. Toulmin var i sin tid elev av Ludwig Wittgenstein og fant beslektede synspunkter mellom Wittgenstein og Montaigne. Han mente videre at Montaigne tilførte krisen i vestlig filosofi som oppsto på 1960- og 70-tallet nye og friske perspektiver.

Denne krisen fikk tilnavnet positivismestriden (Slagstad, 1980), og skapte en skarp todeling i forhold til syn på vitenskap. På den ene siden var vitensretninger som forutsatte at det både fantes universelle og objektive lovmessigheter og at det var mulig å avdekke disse. Dette kunne kun gjøres gjennom systematiske undersøkelser basert på definerte metoder. Denne essensen av virkelighet kunne så formidles og re-presenteres gjennom et presist og entydig språk. Ut fra en slik posisjon skulle følgelig det vitenskapelige språket kun reflektere og representere denne forhåndsgitte virkeligheten. På den andre siden var forskere som understreket nettopp at vitenskap og systematisk kunnskapsutvikling også var samfunns-, og forskerstyrte konstruksjoner, og på ingen måte nøytrale og objektive ekstrakter av en gitt virkelighet. Den norske idehistorikeren Espen Schaanning (1997) illustrerer dette poenget gjennom boktittelen "Vitenskap som skapt viten". Virkeligheten beskrives som flertydig, sammenflettet og uavgrenset. Kunnskapen blir sosialt situert og konstruert, og blir både formet av og formende for det sosiale fellesskapet. Disse to posisjonene kan beskrives som essensialisme og konstruksjonisme (Kvale & Nielsen, 1999), og har gitt opphav til skarpe diskusjoner knyttet til selve forståelsen av hva som kan kalles vitenskap.

De siste 50 år har flere teorier og modeller for vitenskapelig arbeid utviklet seg. Guba og Lincoln opererte med fire ulike paradigmatisk utgangspunkt i sin utgave fra 1994, men utvidet til fem i utgaven fra 2011. Alvesson og Sköldbberg (2008) åpner for flere og bruker til dels andre betegnelser. Det finnes i det hele tatt mange vitenskapsteoretiske inndelinger, men alle rommer en todeling i forståelse som har likhetstrekk med forskjellene mellom Montaigne og Descartes, mellom konstruksjonisme og essensialisme. I sitt reviderte kapittel "Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited" viser Lincoln, Lynham og Guba (2011) at det har skjedd store endringer i feltet de siste 15 år. De argumenterer for at frontene mellom de to vitensposisjonene er blitt mindre fremtredende og antagonistiske de siste årene, og det er mulig med

kommunikasjon og felles prosjekter på tvers av tilsynelatende inkommensurable posisjoner. Etter deres oppfatning er forskningsfeltet mindre dogmatisk. Det er samtidig debattanter som argumenterer for at vi i dag er vitne til et fornyet forsvar for objektiv kunnskap og vitenskap, og derigjennom en kritikk av det som kan beskrives som ettergivenhet og unnfalighet i det flytende moderne (Foros, 2012). I følge Brante (1993) og Bowling (2002) må et vitenskapelig arbeid forholde seg til slike diskusjoner, og forskeren må klargjøre sin vitenskapelige posisjon. Denne avhandlingen er forankret i mangfoldets filosofi og i en sosialkonstruksjonistisk forskerposisjon. Dette utdypes og klargjøres gjennom diskursteori, men først skal vi kort se hvordan denne vitenskapsfilosofiske diskusjonen har nedfelt seg i folkehelsevitenskapen.

### 2.1.1 Folkehelsevitenskapen – et smalt og et bredt perspektiv

Denne utviklingen innen vitenskapen har ikke overraskende også satt sine spor i folkehelsevitenskapen (Vilhelmsson, 2011). Moderne legevitenskap ble utviklet under inspirasjon fra moderniteten, og de innsikter som fulgte arven fra Descartes førte til enorme fremskritt både for enkeltmennesker og samfunn (Moseng, 2003; Schiøtz, 2003). Historien om legen Ignaz Semmelweis viser med tydelighet hvordan en systematisk tilnærming ved hjelp av naturvitenskapelige metoder kunne snu opp ned på etablerte sannheter. Samtidig vitner også denne historien om forholdet mellom kunnskap og makt, og hvor vanskelig det kan være å endre den tenkning og praksis som tas for gitt (Bjørneboe, 1968; Vilhelmsson, 2011). Historien viser hvordan folks helse og levekår bedret seg dramatisk etter hvert som kunnskapen om sykdomsforebyggende tiltak spredte seg i befolkningen. På sett og vis la det grunnlag for det som kan omtales som et smalt folkehelsebegrep: «En snävare folkhälsobegrepp innebär ofta ett mer traditionellt innehåll av omgivningshygien, kontroll av infektioner i samhället, undervisning av människan i personlig hygien vilket ofta innebär åtgärder i form av screening, vaccination och hälsouppllysning» (Vilhelmsson, 2011, s. 24). Denne forståelsen av folkehelse har ofte fokus på enkeltindividet og sykdomsforebygging, og blir nært knyttet opp til legevitenskap og samfunnsmedisin. Den har blitt kritisert for å overse og ikke fange opp årsaker til sykdom og uhelse som bunner i sosioøkonomisk forhold, og også i for sterk grad opprettholde fokus på hvordan unngå sykdom og i mindre grad utforske hvilke forhold som fremmer helse (Antonovsky, 1987).

En bredere forståelse av folkehelse rettet nettopp oppmerksomheten mer mot sosiale forhold og det som kan kalles den samfunnsskape uhelsen enn mot forhold ved enkeltindivider (Vilhelmsson, 2011). Ambisjonen var å redusere dominansen

av en sykdomsorientert folkehelsevitenskap, og skape et nytt folkehelsearbeid som i sterkere grad skulle fokusere sosial ulikhet i helse. Forskningsarbeidet til Wilkinson & Pickett (2009) kan tjene som en illustrasjon på denne retningen. Ved hjelp av en epidemiologisk tilnærming viste de hvordan store ulikheter mellom de aller rikeste og de aller fattigste i et land, gav dårlige levekår og større helseproblemer i befolkningen. Denne brede forståelsen åpnet folkehelsevitenskapen som et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt. Mens den smale folkehelsevitenskapen blir kritisert for å være for smal, blir den brede kritisert for å være for bred. Forståelsen av hva som er et spørsmål for helse og helsepersonell blir tilnærmedesvis grenseløs, og kan fremme en form for helseimperialisme der andre kunnskapsområder marginaliseres. Samtidig kan en slik bred forståelse i sterkere grad nettopp vise at spørsmål om helse er sterkt sammenfiltret med sosial og kulturelle forhold. Særlig innenfor folkehelsevitenskapelige studier av psykisk helse synes det å være viktig å opprettholde en forståelse av folkehelsevitenskap kjennetegnet av vedvarende lydhørhet overfor fenomenenes kompleksitet og menneskelivets sammenfiltretthet. Det er mulig å hvile på Toulmin (1990) som peker på betydningen av å humanisere moderniteten: "As things stand, we can neither cling to Modernity in its historic form, nor reject it totally – least of all despise it. The task is rather, to reform, and even reclaim, our inherited modernity, by humanizing it" (s. 180).

## 2.2 Diskursteori – en teoretisk overbygning

Diskursteori har i økende grad blitt fokusert i vitenskapelige sammenhenger de siste 20 år, og har som fellestrekk at de forankres i en form for sosialkonstruksjonisme. Det innebærer at denne undersøkelsen forankres i en forståelse av virkeligheten som formet av og formende for det sosiale fellesskap. Dette innebærer at det vi til daglig betegner som virkelighet og den kunnskap vi har om denne virkeligheten, blir betraktet og forstått som menneskeskapt. Berger og Luckmann (2000) gav i 1966 ut boken "The Social Construction of reality", og bidro her til å utvikle denne forskerposisjonen. Deres grunnleggende resonnement kan sammenfattes i følgende utdrag: "Samfunnet er et menneskelig produkt. Samfunnet er en objektiv virkelighet. Mennesket er et sosialt produkt." (s. 76). Disse tre setningene gjenspeiler den sosiale konstruksjon av virkeligheten. Mennesket skaper et samfunn både materielt og gjennom symbolsystemer. Disse menneskeskapte konstruksjonene blir så gradvis objektivert i den betydning at de tas for gitt og oppfattes nærmest som en naturgitt del av verden. Disse objektiverte konstruksjonene og denne tatt-for-gitt kunnskapen bidrar så til å forme

menneskenes liv. Produkter av menneskelig aktivitet blir til nærmest ubestridte sannheter i vår hverdagsvirkelighet gjennom en kontinuerlig, pågående, dialektisk prosess som er sammensatt av tre momenter; eksternalisering, objektivisering og internalisering (Berger & Luckmann, 2000, s. 135). Virkeligheten skapes med andre ord i relasjon til de menneskeskapte omgivelsene. Innenfor en slik posisjon er det vanskelig å trekke klare grenser mellom tradisjonelle motsetninger som subjektivism og objektivisme, natur og kultur, individ og samfunn, mikro og makroanalyse. De er sammenfiltret med hverandre. Samfunnet eksisterer både som objektiv og subjektiv virkelighet, og gjenskapes på nytt og på nytt i en kontinuerlig prosess. Det synes som et fruktbart utgangspunkt for å kunne studere psykisk helse. Slik det fremgår av introduksjonen, rommer dette begrepet fenomener som synes avhengige av sosiale og kulturelle forhold.

Et slikt utgangspunkt har også konsekvenser for forståelser av kunnskap og vitenskapelig aktivitet. Kunnskap gjengir da ikke egentlige, vesenskarakteristika ved naturlige fenomen, men re - presenterer og videreutvikler menneskelige konstruksjoner og tradisjoner. Dette innebærer at kunnskap både gjengir en virkelighet, men blir samtidig også formende både for forståelser av virkeligheten og for de menneskene som bebor denne virkeligheten. Dette har også konsekvenser for ontologiske spørsmål. ”Teoriar om mennesket er sjølv eit konstituerande moment i det mennesket er”, skriver den norske filosofen Hans Skjervheim (1976/2000, s. 22). Han understreker dermed at teorier om mennesket også blir normalitetsdannende og innehar en identitetsmakt i et samfunn. Dette innebærer at vitenskapen både gjengir en forståelse, og samtidig bidrar til å forme vår forståelse av mennesker, natur og kultur. Vitenskapen får derved en definisjonsmakt i forhold til vår forståelse av både normalitet og avvik, og kan derigjennom romme undertrykkende og disiplinierende mekanismer (Bourdieu & Wacquant, 1993; Foucault, 1977). Kunnskap og makt betinger hverandre gjensidig. Ifølge Lincoln, Lynham og Guba (2011) har det skjedd en dreining mot slike mer fortolkende vitensposisjoner innen samfunnsvitenskapen, og denne avhandlingen plasserer seg dermed i en anerkjent forskerposisjon.

Diskursteori har nettopp variasjon, mangetydighet og uavgrensethet som sitt utvetydige utgangspunkt (Dyrberg, Hansen & Torfing, 2000; Potter & Wetherell, 1987), og sikter mot å vise hvordan mennesker skaper orden utav uorden. En diskurs blir i denne tradisjonen en tenkning som former praksis. Det blir det sentrale organiserende og regulerende prinsipp i den sosiale konstruksjonen av virkeligheten, og muliggjør forestillinger om sannhet og essens (Potter, 1996). Innenfor en bestemt diskurs vil det finnes lovmessigheter og orden. Her blir ikke

sannheter relative og flytende. Grenser blir trukket. Mening genereres. Det blir noe som er. Diskursen forblir imidlertid skapt i det menneskelige fellesskap. I denne diskursens orden får språk og begreper en sentral posisjon. Språket blir ikke lenger kun et objektivt og nøytralt redskap for å oppnå en mest mulig presis og nøyaktig gjengivelse av virkeligheten. Det blir et menneskeskapt symbolsystem som fungerer virkelighetsdannende, og får både informative og formative funksjoner. Språket blir meningsdannende og identitetsformende for de mennesker som blir beskrevet og for de menneskene som leser beskrivelsene. På den måten nedfeller diskursen seg i våre kropper, i våre forestillingsverdener og i det konkrete. Diskursen blir materialisert. Ut fra et slikt perspektiv blir språket en sentral maktfaktor. Språket beskriver, navngir, og innehar en definisjonsmakt. ”Symbolsystema er ikkje berre reiskap for kunnskapen, rett og slett, dei er også reiskapar for herredømme.” (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 31).

Alle beskrivelser har imidlertid ikke like stor formende kraft. Det blir vanskelig å absoluttere grader av diskursers formende kraft, men generelt har den vitenskapelige diskurs stor gjennomslagskraft i de vestlige samfunn. Forskningsbasert kunnskap og den evidensbaserte praksis vektlegges i store deler av vårt samfunnsliv, og har en stor betydning for meningsdannelse blant folk flest. Det betyr at språk, kunnskap og makt inngår i et triangel som betinger hverandre gjensidig. Makt blir en uunngåelig del av diskursens orden. Et viktig anliggende ved denne undersøkelsen blir derfor å løfte frem og diskutere diskurser som fort blir forstummet i samfunnet, og slik sett gi muligheter for en form for motmakt mot hegemoniske diskurser.

Diskursbegrepet blir imidlertid fort et altomfattende, totaliserende begrep i den betydning at vi alle forblir innen fremstillingens grenser. Det blir umulig å ikke inngå i en diskurs. Slik kan det også fremstå som et ubegripelig begrep både i en begrepsmessig og mer analytisk forstand. Det kan bli et teoretisk begrep med varierende grad av interesse dersom vi ikke forholder oss til diskursens materialitet. Diskursen får imidlertid en ”kropp”, den blir situert, konkret og nedfeller seg i ulike praksiser. ”(P)ractices being understood here as places where what is said and what is done, rules imposed and reasons given, the planned and the taken for granted meet and interconnect” (Foucault, 1991, s. 75). Diskursen kommer til uttrykk i ulike praksiser ved å regulere hvem som har rett til å uttrykke seg, hva de får uttrykke seg om og hvordan de får uttrykke seg. Diskursen blir bestemmende for hvilke utsagn som betegnes som gyldige og pålitelige innen en gitt praksis. Innen ulike praksisregimer blir diskurser objektivert og representert av ulike institusjoner og personer. Det blir mulig å forholde seg til diskursens

konkrete representasjoner. Et slikt perspektiv åpner for en forståelse der diskurser ikke nødvendigvis blir totale og globale, men institusjons- og praksisavhengig. Det kan med andre ord finnes mange diskursive praksiser i et og samme samfunn, og disse kan også i mange tilfeller være motstridende. Denne undersøkelsen utforsker diskurser om psykisk helse slik de fremkommer i meldinger om psykisk helse innsendt til nettjenester i Norge og Sverige.

### 2.2.1 Diskursteori og folkehelsevitenskap

Folkehelsevitenskapen frembringer kunnskap om befolkningens helse, om faktorer som påvirker menneskers helse i et samfunn og om forhold som kan fremme god helse. Det er følgelig et felt som reiser komplekse spørsmål både av teoretisk, metodisk og praktisk karakter og som fordrer en flervitenskapelig tilnærming. Også diskursanalytiske studier inngår i dette mangfoldet (Vilhelmsson, 2011). Den første publikasjonen i avhandlingen utforsker kjennetegn ved diskursanalytiske studier innen folkehelsevitenskapen (P1). På bakgrunn av en systematisk gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner fra 2005-2010 argumenterer jeg her for at diskursanalyser innen folkehelsevitenskapen kan deles inn i to hovedretninger:

#### *1) Identifikasjon av ulike diskurser*

Et hovedanliggende for mange studier var å identifisere ulike diskurser innenfor et gitt område. Studiene ønsket på den måten å gi styrke til perspektivrikdom og mangfoldige tilnærminger innen feltet, og rettet på den måte oppmerksomheten mot selve kunnskapsdannelsen innen folkehelsevitenskapen.

#### *2) Kritisk analyse av hegemoniske diskurser*

En annen retning rettet et skarpere og mer direkte kritisk lys på dominerende diskurser innen folkehelsefeltet, og viste hvordan disse diskursene skapte tvingende praksiser i den hensikt å få folk til å gjøre helsefremmede valg i hverdagen. Flere studier avdekket den sammenhengen mellom kunnskap og makt, og viste hvordan folk blir regjert på avstand.

Denne todelingen samsvarer i stor grad med forståelsen av diskursanalyser slik det blir beskrevet av Holstein og Gubrium (2011, s. 352), og kan antyde en viss konsistens i både tenkning og tilnærming.

Gjennomgangen viser at diskursanalyse både bidrar med et kritisk perspektiv innen folkehelsevitenskapen, og i særdeleshet frembringer kunnskap som

synliggjør forhold mellom kunnskap og makt. Forskingen utfordrer innebygde idealer i folkehelsefeltet knyttet til det man kan kalle for menneskelig perfektjonisme. Dette har også blitt utforsket både utfra et nordisk (Hydle, 2003) og mer anglosaksisk perspektiv (Petersen & Lupton, 1996). Forskingen er kritisk til en samfunnsutvikling som øker presset på standardisering gjennom å vise til risikoen ved å fravike rådene til et ”riktig” kosthold, ”riktig” mengde og type trening/fysisk aktivitet, ”riktig” alkoholkonsum, ”gode” seksualvaner etc. På denne måten argumenteres det for at folkehelsearbeidet kan øke normalitetstrykket i samfunnet og svekke en form for kultursensitivitet. Et slikt normalitetstrykk kan forsterke opplevelser av utilstrekkelighet og bidra til marginaliseringsprosesser i samfunnet som i seg selv både skaper, opprettholder og forsterker psykisk uhelse. Diskursanalyser i folkehelsevitenskapen har med andre ord avdekket en innbakt spenning i folkehelsearbeidet der arbeidet for å skape et sunnere liv og bedre (fysisk) helse samtidig kan øke normalitetspress med ditto skamfølelse over ikke å innfri samfunnets forventninger og derigjennom bidra til å skape dårligere (psykisk) helse.



## Kapittel 3. Hensikt, problemstilling og forskningsdesign

Doktorgradsarbeidet har til hensikt å utforske, beskrive og analysere diskurser om psykisk helse slik de fremkommer i meldinger om psykisk helse på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige, og på denne bakgrunn løfte frem og diskutere mulige utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Avhandlingsarbeidet vil med andre ord beskrive fremstillinger av psykisk helse på et gitt tidspunkt i historien, i en bestemt sammenheng for på den måten å bringe menneskelige erfaringer i dialog med og utforske eksisterende sosiale og kulturelle diskurser. Det gir et nedena-perspektiv i forskningen. Avhandlingen har følgende overordnede problemstillinger:

- A) Hvordan fremstilles psykisk helse på netjtjenester i Norge og Sverige?**
- B) Hvilke utfordringer gir dette for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv?**

Undersøkelsen har eksplorative, deskriptive og analytiske siktemål, og forankres i kvalitative forskningsmetoder. Den består av fire delstudier som hver har særegne forskningsspørsmål og metodiske tilnærminger:

### *Delstudie 1: Karakteristika ved netjtjenester i Norge og Sverige*

Denne delstudien har et eksplorativt siktemål, og beskriver og analyserer kjennetegn ved nettbaserte psykisk helsetjenester i Norge og Sverige i 2009. Følgende forskningsspørsmål danner utgangspunkt for delstudie 1:

Hva karakteriserer nettbaserte psykisk helsetjenester i Norge og Sverige, og hvordan kan betydningen av disse karakteristikaene forstås?

### *Delstudie 2: Innholdet i meldinger som blir sendt til netjtjenester i Norge og Sverige*

Med utgangspunkt i netjtjenester som ble identifisert og beskrevet i den første delstudien, flyttes oppmerksomheten over på innholdet i meldinger som blir sendt inn til svartjenester i Norge og Sverige. Ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse blir følgende forskningsspørsmål drøftet:

Hva blir presentert som innsendernes anliggender på utvalgte netjtjenester i Norge og Sverige, og hvordan kan dette påvirke forståelser av psykisk helse?

### *Delstudie 3: Forventninger til netjtjenester i Norge og Sverige*

Delstudie 3 bygger også på funn fra den første delstudien, og utdyper samtidig funnene fra den andre delstudien. Hensikten med den tredje delstudien var å utforske meldinger fra innsenderne for å utforske iboende bilder av svarerne på nett, og dermed bruke disse bildene til å beskrive innsendernes forventninger til nettbaserte tjenester. Følgende forskningsspørsmål danner utgangspunkt for studien:

Hvilke bilder av svarerne følger implisitt av innsendernes meldinger, og hvilke følger har dette for forventninger til netjtjenestene?

### *Delstudie 4: Gjensvar fra netjtjenester i Norge og Sverige*

Denne delstudien tar utgangspunkt i delstudie 2, og utforsker gjensvarene som blir gitt innsenderne på deres anliggender. Tanken er dels at denne delstudien gir mer rikholdige beskrivelser av psykisk helse ved at svarernes perspektiver tydeligere løftes frem, og dels at den gir muligheter for en skarpere fordypning gjennom et fokus på depresjon og angst. Dette omtales i nasjonale og internasjonale policydokumenter som en av de sentrale utfordringene for psykisk helse i et folkehelseperspektiv (WHO, 2008). Hensikten med studien var å beskrive svartjenestenes dominerende forståelser av slike livsvansker, og deres foretrukne anbefalinger til innsenderne om hvordan slike vansker best kunne håndteres. Følgende forskningsspørsmål danner utgangspunkt for studien:

Hvordan blir innsendernes meldinger om livsvansker fortolket i svarene fra netjtjenestene, og hvordan anbefaler netjtjenestene at innsenderne skal forholde seg til sine livsvansker?

