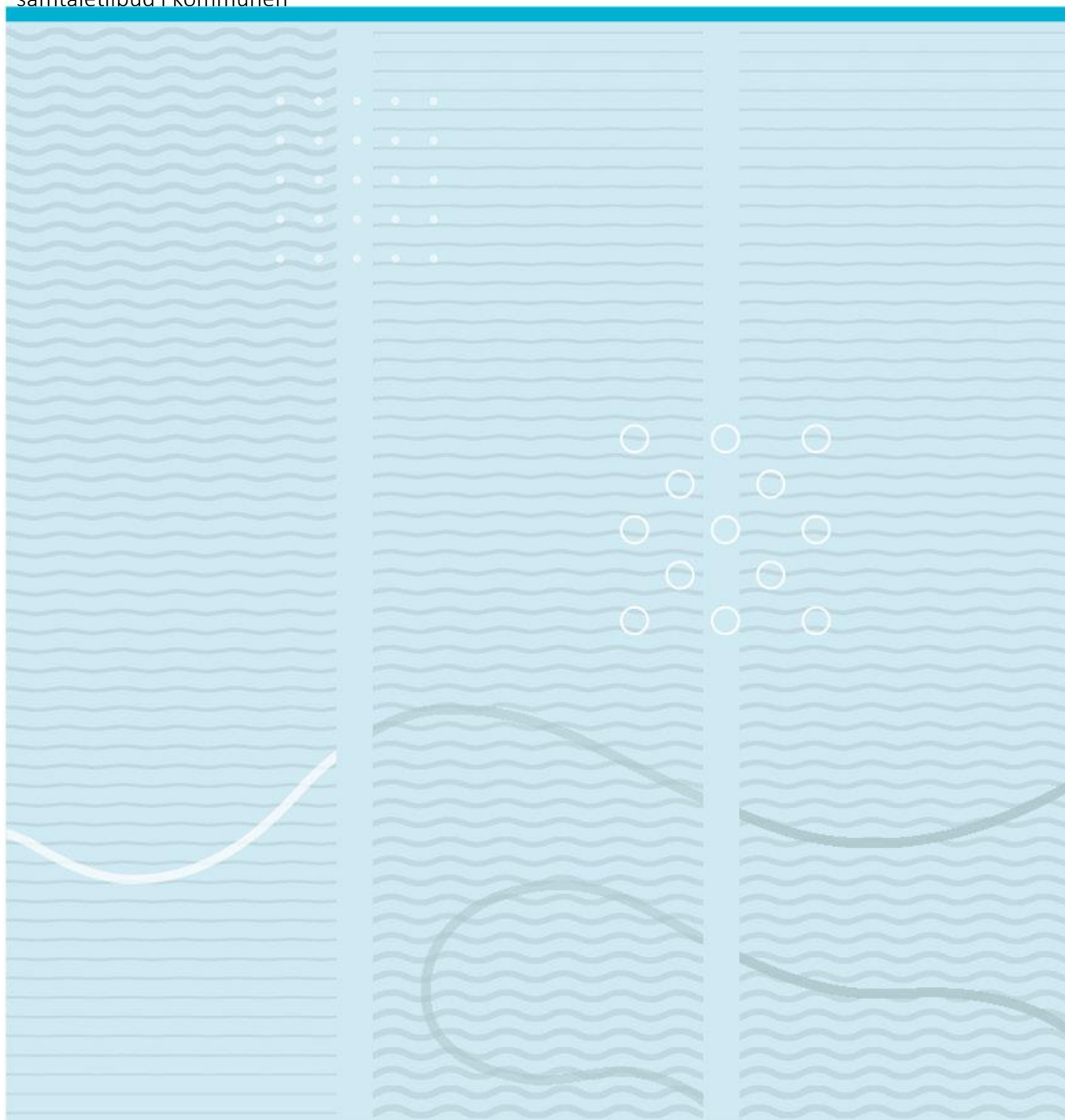


Kjersti Moen Aas

Et sted der folk kan fortelle sin historie

En kvalitativ studie av terapeuters erfaringer med å fremme psykisk helse i et lavterskel, kortvarig samtaletilbud i kommunen



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Kjersti Moen Aas

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Masteroppgaven er en kvalitativ studie av terapeuters erfaringer fra et lavterskel, kortvarig samtaletilbud i kommunal psykisk helsetjeneste. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og baserer seg på semi-strukturerte individuelle intervju med fem deltakere. Studien har følgende problemstilling; *Hvordan beskriver terapeuter sine erfaringer med å fremme psykisk helse hos brukere av et lavterskel og kortvarig samtaletilbud i kommunen?*

Gjennom tematisk analyse av intervjuene, kom det frem at terapeutene vektla betydningen av en helhetlig tankegang i det psykiske helsearbeidet. De bevisstgjørende prosessene som foregår i samtale kan, slik deltakerne så det, gi brukeren en opplevelse av økt selvforståelse, sammenheng og mestring. Hverdagens rutiner, som fysisk aktivitet og sosial kontakt ble ansett som viktig for å være best mulig rustet til å håndtere psykisk stress og belastning. Å fremme en god behandlingsrelasjon, blant annet gjennom systematisk innhenting av brukerens tilbakemeldinger, ble sett på som avgjørende for et godt utfall av terapien. Det viste seg at enkelte livsområder, som for eksempel økonomi og arbeid, fikk begrenset oppmerksomhet i lavterskel, kortvarig behandling. Studien peker på hvordan rammebetingelsene i en tjeneste kan begrense yrkesutøveres handlingsrom til å tilby hjelp som kan være viktig for brukeren.