Resultatene fra disse fire delstudiene er formidlet i selvstendige vitenskapelige publikasjoner, og utgjør det empiriske grunnlaget for avhandlingens overordnede problemstillinger. På denne måten blir denne kappen både en fremstilling og sammenfatning av de ulike delstudiene, og en selvstendig vitenskapelig undersøkelse der helheten blir mer enn summen av delene. Sammenbindingen fungerer som en slags meta-analyse av resultatene fra delstudiene, og diskursanalyse fungerer som en metodisk tilnærming til denne overordnede studien. Et slikt forskningsdesign gir muligheter for detaljerte analyser av de konkrete forskningsspørsmålene i enkelte delstudiene, og samtidig en sammenfattende analyse av hele materialet med sikte på besvare avhandlingens overordnede problemstillinger.

# Kapittel 4. Datamateriale og forskningsmetode

Dette kapitlet beskriver det datamaterialet som undersøkelsen baserer seg på og de metoder som er brukt for å analysere materialet. Ambisjonen er å gjøre avhandlingens empiriske grunnlag og metodiske tilnærming lett tilgjengelig for leserne slik at undersøkelsens troverdighet og relevans lettere kan vurderes. Kapitlet gir en oversikt over tidligere forskning på netjtjenester, datamateriale, metoder for tolkning og analyse, refleksjoner over kvaliteten på forskningsarbeidet, forskningsetiske overveielser og refleksjoner omkring forskeren som forsker.

## 4.1 Tidligere forskning på netjtjenester

Innledningsvis ble det gjennomført et systematisk søk etter tidligere forskning på databasene Pubmed, ISI Web of Knowledge, ERIC, Embase, Cochrane reviews, Medline, Norart, Swemed og British Nursing Index. Søkordene som ble brukt, var ”mental health” i kombinasjon med enten ”Internet”, ”Electronic mail” eller ”Internet based service”.<sup>2</sup> Søket ble gjennomført i oktober 2009, og avgrenset til vitenskapelige artikler på dansk, engelsk, norsk og svensk etter år 2000. Denne kunnskapssammenstillingen er skrevet med utgangspunkt i 102 vitenskapelige artikler, men avgrenset til å fokusere artikler som omhandlet helsetjenester på internett (ikke kun informasjonsformidling) og av disse det som synes mest relevant og treffende for denne studien. Selv om internett er en teknologisk nyvinning, så vitnet gjennomgangen om et omfattende og mangesidig forskningsfelt.

Det ble pekt på at etterspørselen etter psykisk helsearbeid på internett var økende, og enkelte forskere understreket at folks vaner når det gjaldt å søke og motta helsehjelp var i endring (Griffiths et al., 2006, Ybarra & Eaton, 2005). Flere studier viste at e-post var en spesielt populær tjeneste og attraktiv kommunikasjonsform når det gjelder psykisk helse (Andreassen, Sandaune, Gammon & Hjortdahl, 2002; Fukkink & Hermanns, 2009; Griffiths et al., 2006; Kurioka, Muto & Tarumu, 2001, Sørensen, Østvik, Lintvedt, Gammon & Wang, 2007; Ybarra & Eaton, 2005). Noen studier antydte sågar at folk foretrakk

---

<sup>2</sup> På de norske databasene Norart og Idunn og den svenske databasen Swemed ble også norske og svenske søkeord brukt, og gav til sammen syv treff.

rådgivning via nettbaserte svartjenester fremfor andre tilnæringsformer (Andreassen et al., 2002; Kurioka et al., 2001). Bekvemmelighet fremsto som en av de største fordelene først og fremst fordi folk sparte tid og penger (Griffiths et al., 2006; Kummervold et al., 2002; Richards, 2009, Sørensen et al., 2007; Umefjord, Petersson & Hamberg, 2003). Tjenestene ble særlig verdsatt i områder med spredt bebyggelse og lange avstander til offentlige tjenester (Meyer et al., 2005; Griffiths & Christensen, 2007; Farrell & McKinnon, 2003). Slik sett bidrar internett til å øke tilgjengeligheten til psykisk helsetjenester, minimere tiden folk bruker for å oppsøke hjelp og redusere ventelister (Griffiths et al., 2006; Richards, 2009). Tjenestene fremstår kostnadseffektive både for brukerne og tilbydere (Bundorf, Wagner, Singer & Baker, 2006; Griffiths et al., 2006). Studier viser også at brukerne får bedre tid til å uttrykke sine behov (Metha & Chalhoub, 2006; Richards, 2009; Sheese, Brown & Graziano, 2004), og gir mer passende tilbud til mennesker som foretrekker skriftlig kommunikasjon (Umefjord et al., 2003).

Intervensjonsstudier viser at nettbaserte tjenester kan redusere stigma, dempe opplevelser av isolasjon hos brukere, og øke tilgjengeligheten av profesjonelle (Burns, Durkin & Nicholas, 2009; Burns, Morey, Lagelée, Mackenzie & Nicholas, 2007). Enkelte studier antyder at barn og unge får bedre psykisk helse etter å ha brukt tjenester på nett (Fukkink & Hermanns, 2009). Til tross for antagelser om det motsatte viser studier at bruk av helsetjenester på internett øker kontakten med ordinære tjenester (Rickwood, Deane & Wilson, 2007), og fungerer komplementære til mer tradisjonelle psykisk helsetjenester (Andreassen et al., 2002; Burns et al., 2009; Burns et al., 2007; Richards, 2009; Ybarra & Suman, 2006). Nettbaserte svartjenester bør imidlertid ikke kun betraktes som et første skritt på veien til psykisk helsevern. Studier viser at internett også tiltrekker seg folk som er misfornøyde med tjenestene og ønsker en ny vurdering (Umefjord et al., 2003), og/eller har en form for mistillit til spesialisthelsetjenesten og ønsker en helt annen hjelp (Burns et al., 2007).

Anonymitet fremstår som en annen sentral fordel for brukerne av nettbaserte helsetjenester, og flere studier viser at noen foretrekker tjenester over internett fremfor tilbud ansikt til ansikt (Griffiths et al., 2006; Kummervold et al., 2002; Richards, 2009; Sørensen et al., 2007; Umefjord et al., 2003;). Flere studier peker i det hele tatt mot at brukerne svarer mer oppriktig og er mer komfortable med å kommunisere om psykisk helse når tjenesten er anonym (Farrel & McKinnon, 2003; Griffiths et al., 2006; Richards, 2009). Andre forskere uttrykker bekymring for nettbaserte tjenester av samme grunn (Kassaw & Gabbard, 2002). De hevder at folk oppfordres til for rask selvavsløring på grunn av anonymiteten som tilbys

over nettet, og er bekymret over mangelen på terapeutiske kontroll i disse tjenestene. I en gjennomgang av vitenskapelige artikler fremkommer det også at nettbaserte svartjenester ikke kan erstatte kontakt ansikt-til-ansikt (Griffiths et al., 2006). Valentine og Holloway (2009) har på sin side gjennomført en studie om forholdet mellom barn og unges identitet og sosiale nettverk on- versus off-line. Deres funn peker mot at nettbaserte tjenester gir barn og unge bedre kontroll over egen identitet fordi asynkron kommunikasjon gir dem tid til å tenke på hva de vil si og hvordan de ønsker å presentere seg selv. De argumenterer for de unges on- og off-line verdener konstituerer hverandre gjensidig, og fungerer berikende for deres liv og utvikling.

Når det gjelder brukere av nettbaserte svartjenester, så viser noen studier en kvinnelig dominans (Griffiths et al., 2006; Hall & Tidwell, 2003). Thayer og Ray (2006) finner imidlertid ingen signifikante forskjeller i kjønn, og det synes vanskelig å konkludere entydig. Det er mer pålitelige resultater når det gjelder alder, og flere studier fremholder at ungdom og unge voksne er de hyppigste brukerne (Kurioka et al., 2001; Metha & Chalhoub, 2006). Det er en viss variasjon i dette spørsmålet også, og de mest betydningsfulle funn synes å være relatert til varigheten i bruken av internett. Hyppig bruk av internett generelt øker også bruken av nettbaserte tjenester (Thayer & Ray, 2006). Flere forskere argumenterer imidlertid for at psykisk helsearbeid på internett er spesielt egnet for unge mennesker, og anbefaler økt tilgang til disse tjenestene for ungdom (Fukkink & Hermanns, 2009; Rideout, 2002; Sørensen et al., 2007; Swanton, Collin, Burns & Sorensen, 2007). Det er samtidig vanskelig å entydiggjøre resultatene innen dette forskningsfeltet dels fordi feltet er ungt og ennå mangelfullt utforsket, og dels fordi det fremstår som et lite ensartet felt. Nettbaserte tjenester er ingen entydig gruppe helsetjenester, men synes å ha stor variasjon både i eierstruktur, design, tjenesteprofil og innhold. Det omfatter også ulike typer tjenester, men som gjennomgangen av tidligere forskning viste så er e-post tjenester særlig verdsatt.

## 4.2 Datamateriale

”Siden er jo et skattekammer av problemstillinger som ungdom strever med.”<sup>3</sup> Slik beskrives en av nettsidene som inngår i denne studien, og utsagnet samsvarer med tidligere forskning. Det er muligheter for å finne rikholdige beskrivelser av hverdagens problemstillinger på internett. Det synes med andre ord rimelig å anta

---

<sup>3</sup> Formuleringen er hentet fra en personlig e-post fra Randi Helen Albertsen ved [www.utekontakten.no](http://www.utekontakten.no) 22. april 2009, og er gjengitt etter tillatelse fra henne.

at slike nettsider vil kunne gi tilgang til konkrete og personlige beskrivelser med relevans for avhandlingens prosjekt (Alasuutari, 2007). Ifølge Bryman (2008) brukes internett i økende grad i forskning både som objekt for analyser, men også som en arena for innsamling av forskningsdata. I denne avhandlingen blir utvalgte nettjenester både undersøkt i seg selv (P2) og ansett som en kilde for innhenting av empiriske data (P3, P4, P5).

De sist 15 årene har det blitt etablert meldings- og e-posttjenester på internett der folk kan skrive inn om ulike tema, og få svar på sine spørsmål. Dette er tekster som personene selv skriver, ofte uten forutgående dialoger med ansatte ved tjenesten. De forblir anonyme overfor hverandre, og slike tjenester danner grunnlaget for denne avhandlingen. Undersøkelsen er avgrenset til å omhandle nettjenester som formidles i norsk eller svensk språkdrakt. Utvalget begrunnes pragmatisk i og med at forskeren er norsk statsborger og studerer i Sverige, men også strategisk i den forstand at det gir tilgang til et mer rikholdig materiale. Selv om det i seg selv kunne ha interesse, vil avhandlingen i mindre grad sammenligne tjenestene mellom de to landene.

#### 4..2.1 Utvalg delstudie 1

For å bli kjent med og utforske feltet, var det nødvendig å bruke litt tid på å surfe på nettet både for å finne frem til ulike sider helt tilfeldig og for å få en fornemmelse av hvor tilgjengelig de ulike tjenestene var. Første skritt i det mer systematiske kartleggingsarbeidet var å definere søkeord og søkemotor (Bryman, 2008). Ulike søkeord ble prøvd ut innledningsvis for å sjekke ut antall treff, for på den måten komme frem til brukbare søkeord. Jeg søkte for eksempel med ordene ”psykisk helse” i kombinasjon med ”epost”. Det gav over 300.000 treff, og ble for uhåndterbart. Andre kombinasjoner gav på den andre siden for magre resultater. På norsk valgte jeg å bruke ord som gikk igjen i de norske nettjenestene [www.korspahalsen.no](http://www.korspahalsen.no) og [www.sidetmedord.no](http://www.sidetmedord.no). Søkeordene ble derfor "psykisk helse" i kombinasjon med enten "meldingstjeneste", "svartjeneste" eller "mailtjeneste". De svenske søkeordene var inspirert av de norske, men viste seg å ha mindre treffsikkerhet på svensk. Valg av søkeord ble derfor utvidet, og jeg tok da utgangspunkt i ord som ble brukt på svenske nettsider. De svenske søkeordene ble derfor "psykisk hälsa" i kombinasjon med enten "nättjänst", "mailtjänst", "mail nätforum", "chatte mail forum" eller "jourmail". Google ble valgt som søkemotor fordi det fremstår som en anerkjent søkemotor i begge land. Bryman (2008) anbefaler imidlertid å bruke flere søkemotorer for å sikre flest mulig treff og unngå

et skeivt utvalg grunnet valg av søkemotor. Avslutningsvis gjennomførte jeg derfor tilsvarende søk ved hjelp av søkemotoren Kvasir.

Søket ble gjennomført våren 2009, og resulterte i 502 treff. Alle treffene ble kort vurdert. Listen over nettsteder ble imidlertid raskt redusert ved å ekskludere irrelevante og overlappende treff (eks. annonser, blogger, konferanseinvitasjoner, ulike word-dokumenter). Utvalget ble på den andre siden utvidet ved at anbefalinger til andre nettsteder nevnt på relevante nettsteder ble inkludert. Denne arbeidsmåten blir referert til som ”snowball sampling” (Bowling, 2002). Ambisjonen var å inkludere alle nettsteder som hadde en e-posttjeneste eller meldingstjeneste av noe slag. Denne prosessen resulterte i 69 norske og 82 svenske nettsteder. Disse nettstedene ble grundig undersøkt, og kun nettsteder som hadde en tilsiktet e-post- eller meldingstjeneste ble inkludert i utvalget. Etter denne gjennomgangen satt jeg igjen med et utvalg på 28 norske og 32 svenske nettsider. Dette utvalget er presentert i tabell 1.

*Tabell 1. Websider som tilbød nettbaserte psykisk helsetjenester i Norge og Sverige i 2009.*

| NORSKE (N) OG SVENSKE (S) NETTJENESTER |   |   |
|--|---|---|
| KODE                                   | WEBSITE   | EIERE   |
| N1                                     | <a href="http://www.amathea.no">www.amathea.no</a>  | Stiftelsen Amatheia   |
| N2                                     | <a href="http://www.ananke.no">www.ananke.no</a>  | Norsk OCD forening  |
| N3                                     | <a href="http://www.angstringen.no">www.angstringen.no</a>  | Angstringen   |
| N4                                     | <a href="http://www.mentalhelse.no/arbeidslivstelefonen/">www.mentalhelse.no/<br/>arbeidslivstelefonen/</a> | Mental Helse Norge  |
| N5                                     | <a href="http://www.barnogunge.no">www.barnogunge.no</a>  | Arbeiderbevegelsens rus og sosialpolitiske forbund            |
| N6                                     | <a href="http://www.barneombudet.no">www.barneombudet.no</a>  | Barneombudet  |
| N7                                     | <a href="http://www.bluemood.no">www.bluemood.no</a>  | Institutt for psykologi. Universitetet i Tromsø               |
| N8                                     | <a href="http://www.eksperthjelp.no">www.eksperthjelp.no</a>  | Eksperthjelp AS   |
| N9                                     | <a href="http://www.helsenett.no">www.helsenett.no</a>  | Helsenett AS  |
| N10                                    | <a href="http://www.jentevakta.com">www.jentevakta.com</a>  | Jentevakta (Grunnlagt av Krisesenteret i Trondheim)           |
| N11                                    | <a href="http://www.kameratstotte.no">www.kameratstotte.no</a>  | Norsk Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner og Mental |

|     |  |  |
|-----|--|--|
|     |  | Helse Norge  |
| N12 | <a href="http://www.kirkens-sos.no">www.kirkens-sos.no</a>                         | Den norske kirke   |
| N13 | <a href="http://www.klara-klok.no">www.klara-klok.no</a>                           | Nordlands fylkeskommune  |
| N14 | <a href="http://www.korspahalsen.no">www.korspahalsen.no</a>                       | Røde Kors  |
| N15 | <a href="http://www.incest80057000.no">www.incest80057000.no</a>                   | Incestsenteret i Vestfold  |
| N16 | <a href="http://www.lommelegen.no">www.lommelegen.no</a>                           | Aller Internett AS   |
| N17 | <a href="http://www.morild.org">www.morild.org</a>                                 | Klinikk for psykisk helse, Sørlandets Sykehus HF                 |
| N18 | <a href="http://www.rustelefonen.no">www.rustelefonen.no</a>                       | Rusmiddeletaten, Oslo kommune                                    |
| N19 | <a href="http://www.sidetmedord.no">www.sidetmedord.no</a>                         | Mental Helse Norge   |
| N20 | <a href="http://www.suss.no">www.suss.no</a>                                       | Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet                   |
| N21 | <a href="http://www.ta5.no">www.ta5.no</a>   | Den norske kirke   |
| N22 | <a href="http://www.tips-info.com">www.tips-info.com</a>                           | Psykiatrisk divisjon. Stavanger Universitetssykehus              |
| N23 | <a href="http://www.ung.no">www.ung.no</a>   | Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet                          |
| N24 | <a href="http://www.ungdomstelefonen.no">www.ungdomstelefonen.no</a>               | Skeiv ungdom   |
| N25 | <a href="http://www.utekontakten.no">www.utekontakten.no</a>                       | Bodø kommune   |
| N26 | <a href="http://www.verdensbeste.pappa.no">www.verdensbeste.pappa.no</a>           | Sverre V. Nøkleby  |
| N27 | <a href="http://www.vfb.no">www.vfb.no</a>   | Organisasjonen Voksne for barn                                   |
| N28 | <a href="http://www.wandasenteret.no">www.wandasenteret.no</a>                     | Frivillighetssentralen i Bodø                                    |
| S1  | <a href="http://www.1318.se">www.1318.se</a>                                       | Christina Olsson   |
| S2  | <a href="http://www.arbetsmiljoopplysningen.se">www.arbetsmiljoopplysningen.se</a> | Arbetsmiljø-opplysningen   |
| S3  | <a href="http://www.bup.nu">www.bup.nu</a>   | Barn- og ungdomspsykiatri i Stockholm, Stockholms läns länssting |
| S4  | <a href="http://www.bris.se">www.bris.se</a>                                       | Barnens rätt i samhället (BRIS)                                  |
| S5  | <a href="http://www.boj.se">www.boj.se</a>   | Brottsofferjourernas Riksförbund                                 |
| S6  | <a href="http://busta.atsub.se/">http://busta.atsub.se/</a>                        | BUSTA - stöd till sexuellt utsatta unga                          |
| S7  | <a href="http://www.doktorn.com">www.doktorn.com</a>                               | Erlandsson & Bloom AB  |
| S8  | <a href="http://www.dopingjouren.se">www.dopingjouren.se</a>                       | Karolinska Universitetssjukhus                                   |
| S9  | <a href="http://www.drugsmart.no">www.drugsmart.no</a>                             | Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning             |
| S10 | <a href="http://www.elevhalsan.se">www.elevhalsan.se</a>                           | Solveig Kraft och Cajsa Nellåker                                 |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| S11 | <a href="http://www.heder.nu">www.heder.nu</a>  | Riksförbundet för sexuell likaberättigande Skåne       |
| S12 | <a href="http://www.hopp.org">www.hopp.org</a>  | HOPP - Riksorganisationen mot sexuella övergrep        |
| S13 | <a href="http://www.iogt.se">www.iogt.se</a>  | IOGT-NTO   |
| S14 | <a href="http://www.linje59.se">www.linje59.se</a>  | Riksförbundet för sexuell likaberättigande Ungdom      |
| S15 | <a href="http://www.netdoktor.se">www.netdoktor.se</a>  | Netdoktor.se AB  |
| S16 | <a href="http://hem.spray.se/johanna/psykdoktor.index">http://hem.spray.se/johanna/psykdoktor.index</a> | Psykdoktorn  |
| S17 | <a href="http://www.rfsu.se">www.rfsu.se</a>  | RFSU - Riksförbundet för sexuell upplysning            |
| S18 | <a href="http://www.rus-riks.se">www.rus-riks.se</a>  | Rikesförbundet Ungdom för Social Hälsa                 |
| S19 | <a href="http://www.rb.se">www.rb.se</a>  | Rädda Barnen   |
| S20 | <a href="http://www.shedo.org">www.shedo.org</a>  | Self Harm and Eating Disorders Organisation            |
| S21 | <a href="http://www.slutarokalinjen.org">www.slutarokalinjen.org</a>                                    | Samhällsmedicinska kliniken, Stockholms läns landsting |
| S22 | <a href="http://www.smartguiden.se">www.smartguiden.se</a>  | Bragee Medect AB                                       |
| S23 | <a href="http://www.snorkel.se">www.snorkel.se</a>  | Barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala                   |
| S24 | <a href="http://www.spesungdom.se">www.spesungdom.se</a>  | SPES:ungdom  |
| S25 | <a href="http://www.stodlinjen.se">www.stodlinjen.se</a>  | ACE AB (Statens folkhälsoinstitut)                     |
| S26 | <a href="http://www.somaya.se">www.somaya.se</a>  | Systerjouren Somaya                                    |
| S27 | <a href="http://www.terapisnack.com">www.terapisnack.com</a>  | Comunicera AB  |
| S28 | <a href="http://www.tjejzonen.se">www.tjejzonen.se</a>  | Tjejzonen  |
| S29 | <a href="http://www.umo.se">www.umo.se</a>  | Sjukvårdsrådgivningen SVR AB                           |
| S30 | <a href="http://www.ungdomar.se">www.ungdomar.se</a>  | UMIT Sverige AB  |
| S31 | <a href="http://www.varguiden.se">www.varguiden.se</a>  | Stockholms läns landsting                              |
| S32 | <a href="http://www.web4health.info/sv">www.web4health.info/sv</a>                                      | Royal Institute of Technology. Stockholms Universitet. |

Dette utvalget dannet det empiriske datamaterialet for alle delstudiene, men på ulike måter. I delstudie 1 ble hele utvalget gjennomgått med sikte på å utforske karakteristika ved tjenestene. All tilgjengelig informasjonen ble samlet og sortert i et eget Word-dokument under hovedkategoriene opphav, målgruppe, svarere og tema. I denne prosessen ble også vedlagte årsrapporter og annen aktuell

dokumentasjon samlet inn og lest. I enkelte tilfeller ble også ansvarlig utgiver kontaktet per e-post og bedt om ytterligere informasjon.