Abstract

This master thesis is a qualitative study of therapists' experiences from a low-threshold, short-term consultation service in a community mental health service. The study has a phenomenological-hermeneutic approach and is based upon semi-structured individual interviews with five participants. The study has the following research question;

What do therapists find contributes to promoting mental health in users of a low-threshold and short-term consultation service in a community-based mental health service?

Through thematic analysis of the interviews, it emerged that the therapists were concerned with the importance of a holistic approach to mental health work. The awareness-raising processes that takes place in therapy can, according to the participants, give the user an experience of increased self-understanding, coherence and coping. Everyday routines, such as physical activity and social contact, are important in order to cope with psychological stress and strain. Promoting a good treatment relationship, including systematic collection of the user's feedback, were considered crucial for a good outcome of therapy. The study showed that certain areas of life, such as finances and working life, received limited attention in this service. The study points to how the framework conditions in a health service can limit the professional's ability to offer help that may be important to the user.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	8
1 INTRODUKSJON	10
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	11
1.2 <i>Begrepsavklaring</i>	13
1.3 <i>Litteraturgjennomgang</i>	14
1.3.1 <i>Litteratursøk i databaser</i>	15
1.4 <i>Oppgavens oppbygning</i>	17
2 TEORI	18
2.1 <i>Definisjoner av helsebegrepet</i>	18
2.2 <i>Helsefremmende arbeid- på individ og systemnivå</i>	20
2.3 <i>Antonovskys teori om salutogenese</i>	21
2.3.1 <i>Opplevelse av sammenheng</i>	22
2.3.2 <i>Motstandsressurser</i>	22
2.3.3 <i>Salutogenese i psykisk helsearbeid</i>	23
2.4 <i>Perspektiver på psykoterapi</i>	24
2.4.1 <i>Fellesfaktorer i psykoterapi</i>	25
2.4.2 <i>Allianse i psykoterapi</i>	26
2.4.3 <i>Tilbakemeldingsverktøy</i>	27
3 METODOLOGI	29
3.1 <i>Kvalitativ metode</i>	29
3.1.1 <i>Forforståelse</i>	30
3.2 <i>Vitenskapelig ståsted</i>	31
3.3 <i>Kvalitativt individuelt intervju</i>	32
3.3.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	32
3.3.2 <i>Semi-strukturert intervjuguide</i>	34
3.3.3 <i>Gjennomføring av intervju</i>	35
3.4 <i>Tematisk analyse av datamaterialet</i>	37
3.4.1 <i>Forberedelser</i>	38

3.4.2 Koding	38
3.4.3 Kategorisering	39
3.5 <i>Forskningsetikk</i>	39
3.5.1 Å forske på egen arbeidsplass	40
3.5.2 Godkjenninger og konfidensialitet	41
4 PRESENTASJON AV FUNN	43
4.1 <i>Samtaler som en bevisstgjørende prosess</i>	43
4.1.1 Å få fortelle sin historie	43
4.1.2 Ikke grave i fortiden	45
4.1.3 Nye muligheter	46
4.2 <i>Å fremme psykisk helse og livskvalitet i hverdagen</i>	48
4.2.1 Balanse i hverdagen	48
4.2.2 Sosial støtte og nettverk	51
4.2.3 Hvordan terapeutene ser på rammene i kortvarig psykisk helsehjelp	52
4.3 <i>Den viktige behandlingsrelasjonen</i>	53
4.3.1 En tilstedeværende, genuin og kompetent terapeut	53
4.3.2 Tilbakemeldingsverktøy som redskap for alliansen	56
4.3.3 Et samarbeid med forventninger	57
5 DISKUSJON	59
5.1 <i>Helhetlig tenkning og relasjon som grunnlag i psykisk helsearbeid</i>	59
5.2 <i>Rammebetingelser og handlingsrom i kortvarig psykisk helsehjelp</i>	66
5.3 <i>Metodiske betraktninger</i>	69
6 OPPSUMMERING	71
Litteraturliste	74
Vedlegg 1: Godkjenning NSD	80
Vedlegg 2: Godkjenning fra virksomhetsleder	83
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere	84
Vedlegg 4: Intervjuguide	89

Forord

Helt siden jeg begynte på sykepleierstudiet i 2006, har jeg ønsket å jobbe med psykisk helsearbeid. Interessen for menneskesinnet har vært med meg så lenge jeg kan huske. Under sykepleierutdanningen fikk jeg ekstrajobb på en akuttpsykiatrisk avdeling, og etter noen år i akuttpsykiatrien begynte jeg i psykisk helsetjeneste i kommunen. Etter 10 år er jeg fortsatt på samme sted, og jeg føler meg heldig som hver dag får gå på jobb og treffe modige brukere og kunnskapsrike og dedikerte kollegaer. Da jeg startet på Master i Samfunn og helse i 2020, var jeg bestemt på å bruke masteroppgaven til å løfte frem det lokalbaserte psykiske helsearbeidet. Med denne masteroppgaven håper jeg å rette søkelys mot det gode arbeidet som gjøres i kommunen, og samtidig bidra til faglig utvikling i de kommunale psykiske helsetjenestene. Veien mot en ferdig masteroppgave har vært lang og krevende, men også utrolig lærerik og spennende. Jeg vil takke de fantastiske kollegaene mine som stilte opp som deltakere i studien, og for engasjementet de har vist for prosjektet mitt underveis. Jeg vil også rette en takk til min leder, som har vært positiv og støttende til prosjektet, og også til ledelsen i virksomheten som lot meg gjennomføre studien. En spesiell takk til Silje-Marie, som har ligget litt foran meg i master-løpet, og delt raust av sine erfaringer og refleksjoner. Takk også til Kate, som har bidratt både med praktisk hjelp og faglig engasjement.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min veileder, førsteamanuensis Knut Tore Sælør ved Institutt for helse- sosial og velferdsfag, Universitet i Sørøst-Norge. Tusen takk for alle konstruktive innspill, og for motivasjon til å stå på gjennom hele denne lange prosessen. Knut Tore's uhøytidelige stil og humor har betydd mye for at jeg har beholdt troen på at prosjektet skulle komme i havn til slutt.

01.11.2022

Kjersti Moen Aas

1 INTRODUKSJON

Stadig flere nordmenn rapporterer om psykisk uhelse. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 15% av alle menn, og 22% av alle kvinner, oppsøkte lege eller legevakt med psykiske helseplager i året 2020. Totalt sett representerer psykiske helseplager den fjerde største årsaken til total sykdomsbyrde i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Psykiske plager er også den nest hyppigste årsaken til sykemeldinger, hele 17% (Folkehelseinstituttet, 2022).

Samtidig som omfanget av befolkningens psykiske helseplager ser ut til å øke, har det offentliges ansvar for behandling og oppfølging av psykisk uhelse vært i endring de siste årene. I forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse ble det initiert en omstrukturering i de psykiske helsetjenestene, og en større andel av den totale innsatsen ble tillagt de kommunale tjenestene (St.prp. nr. 63 (1997-1998)).

Samhandlingsreformen ble innført i 2009, og også denne var førende for et større kommunalt ansvar. Gjennom samhandlingsreformen ble norske kommuner pålagt å sørge for helhetlige, tilgjengelige helsetjenester med høy kvalitet. I tillegg sto det forebyggende og helsefremmende perspektivet sentralt i reformen, blant annet ved å rette oppmerksomhet mot forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløp (St. Meld. 47 (2008-2009) s. 15).

Veilederen «Sammen om mestring- veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» beskriver kommunens ansvarsområder i henhold til lovverk og nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Veilederen peker blant annet på betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid i det lokale tjenesteapparatet, og kommunene anmodes om å rette sin hovedinnsats mot personer som står i fare for å utvikle *vesentlige plager eller funksjonssvikt* (Helsedirektoratet, 2014, s. 49).

Veilederen deler inn psykisk helse og rusproblemer i 3 hovedkategorier, etter omfang og varighet på problemene. *Hovedforløp 1* omfatter brukere med helseproblemer som antas å være milde og kortvarige, eksempelvis mild depresjon, angst eller livsbelastninger. *Hovedforløp 2* innebefatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, for eksempel akutte psykoser, langvarige milde

depresjoner eller mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser. *Hovedforløp 3* omfatter alvorlige og langvarige problemer eller lidelser, som alvorlig rusavhengighet, schizofreni og alvorlige affektive lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 48-63). Til tross for helsepolitiske føringer om tidlig behandling og oppfølging, viser rapportering på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid at den store andelen av personalressurser brukes i tjenester til personer med alvorlige og langvarige tjenester. Til behandling og oppfølging av personer med milde og kortvarige psykiske helseplager, som nyoppstått angst eller mild til moderat depresjon, benytter kommunen anslagsvis 12 % av totalt antall årsverk (SINTEF, 2021, s. 90).