#### 4.2.2 Utvalg delstudie 2

Delstudie 2 bygget videre på utvalget fra delstudie 1, og startet med de 60 nettstedene som fremkom her. Siden prosjektet ikke hadde til hensikt å evaluere bestemte tjenester eller webløsninger, men i første rekke fange opp hvordan spørsmål om psykisk helse ble fremstilt på internett, så ble kun meldinger som var offentlig tilgjengelige inkludert i delstudie 2. Dette ble både begrunnet pragmatisk i den forstand at det gav en avgrensning som gjorde datamaterialet mer overkommelig og forskbart, men det ble også begrunnet utfra etiske vurderinger. Det synes mulig å innhente nødvendig informasjon fra offentlig tilgjengelige tjenester, og dermed unngå en mulig belastning for mennesker som potensielt sett kunne være i en sårbar situasjon. For å få tak på informasjonen som var tilgjengelig for alle i det offentlige rom, avgrenset jeg derfor utvalget gjennom å inkludere sider der kommunikasjonen mellom befolkningen og tjenestene; 1) var åpen for alle lesere og ikke avhengig av medlemskap; 2) ble presentert til å være skrevet av innsenderne selv og ikke redigert av tjenestene; 3) at brukerne av tjenestene ble godt informert om denne offentlighetspolitikken på siden; og 4) at tjenestene imøtekom krav om tekniske løsninger som gav innsenderne total anonymitet. Med disse tilleggskriteriene endte jeg opp med et utvalg ti norske og ti svenske nettsteder (Figur 1, Kode: N2, N5, N6, N7, N13, N16, N17, N18, N23 og N25, & Kode: S3, S4, S5, S6, S7, S15, S23, S29, S30, S31).

Disse sidene hadde ulik profil og grupperte meldingene fra innsenderne forskjellig. ”Psykisk helse” var en egen kategori på fire sider, og meldingene til denne studien ble hentet herfra. Syv tjenester hadde ingen gruppering, men organiserte meldingene kronologisk i henhold til tid. En tjeneste som hadde depresjon og angst som interessefelt, hadde 12 ulike underkategorier, men ingen med overskriften ”Psykisk helse”. På en nettside ble innsenderne bedt om å rette spørsmålene direkte til navngitte personer, og her hentet jeg meldinger som var sendt til personer som tydelig oppgav psykisk (u)helse som interessefelt.

Det var stor variasjon i antall meldinger på de ulike sidene. En tjeneste hadde kun offentliggjort et fåtall meldinger (mer som eksempler), mens andre tjenester hadde publisert flere hundre meldinger fra innsendere. Det betød at for noen tjenester samlet jeg alle tilgjengelige meldinger, mens for andre ble tilfanget begrenset. Inklusjonskriteriet ble da koblet til tid. Litt avhengig av grupperingen på de ulike

sidene ble de siste 30-50 meldingene samlet inn. Innsamlingen av data pågikk fra oktober 2010 til juni 2011, og gav et utvalg på totalt 601 meldinger. I og med at tjenestene er anonyme er det ikke mulig å si noe sikkert om hvem som har sendt meldingene, ei heller om en person kan ha sendt inn flere meldinger. Inntrykket etter å ha lest gjennom utvalget grundig tilsier imidlertid at det i all hovedsak er ulike meldinger fra ulike personer.

#### 4.2.3 Utvalg delstudie 3

Delstudie 3 tok utgangspunkt i samme utvalg som delstudie 2, men avgrenset utvalget til kun å omfatte nettsider som klart og tydelig var rettet mot barn, ungdom og unge voksne. Dette ble motivert utfra tidligere forskning som viste at nettjenester var særlig verdsatt blant denne befolkningsgruppen, men også utfra en antagelse om at ungdom og unge voksne var mer vant med å forholde seg til kommunikasjon på internett samt en naiv forestilling om at de hadde mindre erfaringer med hjelpetjenester på forhånd og dermed kunne fange opp nye forventninger til nettjenestene. Med dette tilleggskriteriet endte jeg opp med et utvalg på 444 meldinger fra syv norske og seks svenske nettsted (Figur 1, Kode: N5, N6, N13, N17, N18, N23 og N25, og Kode: S3, S4, S6, S23, S29, S30).

#### 4.2.4 Utvalg delstudie 4

Delstudie 4 tok også utgangspunkt i delstudie 2, men avgrenset utvalget til å omfatte spørsmål og svar som gjennom analysen i delstudie 2 ble gruppert under overskriften «Livsvansker». Denne gruppen inkluderte spørsmål knyttet angst og depresjon, og dermed spørsmål som beskrives som en voksende utfordring for folkehelsen (WHO, 2008). Denne avgrensningen kunne med andre ord bidra til å skarpstille analysene av dominerende forståelser og tilnærminger i vår kultur. Dette førte til et utvalg på 101 svar på 98 spørsmål fra syv norske og syv svenske nettsteder (Figur 1, Kode: N5, N6, N13, N17, N23 og N25, og Kode: S3, S4, S7, S15, S23, S29, S31).

### 4.3 Metode for tolkning og analyse

Datamaterialet for denne undersøkelsen består av tekster. Tolkning av tekster er en gammel kunst som forankres i hermeneutikken (Alvesson & Sköldberg, 2008), og på mange måter følger dette avhandlingsarbeidet i hermeneutikkens spor. Det er fortolkninger av tekster, eller fortolkninger av kvalitative data (Åsberg, 2001).

Dette arbeidet har slik sett fulgt en refleksiv metode kjennetegnet av pendlinger mellom helhet og del, og mellom forforståelse og forståelse. Det er imidlertid mulig å skarpstille det metodiske arbeidet noe mer.

### 4.3.1 Diskursanalyse – perspektiv og metode

Diskursanalyse inngår som en del av det Holstein og Gubrium (2011) omtaler som ”The constructionist analytics of interpretive practice”, og fremstår som en mangfoldig forskningstradisjon som spenner fra språkvitenskaplige mikroanalyser til mer globale, idehistoriske makroanalyser. Jaworski og Coupland (1999) peker på syv ulike posisjoner innen diskursanalyse, mens Jørgensen og Philips (2002) i hovedsak forholder seg til tre tradisjoner. Det fremstår som en utpreget tverrfaglig forskningstradisjon som i hovedsak retter oppmerksomheten mot hva som konstrueres, hvordan det konstrueres og hvilke funksjoner en slik konstruksjon har (Holstein & Gubrium, 2011).

Potter (1996) hevder at diskursanalyser generelt kan karakteriseres som opposisjonelle bevegelser i en eller annen forstand. De er ofte utviklet i utkanten av etablerte fagdisipliner, gjerne i overgangen mellom fagområder og har ofte konsentrert seg om ulike minoritetsgruppers identitetskonstruksjon. Dyrberg et al. (2000) på sin side mener dette innskrenker diskursteoriens anvendelsesområde, og argumenterer for at diskursanalyse med fordel også kan gjennomføres på kjerneområder innen samfunnet. Jaworski og Coupland (1999) hevder at diskursanalyser ofte blir motivert av en bekymring om sosiale forskjeller og en videreføring og entydiggjøring av sosiale maktrelasjoner. Diskursanalyser egner seg særlig godt i felt der det er sprekker i diskursens orden, der det ikke synes å være mulig å samle seg om en samlende forståelse og/eller der flertydige fenomener søkes definert innenfor entydige rammer. Det blir et analytisk perspektiv som muliggjør et fokus på hvordan orden skapes utav en mangetydig verden, og er særlig egnet for studier i et bottom-up perspektiv (Gubrium & Holstein, 2008).

Diskursanalyse inngår og anerkjennes som del av kvalitative forskningsmetoder (Denzin & Lincoln, 2011; Dew, 2007). Selv om det de senere årene har kommet flere metodebøker innen diskursanalyse (eks. Hitching, Nilsen & Veum, 2011; Jørgensen & Philips, 2002; Neuman, 2001) er enkelte diskursanalytikere noe motvillige til å nedfelle strenge metodiske regler for arbeidet (Neuman, 2001). Det er i første rekke en arbeidsform som er innvevd i teoretiske og metodologiske antagelser (Potter, 2003), og blir både en forskningsmetode og en måte å tenke på.

Det blir både metodologi og metode. Flere forskere er derfor kritiske til forhåndsdefinerte metoderegler for det setter press mot standardisering av metode og kan minske muligheten for ny innsikt. De fremhever betydningen av å være forskningsmessige bricoleurs<sup>4</sup> (Gill, 1996; Tucker, 2009). Dette er forskere som skaper data i tett samspill med det empiriske materialet. For å få en klar forståelse av hva diskursanalyse kan være, kan det derfor være lurt å studere konkrete forskningspraksiser, altså studere gjennomførte diskursanalyser. Dette var også en av hensiktene med den første artikkelen i avhandlingen (P1). Mitt poeng i denne sammenhengen blir at diskursanalyse både fungerer som et overordnet analytisk perspektiv i avhandlingen og som en konkret metode for å analysere noen av de utvalgte tekstene.

Ifølge Neumann (2001) er imidlertid kulturell kompetanse ”en nødvendig betingelse for å utføre en god diskursanalyse” (s. 50). Forskeren må skaffe seg en god innsikt i det feltet som utforskes, og oppnå en dybdeforståelse for det aktuelle feltet. På et empirinært nivå var dette mitt hovedanliggende for den første delstudien (P2). Målet var å få både en fordypet oversikt nettjenester i Norge og Sverige både hva gjelder antall, opphav, målgrupper, innhold og bemanning. Det var av betydning å få dette feltet inn under ”huden”. Samtidig imøtekom ikke kunnskapen om nettjenestene isolert sett Neumanns fordring om kulturell kompetanse på en uttømmende måte. Det førte meg derfor til parallelle og inngående studier av psykiatriens historie (Andersen, 2010a), av frivillig sektor og dens plass i de skandinaviske velferdssamfunn (Andersen, 2010b), av åpenhetens tvetydighet innen psykisk helsefeltet (Andersen, 2010c) og av nettjenestenes innvirkning på spørsmål om normalitet og identitet i samfunnet (Andersen & Svensson, 2010).

#### 4.3.2 Kvalitativ innholdsanalyse – en praktisk tilnærming

Kvalitativ innholdsanalyse fungerer som en samlende beskrivelse for den praktiske metodiske tilnærmingen i avhandlingen, og forenes gjennom at tekstenes innhold studeres løsrevet fra forfatterens intensjon og den tiltenkte mottakerens resepsjon. Alle delstudiene startet med gjentatt og grundig lesning av datamaterialet (Gill, 1996; Tucker, 2009), og ble etterfulgt av en lengre periode med pendling mellom teksten som helhet og de enkelte meldingene. Ambisjonen var å forankre analysen i empirien. Samtidig var denne lesningen starten på en fortolkningsprosess preget av to ulike tilnærminger.

---

<sup>4</sup> Se kapittel 4.6 for en nærmere utdypning av dette begrepet. Det blir også utdypet i P4.

### *1) Fortetting.*

Denne tilnærmingen kan beskrives som en gradvis og systematisk reduksjon og fortetting av den opprinnelige teksten på en slik måte at det ble mulig å utvikle noen felles kategorier som på en ny måte formidlet tekstens innhold (Graneheim & Lundman, 2004). Meldingene ble imidlertid først analysert og kategorisert hver for seg, og dernest sammenstilt med sikte på å finne likheter på tvers av meldingene. Kategorisering ble et hovedansvar for denne tilnærmingen, og de ulike kategoriene ble understøttet gjennom konkrete sitater fra utvalget. Graneheim og Lundman (2004) skiller videre mellom to nivåer av innholdet; det manifeste innholdet og det latente. Det manifeste innholdet viser til meningsinnholdet i teksten, og ambisjonen med analysen av det manifeste innholdet var å utvikle kategorier som ivaretok tekstens betydningsmangfold. Det latente innholdet relaterer seg til iboende og underliggende aspekter ved teksten, og ble fortolket både empirinært og ved hjelp av teori. Denne tilnærmingen er mest utførlig beskrevet i artikkelen «Struggles for recognition» (P3).

### *2) Utvidelse.*

Denne tilnærmingen hadde ikke likhet og fortetting som ambisjon, men ble brukt for å få frem både perspektivrikdom og dominerende diskurser i teksten. Teksten ble her betraktet som et dokument med iboende nyanser og perspektivrikdom. Variasjon og kontrastering ble brukt som brekkstenger i det analytiske arbeidet (Potter & Wetherell, 1987). Både variasjonen som fremkommer mellom ulike meldinger, men også mulig men stilnet variasjon ble brukt som tilnærming (Huckin, 2002). På denne måten ble det synliggjort at teksten kunne vært skrevet annerledes og var fremkommet på bakgrunn av noen valg. Dette gjorde de til grunnliggende valgene og dominerende perspektiver mulige å diskutere. Dette er mest utfyllende beskrevet i artikkelen «Reaching out to people struggling with their lives» (P5).

## 4.4 Refleksjoner over kvaliteten på forskningsarbeidet

Kvalitet i forskningsarbeidet er avgjørende for at forskningsinstitusjoner skal innfri deres samfunnsoppgave, men også for å skape legitimitet til kunnskapen som utvikles. Arven etter Descartes innebærer en sterk tiltro til den vitenskapelige metoden som selve kvalitetssikringen av kunnskapen. Det er derfor ofte strenge regler knyttet til utførelsen av vitenskapelig arbeid, og gyldighet og pålitelighet av den kunnskapen som utvikles avhenger av om de metodiske reglene er fulgt

(Schaanning, 1993). Disse metodene ble også utfordret i kjølvannet av krisen på 60-70-tallet. De siste 50 årene har det vokst frem en forskningstradisjon knyttet til utforskning av kvalitative data, og flere har pekt på vanskeligheten med å ta blåkopi av naturvitenskapens regelstyrte kvalitetskrav. Dette har skapt usikkerhet i vurderingen av kvalitativ forskning (Kuper, Reeves & Levinsson, 2008). Denne usikkerheten har gitt to samtidige konsekvenser.

På den ene siden har resultatene blitt mistenkeligjort, og på mange måter ført kvalitativ forskning over i vitenskapens 2. divisjon. Resultatene blir ansett som mer partikulære, mindre universelle og dermed også mindre troverdige i forskningsfellesskapet (Mitchell & Jolley, 2007). På en måte skulle dette være å slå inn åpne dører i den forstand at denne forskningstradisjonen i varierende grad nettopp utfordrer troen på det universelle, det abstrakte og det tidsuavhengige (Toulmin, 1990). Dette involverer imidlertid også makt i betydningen penger, innflytelse og gjennomslag og har også av den grunn blitt imøtegått. Slik sett betinger kunnskap og makt hverandre gjensidig (Foucault, 1977).

På den andre siden har dette ført til en pågående diskusjon nettopp knyttet til kvalitetskriterier for kvalitativ forskning (Larsson, 2005). Hvordan kan leseren, forskningsfellesskapet og samfunnet avgjøre om slik forskning holder en høy kvalitet? Larsson (2005) peker på kvalitetskriterier for fremstillingen som helhet, kvaliteter i resultatene og validitetskriterier, og peker på at svarene klumper seg noen steder. Svarene er imidlertid ikke entydige. Dette kan forstås dit at denne forskningstradisjonen ennå er ung og under utvikling, men det er også mulig å forstå det ufullendte som en permanent tilstand og en vedvarende utfordring til kvalitative forskere til å tydeliggjøre kvalitetskriterier og konkret vurdere disse i hver forskningsstudie. I det følgende redegjør jeg kort for hvilke kvalitetskriterier denne undersøkelsen konkret underlegges i de metodologiske overveielserne i diskusjonkapitlet.

### *Originalitet*

Kolstad (2011a) kritiserer forskningsfellesskapet for å premiere reproduksjoner og dårlige kopier. Metodetyranniet og tellekantsystemet stimulerer til «riktig forskning», men gir lite nyskapende og original forskning. Originalitet i betydningen ny innsikt på nye områder eller uvante perspektiver på kjente fenomener fremstår som et viktig kvalitetskriterium også for kvalitativ forskning, og må i tillegg kunne anføres som et kvalitetskriterium for denne avhandlingen.

### *Perspektivbevissthet*

Mangfoldets epistemologi lærer oss at sannheten forskyver seg med perspektivet, og et krav til kvalitativ forskning retter seg mot klargjøring av forskerens forforståelse og fortolkningsperspektiv. På den måten blir det enklere for andre å vurdere om fortolkningene samsvarer med valgte perspektiv. Dette er i tråd med Bowling (2002) som krever at forskere tydeliggjør sitt forskerparadigme og vitenskapelig grunnlag for forskningen.

### *Konsistens og grundighet*

Dette peker på konsistens som et kvalitetskriterium. Resultatene av forskningen må formidles på en slik måte at det er en indre sammenheng mellom undersøkelsens ulike deler; at det er sammenheng mellom forskningsspørsmål, datainnsamlingsmetode, analyse og funn. Det må være en rød tråd og en harmoni mellom de ulike delene i forskningen (Larsson, 2005). Grundighet følger i forlengelsen av dette. Forskningen må grunnes i inngående studier både av aktuell empiri, og av relevant litteratur og tidligere forskning. Empirien må også være egnet til å belyse forskningsspørsmålene. Det er også et poeng at empirien søkes belyst på ulike måter og ved hjelp av ulike tilnærminger slik at tolkningene derigjennom styrkes.

### *Systematikk og åpenhet*

Systematikk synes å være et kjennetegn for all forskning. Forskeren må systematisk undersøke en problemstilling, og redegjøre for den måten forskningen har blitt utført på. Redegjørelsen må være av en slik karakter at leseren kan forstå hvordan resultatene har fremkommet. Forskningen må være gjennomiktig og åpen slik at grunnlaget for forskerens argumentasjon og konklusjoner er synlige og lette å følge for leserne av studien.

### *Empirisk forankring og troverdighet i fortolkningsprosesser*

Larsson (2005) fremstiller empirisk forankring som et omforent kvalitetskriterium i kvalitativ forskning. Forskningen må forankres i en del av datamaterialet som blir undersøkt, og de fortolkningene som gjøres i et forsøk på å utvikle ny kunnskap må stå i et rimelig forhold til det empiriske materialet. I denne fortolkningsprosessen blir betydningen av intersubjektivitet i økende grad trukket frem. Det innebærer at fortolkningene gjøres i et fellesskap med andre på en slik måte at de fortolkningene som gjøres har klangbunn i et bredere forskningsfellesskap. Tolkningen må fremstå overbevisende. I dette arbeid verdsettes derfor rikholdige empiriske beskrivelser noe som vanligvis gjør presentasjonen av kvalitative studier mer omfangsrike.

## 4.5 Forskningsetiske overveielser

Forskning på og ved hjelp av internett har tiltatt de siste 15 årene, og er nå etablert som et eget forskningsfelt (Bryman, 2008). Samtidig er forskningsfeltet ungt og under utvikling på samme måte som de nettbaserte tjenestene selv. Det er et utfordrende felt når det gjelder overveielser og vektning av prinsipper om autonomi, privatliv, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet, og særlig gjelder dette studier av sosiale medier og nettsamfunn (Eysenbach & Till, 2001; Flicker et al., 2004). Dette er i seg selv en viktig grunn for å søke råd fra det forskningsetiske fellesskap. Denne undersøkelsen ble diskutert med ansatte ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og også fremlagt for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Norge (REK-sak 2010/3453). Under forutsetning av at informasjonen på internett var offentlig tilgjengelig, og tjenestene imøtekom krav om tekniske løsninger som gav innsenderne total anonymitet, var konklusjonen at dette prosjektet ikke var melde- eller konsesjonspliktig i NSD eller avhengig av en gjennomgang og særskilt godkjenning fra REK. Dette ble også uformelt diskutert med ansatte i den Regionala etikprøvningsnämnden i Göteborg, og de understøttet denne konklusjonen. Dette understøttes også i nyere metodebøker (Bryman, 2008), og er i samsvar med praksis i lignende studier internasjonalt (Moncrieff, Cohen, & Mason, 2009).