Denne masteroppgavens fokusområde er tjenester rettet mot hovedforløp 1 og 2, det vil si personer med milde til moderate psykiske helseplager. Brukere i hovedforløp 1 og 2 skal som hovedregel få behandling og oppfølging i de kommunale tjenestene, gjennom lett tilgjengelige og lavterskel tilbud (Helsedirektoratet, 2014, s. 51). Behovet for lavterskel behandlingstilbud for psykiske helseplager har blitt ytterligere aktualisert de siste årene. Omtrent i samme periode som denne masteroppgaven ble skrevet, pågikk det en verdensomspennende pandemi, og inngripende smittevernstiltak førte blant annet til sosial distansering og økt arbeidsledighet. I den forbindelse oppnevnte regjeringen en ekspertgruppe som fikk i mandat å se på konsekvenser pandemien har hatt for menneskers livskvalitet, psykisk helse og rusbruk. Rapporten belyste blant at henvendelser til de lavterskel psykisk helsetjenestene økte under pandemien, og ekspertgruppen anbefaler blant annet at kommunene bør ruste opp allerede eksisterende psykisk helsetilbud- og tjenester (Regjeringsoppnevnt ekspertgruppe, 2021). Regjeringen har nylig startet arbeidet med en ny opptrappingsplan for psykisk helse, som vil ha et særlig søkelys på lavterskel psykisk helsetilbud i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg begynte å jobbe i en kommunal psykisk helsetjeneste i 2013, og som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid har jeg fulgt utviklingen i de kommunale tjenestene i snart 10 år. I løpet av disse årene har jeg arbeidet med ulike

brukergrupper. Alle med sine unike utfordringer og behov for hjelp- og med sine særegne evner, styrker og måter å håndtere sine liv på. De siste årene har jeg hatt deler av min stilling knyttet til et team som jobber med lavterskel kortvarig samtaletilbud. Kommunen jeg jobber i har, som mange andre kommuner i Norge, satset på lavterskeltjenester for personer med såkalte milde og moderate psykiske helseplager. Som et tilbud til denne gruppen har mange norske kommuner implementert Rask psykisk helsehjelp, et kortvarig behandlingsprogram basert på kognitiv terapi, veiledet selvhjelp og gruppetilbud. Kommunen jeg er ansatt i har valgt å ikke ha Rask psykisk helsehjelp, men i stedet har de utformet en egen lavterskel og kortvarig samtalejeneste til personer med milde til moderate helseplager. Tema i masteroppgaven er det terapeutiske arbeidet som foregår i denne tjenesten. Typiske utfordringer hos brukere av tjenesten er milde til moderate angst og/eller depresjonsplager, ofte knyttet til belastende livshendelser. Det kan også være søvnvansker, lavt selvbilde, utbrenthet eller relasjonelle problemer. Tjenestens målsetting er å gi rask hjelp til personer som opplever psykiske helseplager, og til å bidra til å fremme psykisk helse, livskvalitet og arbeidsevne. Avdelingen har et eget tilbud til mennesker med rusutfordringer.

I Rask psykisk helsehjelp er alle terapeuter utdannet i kognitiv terapi, og behandlingen baserer seg i stor grad på kognitive tilnærminger (Napha, 2022). I det kortvarige samtaletilbudet jeg har undersøkt, har terapeutene derimot variert utdanning og videreutdanning. Det er i stor grad opp til hver enkelt terapeut, i samarbeid med brukeren, å bestemme hvilke tilnærminger og temaer som skal brukes i behandlingen. At behandling og oppfølging av psykiske helseplager i større grad skal foregå i kommunen, gjør forskning på kommunale tjenester tilsvarende aktuelt. Satsning på lett tilgjengelige psykiske helsetjenester, gjør det relevant å tilføre kunnskap om praksisen i en slik type tjeneste. I løpet av årene med praksis innenfor den kortvarige tjenesten, har jeg blitt nysgjerrig på hvordan de ulike terapeutene i teamet praktiserer sitt arbeid med å fremme helse hos brukere av tjenesten. Jeg ønsket å vite mer om hvordan terapeutene forstår og beskriver hjelpen de gir, og hvordan de samhandler med brukerne sine. Hensikten med studien er å bidra til utviklingen av kvalitativ

kunnskap om det å fremme psykisk helse i et lavterskel og kortvarig samtaletilbud, sett fra et tjenesteyterperspektiv.

Studiens resultater vil bli diskutert i lys av teoretiske perspektiver som er relevante for terapeutisk praksis og helsefremmende psykisk helsearbeid. Masteroppgaven tar utgangspunkt i et helhetlig syn på helse og psykisk helsearbeid, der relasjon og likeverdige samarbeid står sentralt. Å se brukeren som en helhet er vesentlig i masterutdanningen i Samfunn og helse, og slik jeg ser det innebærer en slik forståelse også å ta innover seg betydningen av samfunnsmessige og sosiale faktorerens betydning for den psykiske helsen. Denne masteroppgaven retter seg hovedsakelig mot en helsehjelp på individnivå, men gjennom å belyse problemstillingen med helsefremmende teori tar den også for seg hvordan den psykiske helsen påvirkes av forhold utenfor terapirommet.

Masteroppgaven har følgende problemstilling:

Hvordan beskriver terapeuter sine erfaringer med å fremme psykisk helse hos brukere av et lavterskel og kortvarig samtaletilbud i kommunen?

Masteroppgaven baserer seg på en kvalitativ tilnærming. Det ble gjennomført semi-strukturerte individuelle intervju med 5 terapeuter i den aktuelle tjenesten. Digitale opptak fra intervjuene ble transkribert, og transkripsjonene ble analysert gjennom tematisk analyse. Studien er forankret i et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapssyn, i den forstand at den søker å beskrive, forstå og fortolke fenomener i terapeutenes daglige praksis. Strukturerte litteratursøk identifiserte ingen studier fra en tilsvarende kommunal tjeneste, derfor ble kvalitativ tilnærming ble vurdert som en godt egnet tilnærming for å utforske og besvare oppgavens problemstilling.

1.2 Begrepsavklaring

I dette avsnittet vil jeg kort klargjøre de viktigste begrepene i oppgaven, og gjøre rede for hvordan jeg forstår betydningen av disse;

Brukere- betegner personer som oppsøker helsehjelp eller som mottar en helsetjeneste. Enkelte steder kan *brukere* og *klienter* bli brukt om hverandre, hovedsakelig der litteratur eller utsagn fra deltakerne blir gjengitt.

Terapeuter og behandling- Terapeutbegrepet brukes som en samlebetegnelse for deltakernes ulike utdanningsbakgrunner. I intervjuene bruker deltakerne ulike ord på tjenesten de utfører- de snakker om hjelp, terapi, samtaler og prosesser. Enkelte bruker også begrepet *behandling*. Jeg har valgt å bruke ordet behandling i oppgaven, som et overordnet begrep på psykisk helsehjelp som har til hensikt å bidra til økt livskvalitet og reduksjon i psykiske helseplager.

Kortvarig psykisk helsetjeneste brukes om den undersøkte tjenesten. Kortvarig betyr i denne konteksten en ramme på inntil 7 samtaler.

At tjenesten er *lavterskel* betyr at bruker kan oppsøke hjelpen selv uten henvisning eller søknad, og det er heller ikke behov for vedtak.

1.3 Litteraturgjennomgang

Litteratursøk startet høsten 2021, i forbindelse med utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen. I dette innledende arbeidet med masteroppgaven, søkte jeg bredt ved hjelp av flere ulike fremgangsmåter. Jeg benyttet nettsider som Google, Google Scholar, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Napha.no (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Jeg leste rapporter, veiledere og lovverk, og lette i referanselistene til relevante artikler og dokumenter. Hensikten var å skaffe en oversikt over det psykiske helsefeltet generelt, og kommunalt psykisk helsearbeid spesielt. Jeg leste meg også opp på litteratur om helsefremmende arbeid og salutogenese, fordi jeg ville bruke salutogenese som teoretisk perspektiv i masteroppgaven. Jeg leste flere fagbøker om salutogenese, som Antonovskys "*Helsens mysterium: Den salutogene modellen*" og "*Haikerens guide til salutogenese*" av Lindström & Eriksson. Et annet viktig dokument har vært Eva Langelands kunnskapsoppsummering om salutogenese og psykiske helseplager (Langeland, 2014). Jeg gjorde også strategiske søk i databaser i denne perioden, disse vil bli nærmere beskrevet i neste avsnitt.

I perioden med datainnsamling og analyse, søkte jeg hovedsakelig etter litteratur om metode og vitenskapsteori. I etterkant av datainnsamlingen og analyse startet en ny runde med litteratursøk, blant annet fordi at temaer som kom frem i analysen gjorde det nødvendig å utvide litteratursøket. Blant annet inkluderte jeg teori og litteratur om terapi.

1.3.1 Litteratursøk i databaser

Som nevnt gikk jeg innledningsvis bredt ut med søk. Etter hvert ble søkene spisset, og strukturerte søk i vitenskapelige databaser ble gjennomført. Høsten 2021, under arbeidet med prosjektbeskrivelsen, ble det søkt på psykisk helsearbeid og kommunalt psykisk helsearbeid, salutogenese og salutogene samtaleprinsipper. Søkene ble gjort i bibliotekets databaser, hovedsakelig i Oria og Wiley. Først med egne søk på kommunalt psykisk helsearbeid, med søkeordene; Psychological stress OR Psychological distress OR Psychological trauma AND Mental health work OR Mental health professional OR Psychological Support AND Mental health OR Coping OR Quality of Life AND community service OR primary care service. I Oria valgte jeg å legge til søkeordene "adult" og "therapy", for å begrense søkene ytterligere, og søkene ble avgrenset til 2010-2021. Blant treff jeg fikk i dette søket var flere studier som så på psykisk helse hos helsearbeidere, og på compassion fatigue eller utbrenthet hos psykisk helsearbeidere. Andre studier var mot spesifikke diagnose eller fenomener, eksempelvis personer med psykose og/eller rusproblemer, innvandrere og eldre, eller i sammenheng med pandemi eller naturkatastrofer. Studier av helsearbeideres erfaringer fra kortvarige samtaletilbud i kommunale tjenester ble ikke identifisert.