Denne avklaringen betyr ikke at prosjektet ikke reiser forskningsetiske problemstillinger. Enkelte mennesker legger ut informasjon på nettet som de på lengre sikt kanskje ikke ønsker eksponert. Selv om opplysningene er offentlig tilgjengelige og ikke identifiserbare, så fordrer det at informasjonen behandles på en måte som ivaretar personenes integritet og verdighet. Dette er særlig aktuelt fordi forskningsstudier av denne type gjør "øyeblikksdata" mer tidsbestandige og varige, og har derfor vært en viktig rettesnor også i dette arbeidet. Siden resultatene fra delstudiene er publisert på engelsk innebærer det også at innsendernes fotavtrykk er mindre åpenbare. Samtidig er data av denne type interessante for forskning fordi de gir tilgang til opplysninger som kan danne grunnlag for kunnskapsutvikling om kulturbestemte fenomener. Det er dessuten et forskningsetisk poeng at slike undersøkelser kan bruke datamateriale som i utgangspunktet ikke representerer en tilleggsbelastning for personer som kan være i sårbare og utsatte livssituasjoner.

## 4.6 Forskeren som forsker

Innenfor kvalitativ forskning generelt og diskursanalyse spesielt pågår det diskusjoner knyttet til metodiske retningslinjer og standardiseringer (Denzin & Lincoln, 2011; Neuman, 2001). Mange understreker at metoden må utvikles i tett forbindelse med det empiriske materialet, og den konkrete tilnærmingen må beskrives på en måte som tydeliggjør hvordan undersøkelsen er komponert og på hvilke måter resultatene har fremkommet. Dette har slektskap med en håndverk- og ferdighetsorientert forskningsposisjon (Kvale & Nielsen, 1999), og gjenfinnes også i beskrivelser av den kvalitative forsker som 'bricoleur' (Denzin & Lincoln, 2011). Dette begrepet er hentet fra den franske antropologen Claude Lévi-Strauss (1966), og refererer til en person som bruker det han har for hånden og det som passer i situasjonen. Lévi-Strauss sier videre: "The 'bricoleur' may not ever complete his purpose but he always puts something of himself into it" (Lévi-Strauss, 1966, s. 21). Det blir en tilnærming som både er skreddersydd det materialet som forskeren har tilgjengelig, men samtidig med en søm som blir formet av forskeren selv. Det er derfor et poeng å gjøre forskerrollen i studier av denne type eksplisitt.

Jeg har i flere år vært en aktør i psykisk helsefeltet i Norge både som praktiker, underviser og forsker, og deriblant forfatter av faglitterære tekster (se eks. Andersen, 2006; Andersen & Karlsson, 1998) og redaktør for et vitenskapelig tidsskrift innen området (se eks. Andersen, 2011; Andersen & Karlsson, 2011). Det borger for et bredt kjennskap til feltet og de problemstillinger som reises i avhandlingen, og kan styrke troverdigheten til de resonnementer som trekkes opp i avhandlingen. Samtidig kan det samme kjennskapet gi meg en innsiderrolle som forsker som også kan svekke resonnementene i avhandlingen med begrunnelse i at de fungerer selvoppyllende og selvforsterkende for allerede eksisterende meninger og posisjoner. Dette fremstår som et vanskelig dilemma som klart fordrer et årvåkent blikk på egen forforståelse, og stimulerer til en særlig oppmerksomhet på sider ved materialet som overrasker og utfordrer. Det innebærer at jeg både må forske på det konkrete materialet, og samtidig forske på hvorfor jeg forsker på akkurat denne måten og ser verden akkurat slik. Det fordrer en stor grad av selvrefleksivitet i forskningsprosessen.

Når det gjelder valg av nettjenester som empirisk felt, så var ikke det tilfeldig. Jeg var en periode styremedlem i Hjelpetelefonen til Mental Helse i Norge, og i denne perioden ble deres nye meldingstjeneste «Si det med ord» etablert (N19). Som styremedlem ga dette innblikk i noen av de meldingene som ble sendt til denne

tjenesten. Meldingene overrasket meg både i kraft av sin åpenhet, direkte tale og selvrefleksivitet, og jeg fant dem ytterst interessante som grunnlag for empiriske studier. Nå har forskningen ført meg i andre retninger enn til [www.sidetmedord.no](http://www.sidetmedord.no) og denne koblingen synes ikke å ha noen innvirkning på studien. Mental Helse Norge og Hjelpetelefonen var imidlertid en viktig inspirasjonskilde for avhandlingen.



# Kapittel 5. Resultater fra fire delstudier

Doktorgradsarbeidet består av fire delstudier som utforsker hvordan psykisk helse blir fremstilt på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige. Hver av delstudiene er publisert i ulike vitenskapelige tidsskrifter (P2, P3, P4 & P5). I dette kapitlet blir resultatene fra delstudiene summarisk presentert. En kort oversikt over avhandlingens fire delstudier gis i tabell 2. Kapitlet avsluttes med at resultatene blir sammenstilt, og tre temaområder løftes frem. De viser dels til temaer som går igjen i flere av delstudiene, og dels til temaer som blir utviklet på bakgrunn av innholdsmessige spenninger mellom delstudiene. De tre temaområdene bringes videre til neste kapittel, og danner utgangspunktet for diskusjoner om utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv.

## 5.1 Delstudie 1: Karakteristika ved netjtjenester i Norge og Sverige

Denne studien beskriver karakteristika ved 28 norske og 32 svenske nettbaserte svartjenester om psykisk helse i 2009. Studien utforsker opphavet til og bakgrunnen for opprettelsen av netjtjenestene, hvilke målgrupper tjenestene orienterer seg mot, hvem som hadde ansvaret for å svare på meldingene som ble sendt inn og hvilke temaområder sidene fokuserte. På bakgrunn av denne oversikten ble to spørsmål drøftet; 1) Hvordan forstå overvekten av frivillige organisasjoner blant tjenesteyterne; og 2) Hvordan forstå tendensen til hemmelighold og anonymitet i netjtjenestene? Resultatene er publisert i artikkelen «Internet-based Mental Health Services in Norway and Sweden: Characteristics and Consequences» (P2).

### *Opphav og bakgrunn*

De inkluderte netjtjenestene ble etablert i perioden fra 1998 til 2008. Et flertall av tjenestene ble etablert som en forlengelse av eksisterende svartjenester på telefon, og kan forstås som en direkte konsekvens av den teknologiske utviklingen. Andre sider som ble opprettet for å utvide og forbedre eksisterende tjenester som til da fortrinnsvis ble tilbudt ansikt til ansikt. En tredje gruppe ble etablert på grunn av de mulighetene for menneskelig kommunikasjon som åpenbarte seg gjennom internett, og var et tilbud kun tilgjengelig på nett. En beslektet gren av denne gruppen var tjenester som i første rekke ble forankret i folks egne erfaringer med psykiske problemer og etablert utfra et ønske om å tilby veiledning og støtte i

Tabell 2. Oversikt over avhandlingens fire delstudier.

|    | HENSIKT  | METODE  | RESULTAT  | KONKLUSJON  |
|----|--|---|---|---|
| P2 | Beskrive og analysere sentrale karakteristika ved nettbaserte psykisk helsetjenester i Norge og Sverige.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematiske web-søk</li> <li>• Innholds-analyse av tjenestenes publiserte policy-dokument.</li> </ul> | 60 netjtjenester ble identifisert. De fleste stammet fra frivillige organisasjoner, var rettet mot ungdom og bemannet av fagfolk. Stor variasjon i tema.  | Studien viser til en ny arena for tjenesteyting, og antyder mulige konsekvenser for tenkning/ praksis i psykisk helsearbeid.                              |
| P3 | Beskrive og analysere innholdet i meldinger som sendes inn til netjtjenester i Norge og Sverige.                     | Meningsfortetting av 601 meldinger innsendt til 20 netjtjenester.   | Tre tema ble utviklet; Relasjoner til seg selv; til betydningsfulle andre og til det sosiale felleskapet. Temaene ble analysert i lys av teori av Axel Honneth.                                 | Studien viser at psykisk helse er et relasjonelt begrep, og styrker vekten av sosiokulturelle perspektiver i psykisk helsearbeid.                         |
| P4 | Beskrive og analysere mulige forventninger til netjtjenester på basis av meldinger til tjenester i Norge og Sverige. | Kvalitativ innholds-analyse av 444 meldinger innsendt til 13 netjtjenester.   | Bilder av spesialister, rådgivere, terapeuter og seremonimestere ble utviklet. De vitnet om variasjon i forventninger og ble analysert i lys av teori av Claude Levi-Strauss & Jaakko Seikkula. | I studien blir bildet av den dialogiske bricoleur brukt til å sammenfatte forventningene. Det gir argumenter mot standardisering av psykisk helsearbeid.  |
| P5 | Beskrive og analysere innholdet i gjensvar fra netjtjenester i Norge og Sverige på meldinger om livs-vansker.        | Diskurs-analyse av 101 svar på 98 meldinger om vanskelige liv innsendt til 14 netjtjenester.  | Livsvansker ble forstått som: unormale tilstander; livsrytmer og uhensiktsmessige mestringsstrategier. Innsenderne ble anbefalt å snakke med fagfolk ansikt til ansikt.                         | Studien viser at tjenestene fremmer individorienterte perspektiver, og utfordrer dem til å styrke deres sosiale ansvar og det relasjonelle i gjensvarene. |

folks bedringsprosesser. Finansieringsordninger, eierskap og driftsansvar varierte i utvalget. Sidene ble kategorisert utfra hvilken sektor de hadde utspring fra; henholdsvis offentlig, privat og frivillig (sivil, tredje) sektor. Kartleggingen viste små forskjeller mellom Sverige og Norge, og avdekket en klar dominans av sider fra frivillig sektor.

### *Målgrupper*

Halvparten av nettjenestene oppgav ingen særskilt målgruppe, og var i prinsippet åpen for hele befolkningen. Mange av disse sidene tilbød medisinske råd og konsultasjon med leger på internett. Også andre sider hadde ingen definert målgruppe, men var klart tematisk avgrenset. En annen gruppe var klart avgrenset i forhold til alder, og rettet seg samlet sett mot innsendere mellom 10 og 30 år. En tredje gruppe nettsider ble avgrenset i forhold til kjønn, og var i første rekke et tilbud til jenter/kvinner. Oversikten viste at privat sektor først og fremst tilbød tjenester åpen for alle. Offentlig sektor ble dominert av tilbud rettet mot unge, mens frivillig sektor hadde mest variert profil. Kartleggingen viste igjen små forskjeller mellom de to landene.

### *Svarere*

Når det gjaldt hvem som svarte på henvendelsene, så viste studien at svarerne kunne deles inn i fire grupper; 1) Profesjonelle (fagutdannede innen området); 2) Lekfolk; 3) Brukere (personer med egenerfaring); 4) Kombinasjon av 1) og 3). Nettjenester fra offentlig og privat sektor brukte fortrinnsvis profesjonelle svarere, mens tjenester fra frivillig sektor også tilbød svar fra lekfolk og personer med egenerfaring. Nettjenestene fra henholdsvis Norge og Sverige hadde også i dette spørsmålet rimelig lik profil.

### *Tematisk innhold*

Nettsidene profilerte seg på måter som skulle klargjøre tjenestenes innholdsmessige profil. Studien muliggjorde en inndeling av tjenestene i 8 ulike temagrupper; 1) Emosjonelle, kognitive og relasjonelle problemer; 2) Kjønn og identitet; 3) Avhengighet og misbruk; 4) Oppvekst og det å være ung; 5) Hjelp og psykoterapi; 6) Helseinformasjon og råd fra leger; 7) Vold og seksuelle overgrep; og 8) Arbeid og skole. Oversikten viste både likheter og forskjeller mellom Norge og Sverige. På den ene siden var det mulig å identifisere flere tvillingssider, altså nasjonale tjenester med svært lik profil. På den andre siden var det både flere og mer innholdsrike svenske nettjenester på områder som knyttet an til vold og seksuelle overgrep, mens norske nettjenester på sin side gav mer rikholdige og varierte tilbud til barn av foreldre med rusproblemer eller psykiske lidelser.

Flertallet av nettjenestene hadde på ulike måter opphav i frivillig sektor. Denne klare dominansen av tjenester fra frivillig sektor ble diskutert i artikkelen og tre mulig forklaringer ble skissert. For det første kunne det gjenspeile et «bottom-up» perspektiv, og styrke forståelsen av frivillig sektor bestående av pionerer som baner vei for det som senere blir naturlige oppgaver for velferdsstaten (jf. St.meld.nr. 25, 2005-2006). For det andre kunne det være uttrykk for en kritikk mot etablerte tjenester i psykisk helsefeltet, og understreke behovet for alternative tilbud for mennesker som søker etter «en helt annen hjelp» (Jensen, 2006). En tredje mulighet var å forstå dette som uttrykk for en utvikling der tradisjonelle velferdstjenester settes ut på anbud og prosjektbaseres (Matties, 2006). Forhold omkring anonymitet ble også diskutert i artikkelen, og det ble pekt på ulike måter å forstå fremveksten av anonyme tjenester. Deriblant ble det pekt på dilemmaer ved en slik utvikling under henvisning til bekjennelsens identitets- og normalitetsformende kraft (Andersen, 2010c; Foucault, 1980).

### 5.1.1. Oppsummering av delstudie 1.

Delstudie 1 viste et mangfold av nettjenester i Norge og Sverige. Tjenestene hadde ulike eier- og styringsstruktur, ulike siktemål og målgrupper, ulike svarere og et rikheldig og mangesidig innhold. Kartleggingen viste at nettbaserte tjenester for befolkningen i Norge og Sverige dekker mange livsområder; graviditet, fødsel, oppvekst, skolegang, identitet og selvtillit, kropp – utseende og fungering, forelskelse og parforhold, hvordan finne en kjæreste, sex, alkohol, røyking, foreldreskap, det å være syk eller ha et medisinsk problem, erfaringer med vold, overgrep og krenkelser av ulike sort, arbeidsliv, finne mening i livet, opplevelser med opp- og nedturer i livet, ivaretagelse av menneskerettigheter og erfaringer med selvmord og død. Variasjon synes samlet sett å være det mest karakteristiske trekk for temaområdene ved tjenestene, og dette kan understøtte betydningen av en bred forståelse av psykisk helse. Samtidig er det også mulig å argumentere for at alle nettsidene fokuserte på utfordringer eller problemer i livet. Problematisk liv fungerte som et omdreiningshjul i beskrivelsene av psykisk helse. Dette er kanskje innlysende gitt kartleggingens fokus på tjenesteyting, men det kan samtidig styrke argumentasjonen om at psykisk helse og psykiske problemer i dagligtalen fungerer som synonyme (Se kapittel 1.1). Ordet ”psykisk” vil da fungere som en markør for problemer, og psykisk helse blir mest av alt ”problematisk helse”.

## 5.2 Delstudie 2: Innholdet i meldinger til nettsjenerne

Delstudie 2 er en kvalitativ innholdsanalyse av 601 meldinger innsendt til 20 av de totalt 60 nettsjenerne som ble identifisert i delstudie 1. Hensikten var å beskrive det manifeste og latente innholdet i meldingene og derigjennom utforske samtidige forestillinger om psykisk helse og uhelse. Det latente innholdet ble ytterligere analysert og utdypet ved hjelp av Axel Honneths' anerkjennelsesbegrep (Honneth, 2001; 2007). Resultatene er publisert i artikkelen «Struggels for recognition. A content analysis of messages posted on the Internet» (P3). Analysen viste at meldingene kunne deles inn i åtte ulike hovedgrupper og tre temaer.

### *Tema 1: Relasjoner til betydningsfulle andre*

For det første dreide mange meldinger seg om livet i en familie. Det handlet om konflikter i hjemmet, om sorg etter både ventede og uventede dødsfall, om erfaringer fra barn der foreldrene skulle skille seg, og om erfaringer med familier der foreldre eller andre nære familiemedlemmer misbrukket alkohol, medikamenter og/eller ulovlige rusmidler og/eller slet med alvorlige psykiske problemer. Den andre hovedgruppen handlet om parforhold og «kjæresteri». Det handlet om forelskelse og varme følelser for andre mennesker, om det å leve som kjærester i korte eller lange parforhold og om det å avslutte et kjærlighetsforhold og leve med et liv med ekskjærester. En tredje hovedgruppe handlet om forhold til betydningsfulle som ikke var familie eller kjæreste. Det var meldinger om gledesfylte og konfliktfylte forhold til venner, til kollegaer på arbeidsplassen, til ulike hjelpere og til lærere og andre ansatte på skoler. En fjerde hovedgruppe av meldinger sentrerte seg rundt erfaringer med vold og krenkelser. Det omfattet beskrivelser av å bli slått og fysisk krenket av andre mennesker, av å bli utsatt for seksuelle krenkelser og overgrep, av trakassering og psykologiske krenkelser og mobbing på skoler og arbeidsplasser. Disse fire hovedgruppene handlet om relasjoner til mennesker som innsenderne kjente godt til og hadde et personlig forhold til, og ble derfor samlet under temaet relasjoner til betydningsfulle andre.

### *Tema 2. Relasjoner til seg selv*

Et annet tema som gikk igjen var forholdet innsenderne hadde til seg selv. To hovedgrupper av meldinger inngikk i dette temaet. En av gruppene favnet meldinger om erfaringer med uregjerlige følelser, tanker og handlinger. Innsenderne beskrev følelser de ikke ønsket, men som kom «uinvitert». De beskrev tanker som tvang seg på, og som de ikke hadde kontroll på. På lignende måter handlet mange meldinger om uønskede handlinger og selvpåført smerte som innsenderne selv ikke erfarte de hadde kontroll på, men som de ønsket å

kontrollere. En beslektet hovedgruppe av meldinger knyttet an til innsendernes selvbylde og fokuserte forhold knyttet til eget utseende og forestillinger omkring egen kropp. Det handlet også om manglende selvrespekt og beskrivelser av hat og skamfullhet overfor seg selv og egen væremåte. Dette var ofte knyttet til seksualitet og var oppfattelser av seg selv som bidro til å gjøre livet vanskelig. Denne hovedgruppen favnet også meldinger fra personer som fortalte om en beskjedenhet, en selvpålagt stillhet og manglende selvrepresentativitet i møter med andre mennesker og da særlig i sosiale sammenhenger. Enkelte beskrev det som en form for sosial angst og fortalte om et svært vanskelig forhold til seg selv.

### *Tema 3. Relasjoner til sosialt fellesskap*

De fleste meldingene forholdt seg til normalitetsbegrepet på ulike måter. Likevel var det noen meldinger som tydeligere vitnet om forhandlinger om normalitet og disse ble samlet i en egen hovedgruppe. Det handlet om meldinger som beskrev uventete forandringer i livet, og derigjennom tematiserte spørsmålet om hvordan slike endringer skulle forstås. Mange meldinger tok opp spørsmål om kroppslige funksjoner og dysfunksjoner, ofte knyttet opp til kjønnsorganer og seksualitet. "Er jeg normal?" "Skal det være slik?" Dette var spørsmål om og en søken etter bekræftelser på en form for normalitet. Forhold omkring trening, kosthold og vekt gikk igjen i andre meldinger, og innsenderne ba om vurderinger omkring egen vekt og treningsopplegg. I det hele tatt ble nettjenestene bedt om å trekke opp grensene mellom normalitet og avvik på en rekke områder. Enkelte meldinger ba om avklaringer på om de selv eller andre hadde psykiske lidelser, og viste til et behov for klarhet når kropp eller liv ikke svarte til forventningene. Den siste hovedgruppen av temaer ble samlet under overskriften «Livsvansker». Det handlet om innsendernes erfaringer fra å leve i et samfunn hvor de ikke kjente tilhørighet eller følte seg elsket. Det var beskrivelser av ensomhet, av et liv uten nære venner og av håpløshet. Flere av innsenderne brukte ord som depresjon og fortvilelse. Andre meldinger beskrev situasjoner og liv på vent grunnet langvarige påkjenninger eller mer tidsavgrensede forhold. Det handlet om arbeidsledighet, dårlig økonomi, søvnløshet og opplevelser av å være i fastlåste situasjoner. Enkelte meldinger i denne hovedgruppen handlet også om døden, om vanskeligheter med å se meningen med livet og å finne sin plass i en uvennlig verden. Dette ble ofte fulgt av selvmordstanker. Hos noen ble slike tanker kun flyktig nevnt, mens andre meldinger diskuterte det mer inngående. Andre meldinger var beskrivelser fra andre som fryktet at noen skulle ta livet sitt. Samlet sett handlet disse to hovedgruppene om innsendernes erfaringer med å tilhøre eller ikke tilhøre noe større enn seg selv, og tematiserte folks relasjoner til et større sosialt fellesskap.

Resultatene fra den empirinære analysen av folks meldinger til nettbaserte tjenester ble ytterligere utdypet ved hjelp av Honneth's analyser om anerkjennelsesbegrepet (Honneth, 2001; 2007). Ifølge Honneth er menneskelig blomstring og velvære avhengig av intersubjektive prosesser der gjensidig anerkjennelse er helt avgjørende. Han skiller da mellom tre former for anerkjennelse. 1) For det første er vi avhengig av den anerkjennelsen som utspringer fra kjærlighetsforhold og nære vennskap, og handler om tilknytning og tilhørighet til utvalgte mennesker. «Med kjærlighetsforhold skal vi her forstå alle primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger mellom få personer etter mønster av erotiske parforhold, vennskap og relasjonen mellom barn og foreldre» (Honneth, 2007, s. 104). Honneth hviler her på utviklingspsykologiske teorier, og beskrivelser av spenningen mellom bindinger og løsrivelse, mellom avhengighet og selvstendighet, mellom symbiose og selvavgrensning. Det er en anerkjennelse som gir mennesker grunnleggende selvtillit. 2) Honneth bygger også på at ethvert menneske har krav på en prinsipiell anerkjennelse som ikke er knyttet opp til sosial verdsetting, men til den anerkjennelse som skal tilbys mennesker i kraft av deres menneskelighet. Det utspringer fra at alle mennesker er ansvarlige og autonome personer med samme verdi. Det er en form for anerkjennelse av hvert menneskes lovmessige rettigheter, og kan omtales som en form for rettslig anerkjennelse. Ifølge Honneth er denne anerkjennelsen avgjørende for at mennesker skal utvikle en form for selvrespekt. 3) Den siste formen for anerkjennelse knytter seg an til verdsetting og solidaritet i sosiale fellesskap, og viser til betydningen av at ethvert menneske skal bli inkludert som en unik og uerstattelig samfunnsborger. Den anerkjennelse som følger av en slik sosial verdsettelse er avgjørende for utviklingen av folks selvfølelse ifølge Honneth. Han understreker at disse anerkjennende relasjonene ikke er gitt på noen av de ulike nivåene. De er avhengige av et politisk forsvar og en konstant sosial kamp om jevnere fordeling av materielle goder, like muligheter for alle og muligheter for sosial inklusjon og kulturell tilhørighet.

### 5.2.1 Oppsummering av delstudie 2.

Resultatene fra delstudie 2 understøttet funnene fra delstudie 1 i den forstand at innholdet i meldingene viste at spørsmål knyttet til psykisk helse antar mange former og forholder seg til ulike aspekter ved folks hverdagsliv. Begrepet synes å omfatte mange og varierte liv og livsvilkår. Samtidig viste analysen at psykisk helse handlet om menneskers forhold til seg selv og andre. Det fremsto klart som

et relasjonelt begrep som ved hjelp av Honneths' teori om anerkjennelse viste en sammenfiltret med sosiale og kulturelle forhold.

### 5.3 Delstudie 3: Forventninger til netttjenestene

Delstudie 3 er en kvalitativ innholdsanalyse av 444 meldinger innsendt til 13 av de totalt 60 netttjenestene som ble identifisert i delstudie 1. Hensikten var å utforske meldingene med sikte på å avdekke iboende bilder av svarerne på nett, og dernest bruke disse bildene for å beskrive folks forventninger til svarere på internett. De empirinære funnene ble videre analysert i lys av Claude Levi-Strauss' (1966) beskrivelser av «bricoleuren» og tenkningen omkring åpne samtaler utviklet av Jaakko Seikkula (1996). Resultatene er publisert i artikkelen «The dialogical Bricoleur? Expectations towards Internet-based services in Norway and Sweden» (P4). Undersøkelsen viste ti ulike bilder av svarerne på nett. Disse ble samlet i fire hovedgrupper som samsvarte med folks forventninger til netttjenestene.

#### *Hovedgruppe 1. Spesialisten*

For det første forventet folk å møte spesialister på internett. Innsenderne ventet å treffe kunnskapsrike personer som ved hjelp av sin kunnskap kunne klargjøre og avhjelpe folks ulike livsutfordringer. Forventningene til spesialisten rommet fire ulike bilder. Det var informasjonsmedarbeideren som villig delte sin kunnskap og oversikt med andre, og ofte ble bedt om å besvare spørsmål som innsenderne også kunne funnet svar på ved å oppsøke oppslagsverk eller ulike informasjonssider. Det andre bildet som kan finnes i meldingene, var ekspertene. Det var bilder av personer med en dybdekunnskap og innsikt nok til å forklare ethvert «hvordan» og «hvorfor» også når det kom til mer personlige og situasjonsbestemte forhold. En annen variant var bildet av svartjenestene som dommere som kunne hjelpe til med å ta beslutninger og avgjøre hva som er rett og galt. Det fjerde bildet av spesialisten kan sammenlignes med et orakel. Det var en person som folk forventet kunne se inn i glasskulen og også fortelle hvordan fremtiden kom til å bli. Dette var ulike bilder av en spesialist som delte noen grunnleggende relasjonelle forventninger. Innsenderne overlot definisjonsmakten til svarerne, og underkastet seg spesialistens kunnskap. Det vitnet om en tiltro og tillit som ble sammenlignet med forholdet mellom lærer og elev, mellom den vitende og den uvitende.

#### *Hovedgruppe 2. Rådgiveren*

Rådgiveren sammenfattet en annen type forventning til tjenestene. Det var bilder av svareren som en hjelper, veileder og venn. Dette var bilder som bar i seg andre

relasjonelle forutsetninger. Her satt innsenderne mer i førersetet i eget liv, og overløt ikke definisjonsmakten til tjenestene. Deres ansvar for egne valg var mer tydelige, men de søkte råd hos nettjenester som mer fikk en rolle som en personlig coach. Det ble et forhold som lignet mer på forholdet mellom en kunde og en tilbyder, eller en gjest og en vert. Her ble bildet av den gode hjelper særlig tydelig. Det var bilder av personer som gav råd og assistanse når innsenderne trenger hjelp. Svartjenestene ble tilskrevet veivisende posisjoner, personer som kunne veilede innsenderne i situasjoner der de trengte innspill for å kunne ta kloke valg. Av og til kunne innspillene ha slektskap med vennskapelige forhold idet innsenderne oppviste en fortrolighet som i større grad kjennetegnet vennskap mellom to.

### *Hovedgruppe 3. Terapeuten*

Meldingene vitnet også om forventninger om å møte terapeuter. Dette viste seg i mer prosessorienterte og vesentlig lengre meldinger, og gav et bilde av svartjenestene som medtenkere i livet. Svartjenestene ble invitert til å delta i innsendernes overveielser og refleksjoner i ulike situasjoner, og ble innvilget en stemme i innsendernes egen beslutningsprosess. Enkelte meldinger hadde en form som minnet om dagbøker, eller fortellinger uten noen spesielle spørsmål til svartjenestene eller uttalte forventninger om svar. På den måten ble svartjenestene gitt en status som vitner til innsendernes liv. Meldingene til terapeuten var kjennetegnet av en intimitet og fortrolighet, og minnet kanskje mest om en form for selvrefleksjon. Det fremsto som relasjoner mellom et «jeg» og et «meg».

### *Hovedgruppe 4. Seremonimesteren*

Den siste forventningen besto kun av et bilde, og det kan kanskje best beskrives som «seremonimesteren». Meldingene fungerte som en meta-kommunikasjon og tok opp forhold som berørte både måten tjenestene generelt svarte innsenderne på og innholdet i disse svarene. Dette var med andre ord meldinger som i mindre grad reiste spørsmål fra eget liv, men som mer reiste en diskusjon knyttet til hva og hvordan tjenestene svarte. De tok på ulike måter opp til diskusjon om selve grunnlaget for svarene som ble gitt andre innsendere. Meldingene hadde likhetstrekk med forholdet mellom undertrykte og undertrykkere, mellom herre og trelle.

Lévi-Strauss lanserte begrepet bricoleur i boken «The savage mind» i 1966. Det var beskrivelser av en «gjør-det-selv» person som brukte det som var tilgjengelig i jakten på å skreddersy løsninger på konkrete og situasjonsbestemte utfordringer. Han tegnet dette bildet som en motsats til ingeniøren og vitenskapsmannen som i hans fremstilling baserte sine løsninger på universelle og ferdiglagede modeller.

Hans beskrivelse av bricoleuren lanseres i denne sammenhengen som et bilde på de samlede forventningene til svarere på nett. Det etterspørres folk med kompetanse til å møte varierte forventninger og derigjennom skreddersy tilbakemeldingene utfra innsenderens forventninger. Samtidig pekes det på mulighetene av at svar fra nettsjenester kan inngå i innsenderens bricolage (Hester, 2005), og at tilbakemeldingene derfor bør utformes på en måte som muliggjør dette. Studien trekker her inn arbeidene til Jaakko Seikkula (1996), og bruker denne overbygningen for å understøtte betydningen av å formidle svarene dialogisk. Ut fra disse teoretiske refleksjonene lanseres begrepet «den dialogiske bricoleur» som en omforent løsning der svarerne både forstår seg selv som bricoleurer, men som samtidig formidler sine svar såpass uferdige at innsenderne også gis mulighetene for å bruke svarene for å komponere sin egen bricolage.

### 5.3.1 Oppsummering av delstudie 3.

Resultatene fra delstudie 3 viser at meldingene bærer i seg ulike forventninger til tjenestene, men antyder samtidig at en majoritet av innsenderne anerkjenner svartjenestene som rådgivende kilder til kunnskap og innsikt i forhold til spørsmål om psykisk helse. Det innebærer at svarene vil kunne virke formende for folks forståelser av de utfordringene de står oppe i, og også medvirke til å skape løsninger for hvordan dette kan håndteres. Dette er på en måte selvfølgelig gitt de inkluderte tjenestene. Delstudie 3 understreker derfor betydningen av å formidle dialogiske svar slik at innsenderne innrømmes mulighetene for å forbli personer som har og tar kontroll på eget liv. Det er svar som er passe porøse; de gir både retning og åpning for at innsenderen selv kan velge hva som passer og hvordan det best kan brukes for å være til hjelp. Studien peker på faren ved standardisering av svarene nettopp for å imøtekomme de skiftende forventningene til tjenestene.

## 5.4 Delstudie 4: Svar fra nettsjenester i Norge og Sverige

Delstudie 4 er en diskursanalyse av 101 tilsvare på 98 spørsmål innsendt til 14 av de totalt 60 nettsjensene som ble kartlagt i delstudie 1. Studien tok utgangspunkt i funn fra delstudie 2, og utforsket nærmere spørsmål og svar knyttet til gruppen omtalt der som «Livsvansker». Hensikten var å beskrive svartjenestenes dominerende forståelser av slike livsvansker, og deres anbefalinger til innsenderne om hvordan slike problemer best kunne håndteres. Resultatene er publisert i artikkelen «Reaching out to people struggling with their lives. A discourse analysis of answers from Internet-based services in Norway and Sweden» (P5).

### *Forståelser av innsendernes livsvansker*

Undersøkelsen viste at tjenestene totalt sett hvilte på tre ulike forståelser av innsendernes livsvansker, og samtidig at en viktig funksjon i svarene var å utfordre de perspektiver som direkte eller indirekte ble fremmet gjennom meldingene. For det første understøttet svarene en forståelse av livsproblemer som uønskede og unormale tilstander som best kunne forklares som uttrykk for irregulariteter i hvert enkelt menneskers kropp og/eller sinn. Innsendernes beskrivelser kunne her bli oversatt til diagnostiske begreper selv om innsenderne selv ikke ba om dette eller selv brukte slike termer. Det var en forståelse av livsvansker som forholdt seg aktivt til skillet mellom syk og frisk, og fremmet en forståelse om at det syke kunne behandles gjennom målrettede og systematiske tiltak. I en annen forståelse ble livsvanskene beskrevet som deler av livets rytmer. Disse svarene avviste at livet kunne forstås som enten sort eller hvitt. I stedet ble betydningen av ulike nyanser i livet fremhevet der det handlet om å finne en slags balanse. Livsvansker inngikk da som en naturlig del av livsrytmene, og disse svarene understreket dermed at livet ville bli bedre. Det svinger litt frem og tilbake, og vi må alle, hver og en, finne måter å håndtere disse bølgene av gleder og sorger. Den siste forklaringsmodellen rettet oppmerksomheten mot innsendernes måter å tenke på, og argumenterte for at livet bød på ulike grader av utfordringer og det handlet da mest om hvordan vi valgte å forstå disse utfordringene. Det har en mulig parallell i spørsmålene: «Er glasset halvfullt eller halvtomt?» og «Har en sebra sorte eller hvite striper?» Svartjenestenes poeng var at innsendernes måter å tenke om og oppfatte verden, også kunne fungere selvforsterkende og selvoppfyllende. Innsendernes livsvansker måtte med andre ord forstås i lys av innsendernes tenkning og fortolkningsmønstre.

### *Anbefalinger for håndtering av livsvansker*

Svartjenestene var unisone i sine anbefalinger til innsenderne om hvordan slike livsproblemer best skulle håndteres. Innsenderne ble oppfordret til å søke hjelp hos profesjonelle helsearbeidere og fortelle dem åpent og ærlig om deres livsvansker. Det ble samlet sett fremhevet som den beste måten å møte livsproblemene på, og selv om innsenderne nettopp henvendte seg til helsepersonell på flere av nettjenestene så var det implisitt i svarene at det optimale var samtaler ansikt-til-ansikt, en-til-en. Mulighetene for å jobbe med psykisk helseproblemer anonymt via tekst ble i liten grad synliggjort som en mulig samarbeidsform. Innsenderne ble imidlertid anbefalt å ta med tekster til de profesjonelle som et grunnlag for samtalen. Videre ble innsenderne anbefalt å ta vare på seg selv, og det innebar å spise sunt, være i fysisk aktivitet, få nok søvn, dyrke interesser og være sammen

med andre enten på kafe, kino eller gjennom frivillige organisasjoner. Denne selvomsorgen innbar også en oppmerksomhet mot egen selvforståelse, og derigjennom en oppfordring til å kartlegge egne fortolkningsmønstre.

Resultatene viste at nettjenestene i sine gjensvar til innsenderne i hovedsak fremmet individuelle forklaringsmodeller og forsterket innsendernes eget ansvar for situasjonen gjennom de ulike anbefalingene. Studien antyder derfor at det kan være viktig både å forsterke sosiale og relasjonelle forklaringsmodeller i svarene fra nettjenestene, og styrke tjenestenes forpliktelser til å løfte frem og diskutere innsendernes budskap i det offentlige rom. Dette for å redusere mulighetene for at nettjenestene gjennom sin fortrolige og ansiktsløse kommunikasjon bidrar til å skjule den samfunnsskapte uhelsen.

#### 5.4.1 Oppsummering av delstudie 4.

Delstudie 4 viste at innsendernes livsvansker ble fortolket i lys av tre dominerende forståelser: 1) Livsvansker er en unormal tilstand i livet som kan skyldes kroppslige forhold, 2) Livsvansker tilhører rytmene i livet, og 3) Livsvansker er situasjonsbestemte hindringer i livet som i stor grad påvirkes av din egen måte å tenke om dem på. Innsenderne ble i hovedsak anbefalt å søke hjelp hos profesjonelle helsearbeidere, og fortelle dem åpent og ærlig om sine livsvansker ansikt til ansikt. De ble oppfordret til å ta bedre vare på seg selv, og oppsøke sosiale sammenhenger. Studien pekte avslutningsvis på misforholdet mellom en relasjonell forståelse av problemene slik den ble utviklet i delstudie 2 og tjenestenes individualiserende gjensvar, og utfordret tjenestene til å styrke deres ansvar for å bringe inn innsendernes erfaringer i det offentlige ordskiftet og for å tydeligere inkludere relasjonelle forklaringsmodeller i sine gjensvar.

## 5.5 Sammenstilling av resultatene

Denne studien retter oppmerksomheten mot forbindelsen mellom psykisk helse og nyere teknologiske kommunikasjonsmidler, og har undersøkt ulike aspekter ved kommunikasjon om psykisk helse på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige. Ikke oppsiktsvekkende viser resultatene at internett er en arena der det blir forhandlet om psykiske helse både hva gjelder forståelser, beskrivelser og tilnærminger til befolkningens psykiske helse. En sammenstilling av resultatene gjør det mulig å peke på tre diskurser som samlet sett peker i retninger av noen svar på hvordan psykisk helse blir fremstilt på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige, og som

derigjennom åpner for diskusjoner om utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv.

*Variasjon* fremstår som en samlende betegnelse på den første diskursen. Studien peker både på at psykisk helse viser seg på svært ulike områder i menneskers liv (P2 & P3) og at innsenderne stiller ulike forventninger til nettsjenerne (P4). Det løfter frem noen utfordringer knyttet til entydiggjøring av innsendernes erfaringer og standardisering av gjensvarene, og åpner for diskusjoner knyttet til kunnskapsforståelse innen dette feltet.

*Relasjon* kan tjene som en innfallsport til den andre diskursen. Det synes å være et spenningsforhold mellom relasjonelle og individuelle forståelsesmodeller i delstudiene (P3 & P5). Meldingene fra innsenderne peker mot relasjonelle problemer (P3), mens svartjenestene synes både i sine forståelser og anbefalinger å forsterke en individualisering av forhold knyttet til psykisk helse (P5). Samtidig antyder studien at innsenderne har forventninger om at nettsjenerne skal kunne gi spesialiserte råd som inngår i innsendernes forhandlinger om hvordan deres bekymringer skal forstås og håndteres (P4). Nettsjener blir med andre ord et maktfyllt kommunikasjonsrom som kan bidra til å forme menneskers forståelser av egen psykiske helse i en retning som reduserer oppmerksomheten mot innflytelsen av sosiale og kulturelle forhold. Dette har berøringspunkter med forhold som ble diskutert i første publikasjon (P1), og gjør det nødvendig å se nærmere på forholdet mellom individ og fellesskap.

*Fortrolighet* fungerer som samlende overskrift for den siste diskursen fra studien, og brukes også som en innfallsport til hele avhandlingsarbeidet. Det handler om spørsmål knyttet til anonymitet (P2, P3 & P5), om muligheter og begrensninger ved «ansiktsløse» relasjoner (P4 & P5) og om forholdet mellom tekst og tale (P5). Dette er en diskurs som knytter seg an til internett som kommunikasjonskanal og skarpstiller diskusjoner omkring forholdet mellom offentlig og privatsfære. Det åpner diskusjoner omkring hvordan ulike stemmer slippes til og blir møtt i demokratiske samfunn, og om forståelser av psykisk helsearbeid i et slikt perspektiv.



## Kapittel 6. Diskusjon

Sammenstillingen av resultatene fra de ulike delstudiene førte frem til tre diskurser som har betydning for forståelsen av psykisk helse, og vil i dette kapitlet utgjøre grunnlaget for drøftelser av mulige utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Først vil de tre diskursene som knyttes til *variasjon, relasjon og fortrolighet* utforskes og diskuteres nærmere hver for seg, for deretter å samles for å tydeliggjøre noen mulige spor for et psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Helt til sist i dette kapitlet diskuteres styrker og svakheter ved avhandlingsarbeidet med utgangspunkt i kvalitetskriteriene som ble presentert i kapittel 4.4.

### 6.1 Det prinsipielt uferdige. Et kunnskapsgrunnlag for psykisk helsearbeid?

I denne avhandlingen fremstår variasjon som et nøkkelbegrep når det gjelder innsendernes forventninger til tjenestene (P4), profilen til tjenestene (P2) og når det gjelder beskrivelsen av de fenomenene som rammes inn av begrepet psykisk helse (P3). Slik sett understøtter denne undersøkelsen forståelsen av psykisk helse som et begrep som er sammenfiltret med sosiale og kulturelle forhold. Avhandlingen antyder at det er en grense for hvor langt entydiggjørende beskrivelser er treffende (Østerberg, 1961). Det er en fare for at fenomenene mister sin konkrete betydning og tidsbestemthet hvis ambisjonene om språklig presisjon og eksakthet strammes til for mye. Utfordringen for psykisk helsearbeid blir ikke mer entydiggjøring, standardisering og manualisering verken i kunnskapsgrunnlag eller praktisk arbeid. Det blir snarere viktig å åpne for et språk som er tilstrekkelig uskarpt for å romme mangetydigheten som omkranser spørsmål knyttet til psykisk helse. Dette styrker relevansen for mangfoldets epistemologi som et kunnskapsgrunnlag for psykisk helsearbeid. Det synes også å kunne understøtte Toulmins (1990) argumentasjon om å humanisere moderniteten. En av utfordringene i dette humaniseringsarbeidet blir nettopp knyttet til hvordan denne variasjonen utfordrer samtidsvitenskapens nærmest iboende forventning til klarhet, presisjon og entydiggjøring.

Vestlig tenkning har imidlertid helt siden Platon vært preget av en tendens som Derrida omtaler som grunnleggende antidemokratisk: en søken etter å lukke ethvert begrep, enhver ytring og ethvert objekt rundt en entydig

mening. Denne entydige meningen søkes gjerne under overflaten, bakenfor tvetydighetens overflatekrusninger, i kjernen av fenomenet eller i fenomenets opprinnelse (Engebretsen & Haldar, 2010, s. 199).