Fordi den nevnte kunnskapsoppsummeringen om salutogenese og psykiske helseplager (Langeland 2014) inkluderte alle treff før 2014 på søkeord som også var relevant for min oppgave, valgte jeg å begrense videre søk til 2014-2021. I databasen Wiley søkte jeg med søkeordene Salutogenic AND Mental health etter 2014. Søkeordene community health OR primary care ble lagt til for å begrense søket ytterligere. Blant resultater jeg fikk var mange studier på betydningen av sense of coherence for psykisk helse relatert til ulike grupper mennesker. Mange studier så på

betydningen av Sense og coherence, eller salutogen/helsefremmende tilnærming til spesifikke grupper som barn, eldre, helsepersonell eller personer med somatiske tilstander eller alvorlig psykisk lidelse. Heller ikke her dukket det opp studier som ser spesifikt på salutogenese i sammenheng med erfaringer fra individuelle terapeutiske samtaler i kommunal psykisk helsetjeneste. Imidlertid har flere artikler som omhandler salutogenese og psykisk helsearbeid blitt inkludert i masteroppgaven.

I september 2022 ble det gjennomført nye søk i databaser. Med hjelp fra spesialbibliotekar ved Universitetsbiblioteket, ble det utarbeidet en søkestrategi med ordene Mental health work* OR Psycho therapist OR Mental health professional, kombinert med Psycho therap* OR Conversation* OR talk therap* og Mental health OR coping OR Cope OR Quality of Life. Søkene ble gjennomført i PsychInfo. Her fikk jeg treff på 37 artikler med den første søkestrategien. Alle overskrifter ble lest, i tillegg til utvalgte sammendrag. I PsychInfo gjorde jeg også egne søk med ordene Community mental health service* og Psychotherapy, kombinert med short term OR brief. Her ble søk begrenset til fagfellevurderte tidsskrift, aldersgruppe over 18 år, og utgitt mellom år 2012- 2022. Resultatet av de sistnevnte søkene var 76 artikler, hvor alle overskrifter samt utvalgte sammendrag ble gjennomgått. Studier som ble identifisert gjennom søkene i september 2022, hadde flere ulike tematikker og metodiske tilnærminger. Flere studier sammenliknet terapimetoder for en viss målgruppe, for eksempel depresjon. Noen studier så på kortvarig terapi for spesielle målgrupper som psykose, rus, veteraner eller voldsutsatte. Mange av studiene hadde alvorlig psykisk lidelse som tema, og heller ikke her fant jeg studier som så på kommunale samtaletilbud. Oppsummert ser det ut til å finnes lite forskning på hvordan samtaleterapeuter arbeider innenfor rammen av lavterskel kortvarig psykisk helsehjelp i kommunen. Det er imidlertid gjort studier på behandlingseffekten av Rask Psykisk helsehjelp, et tilbud som har likhetstrekk med tjenesten denne masteroppgaven ser på. Studiene viser at de som mottok behandling opplevde en økning i livskvalitet og daglig fungering, og nedgang i angst- og depresjonsplager (Napha, 2022, s. 11).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av fem kapitler. I kapittel to blir oppgavens teoretiske perspektiver presentert. Her belyses begreper knyttet til helse og psykisk helsearbeid, i tillegg til teori om helsefremmende arbeid og psykoterapi. Det tredje kapittelet inneholder en redegjørelse for oppgavens vitenskapelige ståsted og metodiske tilnærminger. Her fremkommer hvordan jeg har gått frem for å innhente og analysere data, samt vurderinger og valg knyttet til forskningsetiske problemstillinger. I kapittel fire presenteres studiens funn, via tre hovedkategorier. Drøftingen utgjør oppgavens femte kapittel, hvor funn ses i lys av problemstillingen og relevant teori og forskning. Refleksjoner knyttet til studiens kvalitet er også innlemmet i dette kapittelet. I masteroppgavens kapittel seks vil jeg oppsummere og gi en konklusjon på problemstillingen, samt peke på hvilke implikasjoner studien kan ha for praksisfeltet og videre forskning.

2 TEORI

I dette kapittelet vil relevant teori for oppgavens tema og problemstilling bli presentert. Innledningsvis vil begrepet *helse* bli belyst, etterfulgt av teoretiske perspektiver på helsefremmende arbeid. Sentrale begreper innenfor salutogenese vil bli presentert i dette kapittelet, sammen med en introduksjon til hvordan salutogenese kan fungere som et teoretisk rammeverk i psykisk helsearbeid. Videre vil jeg redegjøre for teori innenfor terapifeltet, med hovedvekt på alliansens betydning. L. Johannesen et. al (2018, s. 29) tar for seg spørsmålet om hvilken hensikt teori og teorien har i en akademisk oppgave som denne. De forklarer begrepet teori som *ett sett med antakelser om et fenomen*, og som man i forskning bruker til å gjøre rede for betydningen av begreper i studien. Teorien som presenteres i dette kapittelet danner grunnlag for den senere drøftingen av datamaterialet fra intervjuene.

2.1 Definisjoner av helsebegrepet

Begrepet *helse* har vært gjenstand for mye diskusjon opp gjennom årene, og er definert på ulike måter i litteraturen. I boken *Health* gjør Blaxter (2010, s. 10) rede for hvordan helse historisk sett har blitt forklart, med utgangspunkt i begreper som normalitet og homeostase, der sykdom ble sett som avvik fra det normale. Slike forståelsesmodeller gir i følge Blaxter opphav til flere problemer og dilemmaer, for hva er egentlig normalt, og for hvem? Blaxter peker på at normalitet vil variere utfra tiden man lever i, hvilken kunnskap som er tilgjengelig og hvordan normalitetsbegrepet forstås (Blaxter, 2010, s. 10).

Som et resultat av misnøye med de medisinske forklaringsmodellene, har mer positive definisjoner av helsebegrepet etter hvert trådt frem. De positive definisjonene rommer et mer helhetlig syn på helse, ved å inkludere betydningen av sosiale faktorer og se mennesket som en del av et komplekst system (Blaxter, 2010, s. 17). Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i et helhetlig syn på helse, og i det helsefremmende perspektivet i psykisk helsearbeid. Borge (2014, s. 32) gjør rede for hva et helhetlig menneskesyn kan være, blant annet ved å referere til den tyske filosofen Gadamer. Gadamer definerte helse som en helhetstilstand, hvor kropp og psyke ikke kan skilles

fra hverandre. Han hevdet at mennesker eksisterer som en helhet, og i samspill med sine omgivelser (Borge, 2014, s. 32). Menneskesynet som ligger til grunn for denne masteroppgaven samsvarer med Gadamers forståelse. Utgangspunktet er dermed en forståelse av mennesket som en helhet, hvor helse og livskvalitet avhenger av både individuelle og omliggende faktorer.

Som hovedteori innen helsefremmende arbeid, har jeg valgt Aaron Antonovsky sin teori om salutogenese. Antonovskys forståelse av helse og sykdom er et eksempel på det Blaxter omtaler som en positiv definisjon av helsebegrepet (Blaxter, 2010, s. 17). Antonovskys grunnleggende antakelse om helse var at helse og sykdom ikke står i motsetning til hverandre (Antonovsky, 2012, s. 16). Antonovsky definerte helse som et kontinuum, og i stedet for å se mennesker som enten syke eller friske, mente Antonovsky at alle mennesker til enhver tid befinner seg et sted på kontinuumet. Han tegnet kontinuumet opp som en linje der en person på den ene siden opplever optimal helse, mens uhelse befinner seg i den andre enden. En salutogen tilnærming til helse vil være å stille spørsmål som kan forklare hvorfor noen beveger seg i retning helse på kontinuumet, fremfor søkelys på sykdom og risikofaktorer (Antonovsky, 2012, s. 16). Antonovskys definisjon av helsebegrepet representerer denne i masteroppgavens forståelse av sykdom og helse. Flere sentrale begreper i salutogeneren vil bli nærmere beskrevet i avsnitt 2.3.

Blaxter mente også at det å oppleve god helse, ikke nødvendigvis ekskluderer fysiske og psykiske helseplager. Og på samme måte kan mennesker oppleve dårlig helse, til tross for fravær av fysisk eller psykisk sykdom. En slik forståelse åpner for at helse oppleves subjektivt, og for at menneskers egne opplevelser kan tilføre nye dimensjoner til begrepet (Blaxter, 2010, s. 25). De norske professorene Benedicte Instad og Per Fugelli har forsket på nettopp hva "folk flest" legger i begrepet helse. Ved å intervjuer 80 mennesker om deres oppfatninger av god helse, kom forskerne frem til nøkkelbegreper som trivsel, humor, mestring, funksjon og overskudd (Fugelli og Ingstad, 2001). I sitt forskningsprosjekt identifiserte de også tre kjennetegn som de mente skiller seg markant fra den medisinske måten å tenke om helse på, deriblant begrepet *helhet*. Intervjuobjektene var opptatt av at helsen er uløselig knyttet til livet

som helhet- barn, familie, arbeid og økonomi. De var også *pragmatiske*, de aksepterte endringer som følge av aldring, og mange opplevde god helse til tross for enkelte plager dersom de ellers hadde det godt i livet. I tillegg så intervjuobjektene på helse som noe *individuell*, hvor enhver må finne sin egen vei til trivsel og god helse (Fugelli og Ingstad, 2001).

2.2 Helsefremmende arbeid- på individ og systemnivå

Begrepene *helsefremmende og forebyggende arbeid* brukes ofte sammen, eller om hverandre, som det er en og samme sak. Men de to begrepene har ulik betydning; *forebyggende arbeid* handler ifølge Garsjø (2018, s. 26) om å identifisere risikofaktorer og sette inn tiltak for å forhindre at noe galt skal skje. *Helsefremmende arbeid* innebærer derimot å rette oppmerksomheten mot positive faktorer som bidrar til god helse, både i den enkeltes liv, men også på samfunnsnivå. Forskjellen blir dermed at helsefremmende arbeid er orientert mot ressurser og beskyttelsesfaktorer, ikke problemer og risikofaktorer (Garsjø, 2018, s. 27). Garsjø hevder at forebyggende og helsefremmende arbeid både er et privat, offentlig og politisk anliggende, men at de viktigste tiltakene skjer på samfunnsnivå (Garsjø, 2018, s. 40). Med dette mener han de samfunnsmessige og politiske avgjørelsene som setter rammebetingelser for livet vårt, som hevdes å lett bli oversett i faglige sammenhenger, til fordel for behandling av individuelle problemer (Garsjø, 2018, s. 41). Han understreker at helsetjenestene, og de profesjonelt ansatte der, har et viktig ansvar i det helsefremmende arbeidet både på individ- og samfunnsnivå.