Avhandlingen kan slik sett gi styrke til utviklingen av det konkrete vitenskap (Flyvbjerg, 1991; Josefson, 1998; Lundstøl, 1999), og forankre psykisk helsearbeid i filosofien om det uferdige (Mathiesen, 1992). Den norske sosiologen Thomas Mathiesen utviklet denne filosofien for å skape et alternativ til det bestående, et alternativ til en tenkning som sikter mot å ramme inn, avklare og fryse fast både forståelser og tjenester. «Grunnideen med 'det uferdige' er at alternativet ligger i selve tilblivelsen, i overskridelsen til det nye før det nye er ferdig utformet eller har fått sin frosne form, i en roterende overgang til stadig ny uferdighet» (Mathiesen, 1992, s. 13). Mathiesen argumenterer for et alternativ forankret i den konkurrerende motsigelsen; i den vedvarende uroen som sikter mot å unngå at mangetydigheten blir entydiggjort; i den kraften som finnes i kontrasten til det bestående. Hans ambisjon er å holde tenkningen åpen og ikke skape nye tilstivnede systemer. Mathiesen (1992) er en talsperson for det uferdige som kontrast til fasitens grunnleggende vesen. Det er mulig å argumentere for at en slik filosofi vil styrke vilkårene for kritisk og etisk refleksjon innen psykisk helsearbeid og styrke mulighetene for å romme den variasjonen som fremkom som en av de dominerende diskursene i denne avhandlingen. Det betyr at det prinsipielt uferdige kan være en styrke i dette arbeidet. Dette kan i neste omgang motvirke tendenser til at psykiske problemer klistrer seg fast til personens selvforståelse.

Ut fra slike resonneringer er det mulig å argumentere for at de ulike delstudiene utfordrer psykisk helsearbeid til et vedvarende opprør mot forsøk på å lukke og fryse fast både praksiser og fenomener, og antyder dermed også betydningen av å forstå dette som et flervitenskapelig og tverrfaglig kunnskaps- og arbeidsfelt. Det innebærer en anerkjennelse av andre fagfelts betydning både i forståelsen av og utøvelsen av psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Samtidig vil både ordvalg og begrepsbruk øke faren for det som kan beskrives som helseimperialisme (P1). Det er en fare for at tradisjonelle helseprofesjoner får definisjonsmakten for hva som er gode liv i den forstand at nærmest alle områder i livet gjøres om til et spørsmål om helse. Dette kan marginalisere andre fag og profesjonsgrupper. Resultatene fra delstudie 4 (P5) kan gi støtte til slike antagelser idet innsenderne nærmest konsekvent blir anbefalt å søke hjelp hos helsepersonell.

Haave (2008) skiller mellom sosial og kulturell autoritet innen psykisk helsefeltet. Han argumenterer for at legene i stor grad har fått redusert sin sosiale autoritet (eks. sosial status og prestisje) i samfunnet, mens legevitenenskapens kulturelle

autoritet har forsterket seg. Med det mener han at det biomedisinske kunnskapsuniverset fremdeles er den dominerende fortolkningskilden innen psykisk helsefeltet: «Ett uttrykk for dette er den voksende bruken av standardiserte prosedyrer for utredning, behandling og evaluering, prosedyrer som hviler på en forutsetning om at psykiske lidelser i siste instans er sykdom på linje med somatisk sykdom» (Haave, 2008, s. 498). Poenget i denne sammenhengen er at bruken av helsebegrepet i relasjon til de fenomener som fanges inn i begrepet psykisk helse, kan gi næring til de tradisjoner som har blitt værende i en arv etter asylperioden (Herrman et al., 2004). Det utfordrer til en særskilt årvåkenhet overfor og problematisering av denne vitenskapelige diskurs og kulturelle dominans i utformingen av psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv, og gjør det særskilt viktig å styrke og anerkjenne andre fagfelts betydning for forståelser av psykisk helse og psykisk helsearbeid.

En understrekning av variasjon som hovedtrekk fra denne undersøkelse og en påfølgende skjønnmaling av mangfoldets epistemologi, er imidlertid ikke uproblematisk. Det kan i sin konsekvens bidra til å forsterke individualiseringen i folkehelsearbeidet, og derigjennom både forklare og legitimere sosiale forskjeller i samfunnet (P1). Sosiale forskjeller skaper ulikhet i helse og med det også psykisk uhelse (Wilkinson & Pickett, 2009). Mathiesen (1992) viser hvordan en vektlegging av variasjon kan underminere en politiserende motmakt og brukes som en måte å regjere befolkningen. Gjennom å forsterke ulikhet og individuell variasjon kan kraften i fellesskapet og folkelige bevegelser bli redusert. Vektleggingen av variasjon kan da også forstås som et uttrykk for maktutøvelse. Vi er da tilbake til en kritikk som ble reist mot folkehelsearbeidet i nyere forskning (P1). Variasjon synes avgjørende og nødvendig for forståelser av psykisk helse, og utfordrer kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid til å forbli uferdig og underveis. Det kan samtidig forsterke bilder av mennesket som apriorisk uavhengige og selvstendige individer. Dette synes ikke å være i overensstemmelse med funnene fra delstudie 2 (P3), og gjør det nødvendig å diskutere hvordan en relasjonell grunnforståelse kan utfordre psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv.

## 6.2 Avhengige og uavhengige – på samme tid?

Delstudie 2 (P3) viste hvordan psykisk helse steg frem som et relasjonelt begrep i innsendernes meldinger på nettet, og var tett forbundet med tilgangen på sosial anerkjennelse. Dette understøttes ytterligere gjennom at flere nettsider nettopp ble

etablert for å tydeliggjøre marginaliserte grupper og søke anerkjennelse fra et ikke-identifiserbart storsamfunn (P2). Forventningene til svarerne (P4) antyd det dessuten at innsenderne tilskrev svarerne en form for kunnskapsherredømme innen området. Når gjensvarene ble dominert av individuelle anbefalinger (P5), så kan dette bety at tjenestene i sine svar bidro til å individualisere samfunnskapet uheldig og kamuflere sosiale forklaringsmodeller (P1). Det bekrefter en tendens som er godt beskrevet i forskning (se eks. Kolstad & Kogstad, 2010), og er slik sett ikke overraskende. Det er også fullt mulig å forstå gitt politiske målsettinger innen feltet. Ifølge opptrappingsplanen for psykisk helse i Norge er målet med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv (St.prp.nr. 63, 1997-98, s. 6). Folk skal settes i stand til å mestre utfordringer i eget liv som selvstendige og uavhengige individer. Det er med andre ord mulig å argumentere for at gjensvarene fra nettjenestene på sett og vis understøtter denne tenkningen når de i første rekke forsterker individuelle forklaringsmodeller og måter å håndtere livet på (P5).

Samtidig antyder denne undersøkelsen at spørsmål om psykisk helse er sammenfiltret med innsendernes forhold til andre mennesker på ulike måter og ulike nivåer (P3). Vilkårene for innsendernes psykiske helse og mulighetene for trivsel og livsmestring synes på ulike måter å være avhengig av en anerkjennelse fra andre mennesker (Honneth, 2007). Meldingene om psykisk helse utfordrer på mange måter en utsluttende dikotomi mellom det avhengige og det uavhengige, og etablerer et verdensbilde der slike motsetninger betinger hverandre gjensidig. Det er ikke bare slik at den ene konstituerer den andre som en motpol, men også slik at det foreligger en form for samtidighet. Litt forenklet kan man hevde at innsenderne er avhengige av andre for å bli og forbli uavhengige individer (Andersen & Svensson, 2010). Honneth (2001) uttrykker et beslektet poeng:

In this way, the scope of self-realization is dependent upon preconditions not available to subjects themselves, since they can be acquired only with the cooperation of their fellows. These different patterns of recognition represent intersubjective prerequisites, which we have to add in our minds when we try to describe the general structures of a successful life (s. 51).

Det er mulig å argumentere for at troen på hvert menneskets uavhengighet og selvstendighet har antatt for store dimensjoner i vestlige samfunn, og i for sterk grad marginalisert menneskets sårbarhet og relasjonelle avhengighet. Det er en fare for at det sårbare mennesket klientifiseres i de vestlige samfunn, og derigjennom styrker forståelser av mennesket som opprinnelig uavhengig og

usårbar (Kristeva & Engebretsen, 2010). Det uavhengige og selvstendige mennesket blir også det frie mennesket, og setter standarden vi alle streber mot. «Det som er annerledes, uroer og gjør menneskene usikre i deres streben etter det fullkomne.» Dette skriver den sveitsiske filosofen Alexandre Jollien (2010, s. 53). Han ble alvorlig funksjonshemmet etter en skade under fødselen og tilbrakte mesteparten av sin barndom og ungdomstid på institusjon. I sitt forfatterskap benytter han sin erfaring til å diskutere normalitetsforståelser i samfunnet. Gjennom samtaler med Sokrates utvikler han sine perspektiver på den menneskelige tilstand (Jollien, 2010). Hans perspektiver er beslektet med Julia Kristeva (2008) som nettopp argumenterer for at anerkjennelsen av den andres sårbarhet utgjør det demokratiske båndet. I hennes forståelse kommer vi ikke til oss selv «før vi har konfrontert det uhelelige i oss selv» (Engebretsen & Solvang, 2010, s. 27). Det betyr ikke nødvendigvis at vår uavhengighet og selvstendighet er underordnet avhengigheten og sårbarheten, men mer at de er samtidige og gjensidige størrelser i ethvert menneskes liv. Friheten og uavhengigheten oppnår vi først når vi erkjenner vår avhengighet til andre mennesker, og vi kan først erkjenne vår avhengighet av andre når vi er adskilt og uavhengig av hverandre. Vi er med andre ord gjensidig utlevert til hverandre, og i denne utlevertheten ligger det en etisk fordring om å ta vare på det som er oss betrodd (Martinsen, 2012). Dette utfordrer oss alle i forhold til spørsmål om solidaritet og styrkende fellesskap (P3), og utfordrer folkehelsearbeidet til å unngå visjoner om en form for menneskelig perfeksjonisme. Vi må være forsiktig med å skape og forsterke forventninger til hverandre om å passe inn i forhåndsdefinerte standarder om hva som er gode liv. Det kan bli for trangt (P1). Denne erkjennelsen av en samtidig tilstedeværelse av tilsynelatende utsluttende motsetninger hviler over datamaterialet.

Den norske sosialpsykologen Arnulf Kolstad (2011b) peker i så måte på at de vestlige samfunn kan hente inspirasjon fra tradisjonell kinesisk psykologi. I motsetning til dominerende tradisjoner i vestlig psykologi er gjensidige og harmoniske relasjoner ansett som en forutsetning for å bevare god psykisk helse i Kina (Kolstad & Gjesvik, 2012a). Et slikt perspektiv gir oss alle at ansvar for hverandre, og kan dermed også skape en viss uro i forhold til nettbaserte tjenester. «Meaning in our lives requires genuine commitment and real commitment requires real risks. The anonymity and safety of virtual commitments on-line would lead to life without meaning» (Dreyfus, 2001, s. 7). Dreyfus (2001) er spørrende til om ikke anonymiteten på internett fremmer en form for uforpliktende anerkjennelse som i seg selv kan føre til ensomhet og tap av tilhørighet.

## 6.3 Psykisk helsearbeid på internett – Lyttepost og prøverom?

Anonymitet ble et viktig utvalgs-kriterium i denne undersøkelsen, og følgelig også for de tjenestene som ble utforsket. Forskning viser imidlertid at anonymitet er en verdsatt kvalitet ved slike tjenester også mer generelt (P2). I en nyere studie uttrykkes betydningen av anonymitet på følgende måte: «You know that a computer isn't gonna judge you and a computer isn't gonna go and talk about your problems with somebody else» (Sánchez-Ortiz et al., 2012, s. 96). Utdraget er gjenkjennelig også i datamaterialet fra denne undersøkelsen, og berører med andre ord spørsmål om stigma og sosial fordømmelse, og muligheten for fortrolige og helt konfidensielle samtaler. Mulighetene for en slik anonymitet, for en ansiktsløs kommunikasjon forholder seg på flere måter direkte til internett som kommunikasjonskanal og muliggjør diskusjoner om hvordan dette utfordrer psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv.

Uttrykket ”Alle skal med” brukes som slagord av de sosialdemokratiske partiene i både Norge og Sverige, og kan tjene som en grunnmetafor for de Skandinaviske velferdsstatene. Den skandinaviske velferdsmodellen er forankret i visjoner om inkludering, og resultatene fra denne undersøkelsen kan være utfordrende for slike visjoner (P3). Det er mulig å argumentere for at nettbaserte tjenester blir en kanal som kan fange opp mennesker som ikke blir invitert med eller aktivt ekskludert i de skandinaviske velferdssamfunn (P2 & P3). Tjenestene får tilgang til informasjon og erfaringer fra mennesker i utsatte posisjoner og kan bringe disse erfaringene ut i offentligheten i en systematisert form. Det kan bidra til å forstå både samfunnet og (marginaliserte) enkeltindivider bedre. Tjenestene kan på den måten fungere som «lytteposter» for offentligheten, og styrke stemmene til de menneskene som ikke blir invitert med eller blir utstøtt i det offentlige rom. Slike netjtjenester kan slik sett få en viktig demokratisk funksjon i velferdssamfunnet. Denne avhandlingen viser at dette i første rekke fremstår som et noe uforløst potensiale for de fleste av tjenestene og mer som en utfordring for slike tjenester fremover. Det betinger imidlertid at tjenestene aktivt arbeider for å motvirke tendensene til individualisering og psykologisering av innsenderne slik det ble antydnet i delstudie 4 (P5).

Det er videre mulig å argumentere for at anonymiteten på internett reduserer «forpliktelsene» og fremmer en annerledes, mer overfladisk mellommenneskelig kontakt (Dreyfus, 2001). Det er liten risiko forbundet med online-kommunikasjon, og vi kan fort bli tilskuere til hverandres liv uten etiske fordringer som følger

erkjennelser om det sårbare og avhengige mennesket. Et slikt resonnement kan tjene som et forsvar for tjenestenes anbefalinger om å ta kontakt og snakke med folk ansikt-til-ansikt (P5). Det handler om å lede innsenderne inn i en etisk sfære som tydeliggjør det fellesmenneskelige ansvaret vi alle har for hverandre:

My answer is that, if we managed to live our lives in cyberspace, we would lose a lot more than the face-to-face conversations, verbal promises, and memory power Plato saw were endangered by writing. We would lose our only reliable way of finding relevant information, the capacity for skill acquisition, a sense of reality, and the possibility of leading meaningful lives – the last three of which are constitutive of us as human beings. Indeed, they are so definitive of who we are that nothing new and unexpected could possibly make up for our losing them. (Dreyfus, 2001, s. 93).

Dreyfus (2001) argumenterer her for at internett kan forverre mulighetene for en etisk og meningsfull samhandling og at ansiktsløsheten reduserer det fellesmenneskelige ansvaret. Slik sett kan det argumenteres for at samtalene om psykisk helse med fordel kan flyttes fra en offentlig, ansiktsløs sfære og over til en privat sfære. Ifølge nærhetsetikken vil en slik forskyvning kunne sette i spill humaniteten som kan vekkes gjennom den andres ansikt (Vetlesen & Nortvedt, 1996). En slik forskyvning trenger heller ikke svekke tjenestenes funksjon som «lytteposter» for offentligheten. Tvert imot kan det i et etisk perspektiv være gode grunner til å forskyve samtalene fra offentlig tilgjengelige kommunikasjonskanaler, og over til samtaler ansikt til ansikt.

Samtidig ivaretar en slik argumentasjon ikke fullt ut de meldingene som viser motstand mot dette. De meldingene som verdsetter anonymiteten, som viser til dårlige erfaringer med samtaletilbud ansikt-til-ansikt og som trives bedre med tekst enn tale (P5). Hvordan kan vi forstå dette? Det er mulig vi nok en gang kan hente inspirasjon fra Jollien (2010): «Etter min mening former og strukturerer den annens blick vår personlighet. Likevel kan det også gjøre fortredd, fordømme og såre» (s. 47). Anonyme, tekstbaserte tjenester kan være en måte å redusere omkostningene ved den andres blick i møter ansikt-til-ansikt, og slik sett være et forsøk på å gjøre kommunikasjonen noe mer fri. Jollien (2010) fant inspirasjon til sitt liv gjennom studier av filosofiske tekster og gjennom å skrive ned sine erfaringer fra livet i en samtale med Sokrates. Han fant det umulig i samtaler med hjelperne på institusjonen fordi deres blick slik han beskriver det, kun anerkjente det fullkomne. Det var et krav han aldri kunne innfri. «I mine øyne var disse menneskene teknikere og spesialister, mens jeg derimot hadde behov for et

vennlig øre, en velgjørende nærhet, som ansporet til felles søken etter løsninger» (Jollien, 2010, s. 62). Det er mulig å gjenfinne hans søken etter hjelpere også i forventningene til svarerne i denne avhandlingen (P4). Dette åpner for en forståelse for betydningen både av anonymiteten og den tekstlige kommunikasjonsformen, og utfordrer tjenestene til å betrakte tjenestene på nett også som selvstendige, «virtuelle prøverom» der innsenderne gjennom tekst kan få drøftet sine bekymringer andre.

Disse refleksjonene leder mot utfordringer til folkehelsearbeidet som både knytter an til det «blikket» som skal prege arbeidet med mennesker ansikt-til-ansikt, og til å anerkjenne nettbasert tjenester ikke bare som fangarmer for eksisterende tjenester, men også som selvstendige kommunikasjonskanaler for spørsmål angående psykisk helse. Utfordringen for psykisk helsearbeid på internett blir dermed tosidig. Det blir både en lyttepost for offentligheten og et virtuelt prøverom for den enkelte.

## 6.4 Utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv

Resultatene fra denne undersøkelsen antyder at spørsmål omkring variasjon, relasjon og fortrolighet var betydningsfullt for å forstå hvordan psykisk helse ble fremstilt på netjtjenester i Norge og Sverige. Vi har til nå diskutert disse diskursene hver for seg. I dette avsnittet skal vi trekke diskusjonene sammen og antyde hvilke utfordringer denne undersøkelsen kan gi for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Det innebærer en villighet til å spekulere på undersøkelsens rekkevidde mer generelt og overføringsverdi for forståelser av psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv i de skandinaviske velferdssamfunn.

Undersøkelsen peker på betydningen av sosiokulturelle perspektiver for å forstå psykisk helse og psykisk helsearbeid, og utfordrer både historiske og nåtidige tradisjoner som er forankret i en sykdomsmodell og medisinske forklaringsmodeller. Avhandlingen antyder at psykisk helsearbeid kan politiseres ennå mer, og da ikke i første rekke forstått som en invitasjon til diskusjoner om bevilgninger og budsjetter – men mer som en vilje til å rette oppmerksomheten mot forholdet mellom psykisk helse som et økende folkehelseproblem og en samfunnsutvikling som støter ut og marginaliserer visse deler av befolkningen. Det er med andre ord mulig å argumentere for at funnene samsvarer med retningen som ble tegnet opp i Ottawa-charteret fra 1986, og fulgt opp i senere

policydokumenter fra verdens helseorganisasjon (WHO, 2004; 2008) og EU (2005). Den støtter en fokusforskyvning fra individ til samfunn; fra patogenese til salutogenese (P3 & P5). Det er også mulig at bruken av ordet «psykisk» kan svekke denne endringen, og opprettholde definisjonsmakten i arven etter asyelperioden (Herrmann et al, 2004). Dette har i tilfelle slektskap med et poeng som løftes frem i en artikkel om oppfattelser av psykiske helseproblemer i Kina. Her argumenterer forfatterne for at bruken av ordet psykisk (mental) viser til bakenforliggende oppfattelser om psykisk sykdom i et psykiatrisk perspektiv (Kolstad & Gjesvik, 2012b).

Samtidig retter avhandlingen også et kritisk blikk nettopp mot tradisjoner innen helsefremmende arbeid, og det som omtales som «New Public Health» (Petersen & Lupton, 1996). Nyere diskursanalyser antyder at et slikt folkehelsearbeid kan øke presset på standardisering og heve normalitetstrykket i samfunnet, og derigjennom redusere tilgangen til sosiale fellesskap som gir muligheter for anerkjennelse og verdighet (P1). Dette skaper en tosidig utfordring for folkehelsearbeidet. På den ene siden utfordres både fagfeltet til å styrke forankringen i helsefremmende perspektiver og styrke samfunnsvitenskapelige perspektivet i forståelser av psykisk helse. På den andre siden kan en sterkere forankring i «helsefremmingsbevegelsen» og overordnet befolkningsperspektiv bidra til å øke standardiseringspresset og normalitetstrykket for enkeltindividet - noe som i seg selv skaper psykisk uhelse. Innenfor denne urolige og tvetydige mulighetshorisonen kan det bli mulig å utforme et psykisk helsearbeid i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Dette fordrer en vedvarende oppmerksomhet mot og tydeliggjøring av dette arbeidets grunnantagelser, og i tabell 3 blir resultatene fra undersøkelsen brukt for å utarbeide et forslag til et slikt sett med grunnantagelser.

Tabell 3. En sammenfatning av utfordringer for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv

| PSYKISK HELSEARBEID I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV |   |
|---|---|
| EPISTEMOLOGI                                  | Undersøkelsen argumenterer for at erkjennelsen av variasjon forankres i mangfoldets epistemologi, og gjør filosofien om det uferdige relevant for psykisk helsearbeid. Det er en vitensposisjon som utfordrer til utvikling av en toleranse for uvisshet og en verdsettelse av motsigelsen som kunnskapsmessige ankerfester.  |
| ONTOLOGI                                      | Undersøkelsen argumenterer for en relasjonell grunnforståelse av mennesket, og utfordrer folkehelsearbeidet til å utvikle et dialogisk forhold når det gjelder menneskets avhengighet / uavhengighet av andre mennesker. Derigjennom verdsettes oppøvelse i kultursensitivitet og en beredskap til å forstå menneskers konkrete livsutfordringer også i et politisk perspektiv.   |
| METODOLOGI                                    | Undersøkelsen gir psykisk helsearbeid et tosidig perspektiv. På den ene siden utfordres tjenestene konkret til å systematisere de livserfaringene de får tilgang til gjennom arbeidet, bringe dem tilbake til offentligheten og derigjennom bidra til å politisere psykisk helse og redusere normaliserings- og standardiseringspresset mot enkeltindividet. På den andre siden utfordres tjenestene til å skape arenaer der mennesker kan få tilgang til sosiale fellesskap som gir muligheter for anerkjennelse og verdighet. |

## 6.5 Metodologiske overveielser

Vi er nå kommet frem til vurderinger av undersøkelsens sterke og svake sider, og vil her hente frem kriteriene for kvalitet i kvalitative studier som ble introdusert i kapittel 4. Dette er ikke rettlinjede kriterier, men fordrer overveielser og refleksjon.

### *Originalitet*

Kriteriet fordrer en vurdering av om avhandlingen tilbyr ny innsikt på nye områder eller uvante perspektiver på kjente fenomener, og her fremstår bildet tvetydig. På den ene siden inngår studien i en rekke av studier som peker på utfordringene ved en for sterk individualisering av samfunnsskapt uhelse (P1), og peker på nødvendigheten av nytenkning innen psykisk helsefeltet (Herrman et al., 2004; Rogan, 2011; Ware et al., 2007). Samtidig hentes det empirisk grunnlaget for slike studier i mindre grad fra tekster forfattet av mennesker som skriver om eget liv og psykiske helse (Jönsson, 2010). Slike tekster har i mindre grad vært anerkjent som empiriske kilder på egne vegne, og mer fungert som kilder for å forstå menneskelig symptomatologi (Larsen & Andersen, 2011; Andersen & Larsen, 2012). Jeg her ikke funnet tidligere forskning som har brukt tekster fra nettbaserte tjenester som kilde for å utforske og analysere fremstillinger av psykisk helse, og i den forstand kan undersøkelsen sies å være nyskapende. Det har heller ikke vært studier som har utforsket bredden av netjtjenester i Norge og Sverige, og også internasjonal forskning antyder at det er mest vanlig å forholde seg til et mindre utvalg av tjenester.

### *Perspektivbevissthet*

Undersøkelsen er forankret i mangfoldets filosofi og diskursteori. Dette er redegjort for i avhandlingen og er mulig å spore i de ulike forskningsarbeidene. Undersøkelsen forankres også i et nedenfra perspektiv, og dette følges gjennom avhandlingen. Det kan innebære at kliniske perspektiver har fått mindre plass i fortolkningen av datamaterialet, og dermed ikke ytt rettferdighet overfor svarerne i undersøkelsen.

### *Konsistens og grundighet*

Undersøkelsen fremstår konsistent i den forstand at det er skapt en sammenheng mellom avhandlingens ulike deler, og det synes å være en rød tråd i arbeidet (Larsson, 2005). Avhandlingsarbeidet viser også en grundighet både med tanke på den kulturelle kompetansen som ble utviklet i tilknytning til delstudie 1, og gjennom de konkrete studiene av de ulike meldingene. Samtidig kan det rettes

kritikk mot en viss ensidighet i metodetilfang. Slik studien nå foreligger, synes dens styrke å være den dybdekunnskapen som er utviklet gjennom ulike innholdsanalyser av foreliggende tekster. Det er videre mulig å kritisere utvalg av tjenester som grunnlag for delstudie 2, 3 og 4. En inkludering av ikke-anonyme tjenester kunne kanskje nyansert materialet ytterligere.

### *Systematikk og åpenhet*

Avhandlingen presenteres på en måte som i seg selv viser systematikk og åpenhet, og blir den fremste argumentasjonen for at disse kvalitetskravene er ivaretatt i forskningsarbeidet. Det må imidlertid understrekes at det kan være komplisert å formidle alle overganger i det analytiske arbeidet uttømmende siden forskning også kjennetegnes av en kreativitet som ikke udelt enkelt lar seg beskrive uttømmende (Kolstad, 2011a).

### *Empirisk forankring og troverdighet i fortolkninger*

Undersøkelsens empiriske forankring er søkt styrket gjennom omfattende sitater fra datamaterialet. Samtidig er det mulig å argumentere for at datamaterialet ble for smalt. Valg av søkeord fremstår slik sett avgjørende for hele studien, og det er mulig å hevde at utgangspunktet for valget av norske søkeord var for smalt. I en studie om media og psykisk helse argumenterte forskerne for at begrepet ”mental hälsa” var mer vanlig på svensk enn ”psykisk hälsa” (Morlandstø, 2010). Dette kan ha begrenset funnene i den svenske delen av utvalget, og samlet sett gitt studien et skjevt utvalg. På den andre siden ble slike skjevheter justert gjennom at refererte sider ble inkludert. Dette styrker troverdigheten til studien. Andre forskere understreker imidlertid at det nærmest er umulig å få et nøyaktig tall for antall nettsted for endringene skjer så hurtig (Heinlen, Welfeel, Richmond & O’Donnell, 2003). Resultatene fra denne studien kan følgelig best forstås som et bilde av situasjonen i 2009.

Det er også viktig å understreke at bruk av internett som primærkilde snevrer inn populasjonsgrunnlaget for avhandlingen. Meldingstjenesten forutsetter skriveferdighet, og en viss teknologisk kompetanse. Det forutsetter også tilgang til internett noe mange av ulike grunner ikke har (Ennis et al., 2012). Disse forholdene begrenser bredden på innsenderne, og kan ekskludere viktige erfaringer nettopp i forhold til sosialt vanskeligstilte. Det er også grunn til å anta at innsenderne vil ha en overrepresentasjon av yngre mennesker, trolig også med gode allmennkunnskaper i landets morsmål. Det kan også gi begrensninger hva gjelder flerkulturell problematikk i materialet.

Når det gjelder fortolkningsprosessen så er den beskrevet i artiklene. Jeg har gjennomgående gjort en førstefortolkning av data, mens veileder har hatt tilgang til hele datamaterialet, fulgt fortolkningsprosessen tett og bragt inn andre fortolkningsmuligheter. Dette styrker troverdigheten av funnene, men undersøkelsen kunne vært styrket gjennom å søke støtte i fortolkningene i et større forskningsfellesskap. Språk kan også være et usikkerhetsmoment i fortolkningsprosessen. Det gjelder både fortolkningen av de svenske meldingene og oversettelsen av både norsk og svensk til engelsk tekst. Her foreligger det muligheter for unøyaktigheter.



## Kapittel 7. Konklusjon

Denne avhandlingen ble stemt til en tekst av den danske forfatteren Peter Høeg. Det korte utdraget fra hans bok «De måske egnede» sammenfatter viktige innsikter som er treffende også når resultatene skal oppsummeres: *Menneskets utforskning av verden, menneskets nett, forandrer også denne verden*. Med det understrekes vitenskapens og teknologiens både informative og formative funksjoner. Internett er en teknologisk nyvinning som åpenbart også forandrer denne verden og menneskenes forhold til hverandre. Utviklingen har åpnet nye dører også for folkehelsevitenskapen og folkehelsearbeidet, og ser ut til å bli enda viktigere både for kunnskapsformidling og tjenesteyting innen psykisk helsearbeid.

I denne avhandlingen har jeg utforsket og analysert hvordan spørsmål om psykisk helse blir fremstilt på nettbaserte tjenester i Norge og Sverige, og hvilke utfordringer dette kan gi for psykisk helsearbeid i et folkehelseperspektiv. Undersøkelsen viste variasjon i tjenesteprofil, forventninger fra innsenderne og i meldingsinnhold. Psykisk helse ble samlet sett fremstilt som et relasjonelt anliggende i meldingene fra innsenderne, mens individuelle forståelser dominerte gjensvarene fra tjenestene. Sammenholdt med at innsendernes meldinger utviste stor tiltro til tjenestenes kompetanse, og at tjenestene rimelig konsekvent anbefalte kontakt med helsepersonell, så skapte det et inntrykk av at nettbaserte tjenester bidro til å individualisere spørsmål om psykisk helse. Variasjonen som fremkom i analysen utfordrer folkehelsevitenskapen til å ivareta mangetydigheten og samtidigheten i spørsmål omkring psykisk helse. Det gir støtte til en bred forståelse av folkehelse, og gjør det særskilt viktig å anerkjenne og likestille ulike fagfelt i arbeidet med å fremme psykisk helse og forebygge sykdom.

Undersøkelsen utfordret folkehelsearbeidet til å unngå visjoner om en form for menneskelig perfektjonisme, og antyder muligheten for å utvikle et psykisk helsearbeid forankret i en erkjennelse av menneskelig sårbarhet og avhengighet. Studien utfordrer folkehelsearbeidet til å anerkjenne nettbaserte tjenester ikke bare som fangarmer for eksisterende tjenester, men også som selvstendige kommunikasjonskanaler for psykisk helse. For å unngå at slike tekstbaserte og anonyme meldinger om psykisk helse forblir utenfor den etiske sfæren, peker avhandlingen mot den forpliktelse som påhviler tjenestene i å bringe folks erfaringer tilbake til samfunnet. På den måten kan tjenestene bidra til å gi styrke til marginaliserte stemmer i de skandinaviske velferdssamfunn.

Nettjenester innen psykisk helse synes ennå utforsket, og flere problemstillinger reiser seg både knyttet til fremveksten av slike tjenester, men også knyttet til hvordan folk bruker slike tjenester i eget liv og på hvilke måter de erstatter, utfyller og supplerer andre tjenester. Slik sett utfordres forskningsfellesskapet til en nærmere utforskning av nettjenester. Undersøkelsen forsterker også en forståelse av psykisk helse som relasjonelt forankret, og utfordrer også til flere studier av psykisk helsearbeid i et bredt folkehelseperspektiv.

# Takk

Prosjektet som for alvor startet den 8. august 2008, har nå kommet til veis ende. Jeg har aldri gjennomført et doktorgradsarbeid tidligere. For meg har det vært som å gå i ulendt terreng og på uopptrukkede stier både hva gjelder den strukturerte forskeropplæringen og den systematiske kunnskapsutviklingen. Avhandlingen er resultatet av de mange valg som er gjort underveis. Det betyr også at denne teksten kunne blitt annerledes. En god kollega sa til meg underveis at et doktorgradsarbeid gir deg stor grad av frihet og stor grad av ensomhet. Det har tidvis kjent ut som begge deler på godt og på vondt. Samtidig er det også unyansert og ikke fullt ut treffende for dette arbeidet. Jeg har hatt tilhørighet til flere forskningsmiljø og hatt jevnlig kontakt med mennesker som både har invitert til nytenkning, inspirert til fordypning, gitt motstand og imponert med kloke tilbakemeldinger. Disse menneskene har vært viktige for meg både for deres engasjement og kompetanse, men ikke minst for deres tålmodige tiltro til min faglige kapasitet og gjennomføringsevne. Det gav meg styrke når problemene sto i kø. Tiden for takksigelser er overmoden.

Først og fremst en stor takk til min arbeidsgiver Universitetet i Agder som på rause vilkår og med beundringsverdig tillit har gitt meg gode arbeidsbetingelser og tid til forskning. Derfor; en særlig takk til mine ledere gjennom perioden Anne Tønsberg, Aud Findal Dahl, Veslemøy Rabe, Tor-Ivar Karlsen og Stephen Seiler. Dernest krever et forskningsarbeid administrativ støtte og tilrettelegging, og samarbeidet med Eli Andås, Tone Dahlsveen, Nina Falsen Krohn, Arthur Norli og Åse-Lill Næset har vært betydningsfullt gjennom hele perioden. Sist men ikke minst, har mine kollegaer ved universitetet vært til inspirasjon og uvurderlig støtte. En særlig takk til Hans Grelland, Inger Beate Larsen, Malvern Lumsden, John Lundstøl, Olle Söderhamn, Anne-Brita Thorød, Dagfinn Ulland, Erna Ulland og Odd Volden.

Dernest har jeg vært så heldig at jeg har tatt del i forskningsmiljøet ved Nordic School of Public Health NHV, og hatt stor utbytte av den fagkompetansen som finnes her. En takk til de entusiastiske forskerne og doktorandene som startet det nordiske akademiet for forskning om psykisk helse og som inviterte meg med på laget. Det var betydningsfullt. En særlig takk til mine opponenter underveis; Mads Hermansen, Marie Köhler, Antonio Barbosa da Silva og Andreas Vilhelmsson. Dere gjorde avhandlingen bedre. Den største takken går imidlertid til min veileder

Tommy Svensson. Men sin kunnskapsrike, vennlige og veloverveide veiledning har han bidratt til at jeg ikke har fulgt altfor mange sidespor, og hjulpet meg til å holde fast når kreativiteten boblet over og utålmodigheten min ble påtrengende.

Jeg har med andre ord hatt en stor gruppe mennesker med meg i arbeidet, og har i tillegg stått innvevd i ennå flere personlige og faglige relasjoner som har gitt meg tilgang til både klokskap og visdom. Alle disse menneskene har på ulike måter og i større eller mindre grad satt sitt fotavtrykk i avhandlingen. Det har jeg satt umåtelig stor pris på. Det er samtidig slik at arbeidet er ført i pennen av meg, og tro mot akademiske tradisjoner tar jeg også det hele og fulle ansvaret eventuelle svakheter og uklartheter som måtte bli avdekket.

Til slutt vil jeg takke Lise, Espen og Sofie for at de har holdt ut med meg i denne perioden, fortrøstningsfullt hørt på mine utlegninger over kjøkkenbordet og samtidig vist at det finnes andre viktige ting i livet også.

12. desember 2012

Anders Johan W. Andersen

# Referanser

- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aaslestad, P. (1997). *Pasienten som tekst*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Alasuutari, P. (2008). Constructionist research and globalization. In J.A. Holstein & J.F. Gubrium (eds.), *Handbook of constructionist research*. (pp. 767-785). New York – London: The Guilford Press.
- Almvik, A., & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet: barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Alvesson, M., & Sköldberg K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, A.J.W. (2001). Den lukkede åpenheten: en diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis. *Hovedfagsoppgave*. Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.
- Andersen, A.J.W. (2006). Tenkning som former praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(1), 4-15.
- Andersen, A.J.W. (2010a). En vanvittig historie. Omsorgen for sinnslidende i Aust-Agder. I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & O. Söderhamn (Red.), *Utdanning til omsorg - i fortid, nåtid og framtid* (ss. 92-117). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Andersen, A.J.W. (2010b). Service-user Organisations and the Significance of the Voluntary Sector in Scandinavia. In M.A. Toscano (a cura di), *Zoon Politikon 2010 II. Politiche sociali e partecipazione. On Social Policy and Participation* (pp. 57-75). Firenze: Casa Editrice Le Lettere.
- Andersen, A. J. W. (2010c). Åpenhetens tvetydighet. Hvordan kan antistigma-kampanjer forsterke stigmatisering? *Klinisk sygepleje*, 24(1), 4-6.
- Andersen, A.J.W. (2011). Den kritiske ettertanke. Undersøkelser fra en avgått redaktør. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 4-15.
- Andersen, A.J.W., & Karlsson, B. (red.) (1998). *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Andersen, A.J.W., & Karlsson, B.E. (red.) (2011). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, A.J.W., & Larsen, I.B. (2012). Hell on earth. Textual reflections on the experience of mental illness. *Journal of Mental Health*, 21(2), 174-181.

- Andersen, A.J.W., & Svensson, T. (2010). Psykisk helsearbeid på internett: konsekvenser for normalitet- og identitetsdannelse hos ungdom. *Norsk epidemiologi*, 20(1), 5-14.
- Andersen, T. (1994). *Reflekterande processer: samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Anderson, J. (1995). Translator's introduction. In A. Honneth, *The Struggle for Recognition: the moral grammar of social conflicts* (ss. x-xxi). Cambridge: Politiy Press.
- Andreassen, H., Sandaune, A-G., Gammon, D., & Hjortdahl, P. (2002). Nordmenns bruk av helsetilbud på Internett. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(17), 1640-1644.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barham, P., & Hayward, R. (1995). *Relocating madness. From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Beers, C.W. (1907). *A mind that found itself*, Longmans, Green, and Co.
- Berg, N.B.J. (2002). *Blåmann: ung psykisk lidelse - familiens smerte*. Oslo: Aschehoug.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergh, H. (1925). *Levende begravet: indesperret paa galehuser i 11 - elleve – aar*. Oslo: H. Bergh.
- Bertolote, J.M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7, 113-116.
- Bjørneboe, J. (1968). *Semmelweis: et anti-autoritært skuespill*. Oslo: Gyldendal.
- Blekesaune, M. (2005). *Unge uførepensjonister: hvem er de, og hvor kommer de fra?* (Vol. 8/05). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Boorse, C. (1976). What a Theory of Mental-Health Should Be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6, 61-84.
- Boorse, C. (2010). A rebuttal on health. In Humber, J.M. & Almeder, R.F. (eds.), *What is disease? Biomedical Ethics Reviews*. (pp. 1-135). New Jersey: Humana Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L.J.D. (1993). *Den kritiske ettertanke. Grunnlaget for en samfunnsanalyse*. Oslo: Det norske Samlaget.
- Borzekowski, D.L.G. (2006). Adolescents' Use of the Internet: A Controversial, Coming-of-Age Resource. *Adolescent Medicine Clinics*, 17(1), 205-216.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health. Investigating health and health services*. 2<sup>nd</sup> ed. Buckingham- Philadelphia: Open University Press.

- Brante, T. (1993). Den sociala konstruktivismen inom medicinsk sociologi och teknologistudier. *VEST*, 6 (1), 19-51.
- Brülde, B., & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Bundorf, M.K., Wagner, T.H., Singer, S.J., & Baker, L.C. (2006). Who searches the Internet for Health Information? *Health Services Research*, 41(3), 819-836.
- Burns, J. M., Durkin, L. A., & Nicholas, J. (2009). Mental health of young people in the United States: what role can the internet play in reducing stigma and promoting help seeking? *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 95-97.
- Burns, J., Morey, C., Lagelee, A., Mackenzie, A., & Nicholas, J. (2007). Reach out! Innovation in service delivery. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S31-S34.
- Carlberg, I. (2008). *Pillret: en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader*. Stockholm: Norstedts.
- Christensen, H., & Hickie, I.B. (2010). E-mental health: a new era in delivery of mental health services. *Medical Journal of Australia*, 192(11 Suppl.), S2-S3.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., & Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1557–1570.
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Temple University Press.
- Cook, J.E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(2), 95-105.
- Dale, B., Dale, J.G., Fensli, M., & Fensli, R. (2010). Omsorg og teknologi: Idag og imorgen. I Andersen, A.J.W., Larsen, I.B. & Söderhamn, O. (red.), *Utdanning til omsorg. I fortid, nåtid og fremtid* (ss. 180-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labelled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7–11.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (eds.) (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Los Angeles: Sage.
- Dew, K. (2007). A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(5), 433-437.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Dixon-Woods M. (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient informations leaflets. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1417-1432.
- Dreyfus, H.L. (2001). *On the Internet. Thinking in action*. London & New York: Routledge.
- Dyrberg, T.B., Hansen, A.D., & Torfing, J. (Red.) (2000). *Diskursteorien på arbejde*. Roskilde: Universitetsforlag.
- Engebretsen, E., & Haldar, M. (2010). Annerledeshet og medvirkning – er det plass til en sårbar klient? I Kristeva, J. & Engebretsen, E. (red.), *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. (ss. 195-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engebretsen, E., & Solvang, P.K. (2010). Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk. I Kristeva, J. & Engebretsen, E. (red.), *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. (ss. 11-34). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ennis, L., Rose, D., Denis, M., Pandit, N., & Wykes, T. (2012). Can't surf, won't surf: The digital divide in mental health. *Journal of mental health*, 21(4), 395-403.
- Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Research Report. Folkhälsan Research Centre*. Health promotion Research programme. Helsinki. Finland.
- EU (2005). *Green paper: improving the mental health of the population : towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Eysenbach, G., & Till, J.E. (2001). Ethical issues in qualitative research on internet communities. *BMJ*, 323(7321), 1103–1105.
- Falk, H., & Torp, A. (1991). *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog*. Oslo: Bjørn Ringstrøms antikvariat.
- Farrell, S.P., & McKinnon, C.R. (2003). Technology and rural mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(1), 20-26.
- Fisher, P., & Owen, J. (2008). Empowering interventions in health and social care: recognition through 'ecologies of practice'. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2063–2071.
- Flicker, S., Haans, D., & Skinner, H. (2004). Ethical dilemmas in research on Internet communities. *Qualitative Health Research*, 14(1), 124–134.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt. Bind 1. Det konkrete videnskap*. København: Akademisk forlag.
- Fogg, Soohoo, Danielson, Marable, Stanford & Tauber (2003). How Do Users Evaluate the Credibility of Web Sites? A Study with Over 2,500 Participants. *ACM* 1-58113-728-1

- Foros, P.B. (8. mai 2012). Hvem eier fornuften? *Klassekampen*, s. 12-13.
- Foucault, M. (1971). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock Publications.
- Foucault, M. (1972). *Vetandets arkeologi*. Staffanstorp: Bo Cavefors Bokförlag.
- Foucault, M. (1977). *Det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality*. New York: Vintage.
- Foucault M. (1991). Questions of Method. In Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P. (eds.), *The Foucault effect Studies in governmentality With two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Harvester Wheatsheaf.
- Fukkink, R.G., & Hermanns, J.M. (2009). Children's experiences with chat support and telephone support. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 759-766.
- Gale, C.R., Batty, G.D., Osborn, D.P.J., Tynelius, P., Whitley, E., & Rasmussen, F. (2012). Association of mental disorders in early adulthood and later psychiatric hospital admissions and mortality in a cohort study of more than 1 million men. *Archives of General Psychiatry*, 69(8), 823-831.
- Gill, R. (1996). Discourse analysis: practical implementation. In Richardson, J.T.E. (ed.), *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester: British Psychological Society.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Griffiths F, Lindenmeyer A, Powell J, Lowe P, & Thorogood M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2): e10.
- Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 8(2), Article no. e10.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publication.
- Gubrium, J.F., & Holstein, J. (2008). The Constructionist Mosaic. In Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (eds.), *Handbook of Constructionist Research*. New York, London: The Guilford Press.
- Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.

- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville, Va.: University Press of Virginia.
- Hall, M.J., & Tidwell, W.C. (2003). Internet recovery for substance abuse and alcoholism: an exploratory study of service users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 161-167.
- Hallerstedt, G. (red.) (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Hamre, B. (1995). Wilhelm Frydendal – en modig patient. *Social Kritik*, 7(40-41), 24-42.
- Hannemyr, G. (2005). *Hva er internet?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S. Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Heinlen, K.T., Welfel, E.T., Richmond, E.N., & O'Donnell, M.S. (2003). The nature, scope, and ethics of psychologists' therapy web sites: What consumers find when surfing the Web. *Psychotherapy*, 40(1-2), 112-124.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., & Walker, L. (2004). Introduction. In: WHO, *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. (pp. 2-18). Geneva: World Health Organization.
- Hester, J.S. (2005). Bricolage and Bodies of Knowledge: Exploring Consumer Responses to Controversy about the Third Generation Oral Contraceptive Pill. *Body & Society*, 11(3), 77-95.
- Hitching, T.R., Nilsen, A.B., & Veum, A. (red.) (2011). *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Hofmann, B. (2005). Simplified models of the relationship between health and disease. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 355-377.
- Hofmann, B. (2008). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Holstein, J.A., & Gubrium, J.F. (2011). The constructionist analytics of interpretive practice. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S (eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. (pp. 341-358). Los Angeles: Sage.
- Honneth, A. (2001). Recognition or redistribution? Changing perspectives on the moral order of society. *Theory Culture & Society*, 18(2-3), 43-55.
- Honneth, A. (2007). *Kamp om anerkjennelse*. Oslo: Pax forlag.
- Horkheimer, M., Adorno, T.W., Hammer, E., & Torjussen, L. P. S. (2011). *Opplysningens dialektikk: filosofiske fragmenter*. Oslo: Bokklubben.
- Huckin, T.N. (2002). Textual silence and the discourse of homelessness. *Discourse Society*, 13, 347-372.
- Hydén, L-C. (red.) (2005). *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund, Studentlitteratur.

- Hydle, I. (2003). Regjering av helse. Fra pasient til risikant. I Neumann, I.B. & Sending, O.J. (red.), *Regjering i Norge. Makt- og globaliseringsutredningen* (ss. 154-194). Oslo: Pax forlag.
- Høeg, P. (1993). *De måske egnede*. København: Munksgaard/Rosinante.
- ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* (1999). Oslo: Universitetsforlaget.
- Iwarsson P. (2007). *Samtal med barn och ungdomar. Erfarenheter från arbetet på BRIS*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Jaworski A., & Coupland, N. (1999). *The Discourse reader*. London: Routledge.
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt: kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, P. (red.) (2004). *Recovery på dansk: at overvinde psykosociale handicap*. Århus: Systime Academic.
- Jensen, P (2006). *En helt anden hjælp: recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*. København: Akademisk Forlag.
- Jensen, U.J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis: det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*, København: Munksgaard.
- Jespersen, M., Wahlbeck, K., Tvedt, J., Suvanto S.R., Unnsteinsson, H., & Fredén, L. (2011). *Strengthening mental health in the Norden—suggestions for initiatives for promotion of the exchange of knowledge and experience*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Johannisson, K. (2007). *Sykdommens hjemløshet og diagnosens makt. Humanistisk sykdomslære: tanker om diagnoser og sykdom, helse og velvære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannisson K. (2006). Hur skapas en diagnos? Et historisk perspektiv. I: Hallerstedt G, (red.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. (ss. 29-43). Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Johansson, J.M. (2005). En sinnssyk historie. I Steen, T. (red.), *Asylet. Gaustad sykehus 150 år*. (ss. 99-133). Oslo: Aschehoug.
- Jollien, A. (2010). *Lovet være svakheten*. Bergen: Efrem forlag.
- Josefson, I. (1998). *Läkarens yrkeskunnande*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, L-E. (2010). *Berättelser från insidan. En essä om personliga erfarenheter i psykiatriens historia*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Jørgensen M., & Phillips L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*, London: Sage Publications.
- Karlsson, B. (2003). Erfaringbasert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie? I Hummelvoll, J.K. (red.), *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kassaw, K., & Gabbard G.O. (2002). The Ethics of E-mail Communication in Psychiatry. *Psychiatry Clinical North America*, 25(3), 665-674.
- Katsumata, Y., Matsumoto, T., Kitani, M., & Takeshima, T. (2008). Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 744-746.
- Kirkengen, A.L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Kjørup, S. (2008). *Menneskevidenskabene*. 2. utg. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kogstad, R.E. (2011). Fortellinger fra andre posisjoner. Med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse. *Avhandling til graden dr.philos.* Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.
- Kolstad, A. (2011a). *Fra kritikk til karriere. Om universitetet og de intellektuelle*. Trondheim: Fidus forlag.
- Kolstad, A. (2011b). *Etter regn kommer sol. Om psykiske lidelser og helse*. Trondheim: Fidus forlag.
- Kolstad, A., & Gjesvik, N. (2012a). Perceptions of minor mental health problems in China. *Mental Health, Religion and Culture*, DOI:10.1080/13674676.2012.664816.
- Kolstad, A., & Gjesvik, N. (2012b). How are minor mental health problems perceived by traditional Chinese medicine? *Chinese Medicine*, 3, 79-86.
- Kolstad, A., & Kogstad, R. (red.) (2010). *Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha forlag.
- Kragh, J. V. (red.) (2008). *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kristeva, J. (2008). *Brev til presidenten. Om mennesker med funksjonshemming*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Kristofersen, L.B. (2005). *Barnevernbarnas helse: uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kummervold, P.E., Gammon, D., Bergvik, S., Johnsen, J.A.K., Hasvold, T., & Rosenvinge, J.H. (2002). Social support in a wired world - Use of online mental health forums in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(1), 59-65.
- Kuper, A., Reeves, S., & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*, 337, 404-407.
- Kurioka, S., Muto, T., & Tarumi, K. (2001). Characteristics of health counselling in the workplace via e-mail. *Occupational Medicine-Oxford*, 51(7), 427-432.
- Kutchins, H., & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.

- Kvale, S., & Nielsen, K. (red.) (1999). *Mesterlære: læring som social praksis*. København: Hans Reitzel.
- Langfeldt, G. (1941). Den somatiske linje i psykiatrien. Tiltrædelsesforelæsning ved Universitetet i Oslo 28. november 1940. *Nordisk medicin*, 10, 1193-1200.
- Larsen, I.B., & Andersen, A.J.W. (2011). En hellig plikt. Hvordan beskriver brukere av psykisk helsevern seg selv, og hvilke motiver oppgir de for å nedfelle sine erfaringer skriftlig? *Klinisk Sygepleje*, 25(1), 38-47.
- Larsen, I.B. (2009). «Det sitter i veggene». Materialitet og mennesker i distriktpsykiatriske sentra. *PhD avhandling*, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Bergen.
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogik*, 25(1), 16-35.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lévi-Strauss, C. (1966). *The savage mind*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Lincoln, Y.S., Lynham, S.A., & Guba, E.G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 97-129). Los Angeles: Sage.
- Lundstøl, J. (1999). *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Mathiesen, T. (1992). *Det uferdige. Tekster om opprør og undertrykkelse*. Oslo: Pax forlag.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup & sygeplejen*. Århus: Klim.
- Matties, A-L. (ed.) (2006). *Nordic civic society organisations and the future of welfare services. A model for Europe?* TemaNord 2006:517. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- McLuhan, M. (1967). *The medium is the message*. New York: Bantam books.
- Meeuwisse, A., & Suneson, S. (1998). Frivilliga organisationer, socialt arbete och expertis. *Socialvetenskapelig tidskrift*, 98, 172-193.
- Mehta, S., & Chalhoub, N. (2006). An E-mail for your thoughts. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 168-170.
- Meyer, D., Hamel-Lambert, J., Tice, C., Safran, S., Bolon, B., & Rose-Grippa, K. (2005). Recruiting and Retaining Mental Health Professionals to Rural Communities: An Interdisciplinary Course in Appalachia. *Journal of Rural Health*, 21(1), 86-91.
- Miller, S., Hubble, M., & Duncan, B. (eds.) (1999). *The Heart & soul of change: What works in therapy?* Washington D.C.: American Psychological Association.

- Michell, M.L., & Jolley, J.M. (2007). The Qualitative-Quantitative Debate. In Michell, M.L. & Jolley, J.M., *Research Design Explained*. Web Appendix G. Available at <http://www.jolley-mitchell.com/StudyRDE/default.html>
- Mitchell, S. (2010). Depression and recovery. *Journal of Mental Health*, 19(4), 369-372.
- Moncrieff, J., Cohen, D., & Mason, J.P. (2009). The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 120(2), 102-111.
- Montaigne, M. de (1996). *Essays*. Oslo: Aschehoug i samarbeid med Fondet for Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for språk og litteratur.
- Morlandstø, L. (2010). Medier, makt og psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 110-121.
- Moseng, O.G. (2003). *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Dokumentet er del av serien Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 1. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, I.B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Orefellen, H. (2008). Psykisk helsetjeneste for fremtiden – med utgangspunkt i menneskerettighetene. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 120-131.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage.
- Pilgrim, D. (2002). The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future. *Journal of Mental Health*, 11(6), 585 – 594.
- Porter, R. (1989). *A social history of madness: the world through the eyes of the insane*. New York: E.P.Dutton.
- Porter, R. (2002). *Madness: a brief history*. Oxford: Oxford University Press.
- Potter, J. (1996). Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. I Richardson, J.T.E. (ed.), *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences* (ss. 125-141). Leicester: The British Psychological Society.
- Potter, J. (2003). Discursive psychology: between method and paradigm. *Discourse Society*, 14(6), 783-794.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1994). Analyzing discourse. In Bryman, A. & Burgess, R.G. (eds.), *Analyzing qualitative data*. London/New York: Routledge.

- Prytz, C.F. (1979). *De vindskeive*. Oslo: Cappelen.
- Read, J. (2008). Schizophrenia, drug companies and the internet. *Social Science & Medicine*, 66(1), 99-109
- Recupero, P.R., & Rainey, S.E. (2006). Characteristics of E-therapy web sites. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(9), 1435-1440.
- Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 231-242.
- Rickwood, D.J., Deane, F.P., & Wilson, C.J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7), S35-S39.
- Rideout, V. (2002). Generation Rx.com. What are young people really doing online? *Marketing Health Services*, 22(1), 26-30.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., & Eysenbach, G. (2010). Theme issue on e-mental health: A growing field in internet research. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e74.
- Riving, C. (2008). *Icke som en annan människa: psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Gidlunds, Hedemora.
- Rogan, T. (2011). Paradigmeskifte i norsk psykisk helsearbeid. I Andersen, A.J.W. & Karlsson, B.E. (red.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid* (ss. 230-243). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rose, N. (2010). Psykiatri uden grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne. I Brinkmann, S. (red.), *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. (ss. 32-58). København: Forlaget Klim.
- Sakshaug, S. (red.) (2011). *Legemiddelforbruget i Norge 2006-2010*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sánchez-Ortiz, V.C., House, J., Munro, C., Treasure, J., Startup, H., Williams, C., & Schmidt, U. (2011). “A computer isn’t gonna judge you”: A qualitative study of users’ views of an internet-based cognitive behavioural guided self-care treatment package for bulimia nervosa and related disorders. *Eating and weight disorders*, 16(2), 93-101.
- Sandmo, E. (2005). Et uvisst sted. I Steen, T. (red.), *Asylet. Gaustad sykehus 150 år*. (pp. 52-74). Oslo: Aschehoug.
- Schaanning, E. (1993). *Modernitetens oppløsning. Sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. 2. utg. Oslo: Spartacus Forlag.
- Schaanning, E. (1997). *Vitenskap som skapt viten: Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus forlag.

- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Dokumentet er del av serien Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, U., & Wykes, T. (2012). E-mental health – a land of unlimited possibilities. *Journal of mental health*, 21(4), 327-331.
- Scull, A.T. (2005). *Madhouse: a tragic tale of megalomania and modern medicine*. New Haven, [Conn.]: Yale University Press.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.A. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44 (4), 461-75.
- Seikkula, J. (1996). *Öppna samtal: från monolog till levande dialog i sociala nätverk*. Stockholm: Mareld.
- Sheese, B.E., Brown, E L., & Graziano, W.G. (2004). Emotional expression in cyberspace: searching for moderators of the Pennebaker disclosure effect via e-mail. *Health Psychology*, 23(5), 457-464.
- Skjervheim, H. (2000). Psykologien og mennesket si sjølvfortolkning. *Omsorg*, nr. 1, 21-24.
- Slagstad, R. (1980). *Positivism og vitenskapsteori: et essay om den norske positivismestriden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, R. (2002). In search of “non-disease”. *BMJ*, 324, 883-885.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Socialstyrelsen (1999). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Artikelnr. 1999-15-1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Alltjämt ojämlikt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Artikelnr. 2010-6-21. Stockholm: Socialstyrelsen.
- St.meld.nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld.nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp.nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Svensson T. (1990). On the notion of mental illness. Problematizing the medical-model conception of certain abnormal behaviours and mental afflictions. Phd thesis, Linköping University.

- Swanton, R., Collin, P., Burns, J., & Sorensen, I. (2007). Engaging, understanding and including young people in the provision of mental health services. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 19(3), 325-332.
- Sørensen, K., Østvik, A.R., Lintvedt, O.K., Gammon, D., & Wang, C.E. (2007). Forebygging av psykisk helse blant studenter ved hjelp av et lavterskeltilbud på Internett. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(3), 265-268.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: the making of the modern identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thayer, S.E., & Ray, S. (2006) Online communication preferences across age, gender, and duration of Internet use. *CyberPsychology & Behaviour*, 9(4), 432-440.
- Thune, G. H. (2008). *Overgrep: søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Toulmin, S. (1990). *Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tranøy, J. (2008). *Kampen for rettsikkerhet og menneskerettigheter: WSO's historie 1968-1988*. Oslo: Lanser forlag.
- Tranøy, J. (1999). *"Til pasientens beste": behandling, makt og pasientprotest i norsk psykiatri*. Oslo: Forum Aschehoug.
- Tucker, I. (2009). "This is for Life": A Discursive Analysis of the Dilemmas of Constructing Diagnostic Identities. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(3):1-19.
- Undeland, M., & Malterud, K. (2007). The fibromyalgia diagnosis - hardly helpful for the patients? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 250-255.
- Umefjord, G., Petersson, G., & Hamberg, K. (2003). Reasons for consulting a doctor on the Internet: Web survey of users of an Ask the Doctor service. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), e26.
- Valentine, G., & Holloway, S. L. (2009). Cyberkids? Exploring Children's Identities and Social Networks in On-Line and Off-Line Worlds. *Annals of the Association of American Geographers*, 92(2), 302-319.
- Vetlesen, A.J., & Nortvedt, P. (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vilhelmsson, A. (2011). *Från pest och kolera till nutida pandemihot. Men en introduktion till folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Vilhelmsson, A., Svensson, T., & Meeuwisse, A. (2011). Mental ill health, public health and medicalization. *Public Health Ethics*, 4(3): 207-217.
- Volden, O. (2011). Vi sier farvel til "den psykiatriske pasienten" - et brukerperspektiv på psykisk helsefeltet. I Andersen, A.J.W. & Karlsson, B.E.

- (red.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. (pp. 38-52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Volden, O. (2007). Psykisk helse eller psykisk lidelse? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(2), 234-236.
- Wahlbeck, K., Westman, K., Nordentoft, J., Gissler, M., & Laursen, T.M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, online first May 18.
- Wakefield, J.C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N. J.: L. Erlbaum Associates.
- Ware, N.C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- Wattignar, S. de, & Read, J. (2009). The pharmaceutical industry and the internet: Are drug company funded depression websites biased? *Journal of Mental Health*, 18(6), 476-485.
- Waxler, N.E. (1979). Is Outcome for Schizophrenia Better in Nonindustrial Societies? The Case of Sri Lanka. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 167(3): 144-58.
- WHO (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Promoting Mental Health. Concepts - Emerging Evidence - Practice*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- Wiener, D.B (2000). Betrayal! The 1806 English Translation of Pinel's *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. *Gesnerus*, 57, 42-50.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri: en filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.
- Ybarra, M.L., & Eaton, W.W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7(2), 75-87.
- Ybarra, M.L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), 29-41.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86, 103-126.

Østerberg, D. (1961). Sosiologi, kausalitet og prediksjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 2, 264-278.

Åsberg, R. (2001). Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitative heller för den delen. *Pedagogiske forskning i Sverige*, 6(4), 270-292.

**Rapporter fra NHV**

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

## 1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

## 1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Märten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

## 1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

## 1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

## 1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

## Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

### 1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

### 1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkurgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1992

- 1992:1      Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2      Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3      Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4      Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5      Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

## 1993

- 1993:1      Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2      3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3      Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4      Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5      Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

## 1994

- 1994:1      Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2      Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3      The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

## 1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

## 1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

## 1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

# Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

## 1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

## 2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

## 2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis  
John Øvretveit.

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar  
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.  
Lillemor Hallberg (red).

### 2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

### 2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.  
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.  
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.  
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

### 2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.  
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

# Förteckning över NHV-rapporter

## 2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.  
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries  
- Why, and What Did we Learn?  
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women  
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease  
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

## 2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"  
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare  
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Inkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og  
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide  
Ellen Blix. DrPH-avhandling

## 2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact  
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care  
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg  
perspektiv  
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by  
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease  
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-  
eksistensielt sykepleieperspektiv  
Geir V Berg. DrPH-avhandling

## 2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –  
health education, support and collaboration  
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme  
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health  
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter  
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes  
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour  
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp  
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project  
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälsa- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser  
Sirkka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland  
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys  
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser  
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth  
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life  
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults  
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling
- 2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige  
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling
- 2010**
- 2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av  
ambulanssjukvård i olika geografiska områden  
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling
- 2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i  
Norra Dalsland
- 2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor,  
Västra Götalandsregionen
- 2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i  
Vänersborg och Mellerud
- 2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna
- 2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
- 2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries,  
visibility and voice  
Anne Clancy. DrPH-avhandling
- 2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A  
Qualitative Study  
Margereth Björklund. DrPH-avhandling
- 2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg  
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande  
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen,  
Angereds närsjukhus
- 2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering  
inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen  
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren
- 2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheter i  
psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland  
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman,  
Kristian Wahlbeck

## Förteckning över NHV-rapporter

2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.  
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

### 2011

2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden  
En kunnskapsoversikt  
Anne Reneflot og Miriam Evensen

2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders  
Eva Lesén. DrPH-avhandling

2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst  
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling

2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden  
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen, David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck

2011:5 R Kartläggning av studier om nordiska ungdomars psykiska hälsa  
Hanna Augustsson och Curt Hagquist

2011:6 Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation  
Andrea Eriksson. DrPH-avhandling

### 2012

2012:1 Nordic and Infertile. – A study of options and decisions.  
Helga Sól Ólafsdóttir. DrPH- avhandling

2012:2 Lay Health Worker Programmes as a Public Health Approach in South Africa  
Karen Daniels. DrPH- avhandling

2012:3 Fra avmakt til makt i eget liv. Anmeldelse av seksuelle overgrep og helse.  
Hildur Veia. DrPH – avhandling

2012:4 Barn med astma og deres foreldre - læring, deltagelse og samarbeid.  
Anne Trollvik. DrPH-avhandling

2012:5 The Importance of Social Capital in Later Life. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults  
Anna K Forsman. DrPH-avhandling

2012:6 Dementia and Public Health – with focus on access to society  
Aud Johannessen. DrPH-avhandling

## Förteckning över NHV-rapporter

- 2012:7 Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam - a study in two health and demographic surveillance sites  
Tran Khanh Toan. DrPH-avhandling
- 2012:8 At holde balance Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker  
Marianne Mahler. DrPH-avhandling
- 2012:9 R Funktionshinder ur ett folkhälsoperspektiv  
Anders Möller (red.)
- 2012:10 I all fortrolighet – En undersøkelse av meldinger om psykisk helse på internett i Norge og Sverige  
Anders Johan W. Andersen. DrPH-avhandling