Forebyggende og helsefremmende arbeid faller inn under fellesbetegnelsen *folkehelsearbeid*, et begrep som beskriver samfunnets totale innsats med det forebyggende og helsefremmende arbeid (Sletteland, 2012, s. 13). Folkehelsearbeid, herunder den helsefremmende tenkningen, ble for første gang satt i system av Verdens helseorganisasjon i 1986, gjennom dokumentet Ottawa-charteret (Lindström & Eriksson, 2015, s. 38). Dokumentet ble utarbeidet i forbindelse med den første verdenskonferansen for helsefremmende arbeid, og var retningsgivende for en mer helhetlig tankegang rundt helse og livskvalitet. Ottawa-charteret fremmet betydningen

av menneskers mulighet og evne til å leve aktive og deltakende liv, og ulike determinanter for helse ble definert.

2.3 Antonovskys teori om salutogenese

En sentral teori innenfor helsefremmende arbeid er salutogenese, utviklet av sosiologen Aaron Antonovsky. Ifølge Lindström & Eriksson (2015, s. 7) er salutogenesen blant de viktigste teoriene og modellene for helsefremmende arbeid, og det er denne teorien som har generert mest helsefremmende kunnskap og forskning i den senere tid. Teorien kan sees i sammenheng med det tidligere omtalte Ottawa-charteret, som følge av flere overlappende begrep og kjennetegn (Lindström & Eriksson, 2015, s. 41). I likhet med Ottawa-charteret, vektlegger salutogenese omgivelsenes betydning for helse og livskvalitet. Omgivelser kan forsås som viktige samfunnsmessige betingelser som tilgang til utdanning, bolig, økonomi og sosial likhet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 42-43).

Antonovsky introduserte den salutogene modellen for første gang i 1979, som en motsats til den mer tradisjonelle patogenesen (Antonovsky, 2012, s. 15). Patogenesen kan forstås som et medisinsk og sykdomsorientert syn på helse, der man anser mennesker for enten friske eller syke. Antonovsky tok utgangspunkt i at en stor del av befolkningen i en moderne tid lider av en eller annen tilstand som kan karakteriseres som sykdom, som jo tilsier at sykdom er nokså vanlig (Antonovsky, 2012, s. 16). I sin forskning så Antonovsky at noen mennesker klarte seg bra og opprettholdt god helse, til tross for belastninger de var utsatt for. Han ble interessert i å finne ut hva som bestemmer utfallet av potensielt stressende hendelser på helsen, det vil si hvorvidt de fører til bevegelse i den ene eller andre retningen på helse-kontinuumet (Antonovsky, 2012, s. 16). Stress, i den salutogene forståelsen, er ikke nødvendigvis bare skadelig eller sykdomsfremkallende (Langeland & Vaardal, 2014, s. 48). Stress og belastning er en del av livet, hvor spenning er den naturlige og riktige reaksjon. Spenning kan påvirke helsen enten negativt, nøytralt eller positivt. I følge den salutogene tankegangen kan spenning, dersom den håndteres hensiktsmessig, ha potensiale til å fremme mestring og helse (Langeland & Vaardal, 2014, s. 48).

2.3.1 Opplevelse av sammenheng

Som et svar på spørsmålet om hva som bestemmer om man opplever god eller dårlig helse, utviklet Antonovsky salutogenesens hovedbegreper *Opplevelse av sammenheng* og *generelle motstandsressurser* (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-29). Opplevelse av sammenheng (OAS) beskrives som en livsinnstilling, som bestemmer i hvilken grad en person opplever sitt liv som *begripelig, håndterbart og meningsfullt* (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Antonovsky selv definerte begrepet opplevelse av sammenheng som;

En helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente (Antonovsky, 2012, s. 41).

Opplevelse av sammenheng er en måte å tenke, føle og handle på, og som kommer til uttrykk i en subjektiv opplevelse av mening i eget liv. For å studere og måle OAS laget Antonovsky et spørreskjema basert på de tre faktorene *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*, et skjema som er mye brukt i senere studier (Lindström & Eriksson, 2015, s. 31). Nyere internasjonal forskning viser sammenheng mellom høy grad av OAS og god psykisk helse og livskvalitet, og man ser at en sterk OAS motvirker diverse psykiske helseplager (Lindström & Eriksson, 2015, s. 46).

2.3.2 Motstandsressurser

Et annet viktig begrep i salutogenese er det Antonovsky definerte som generelle motstandsressurser. Tilgang på generelle motstandsressurser er, i følge Antonovsky, en vesentlig faktor for hvordan personer mestrer stress og motgang (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29). Grad av OAS henger tett sammen med motstandsressurser, fordi tilgang motstandsressurser danner grunnlag for utviklingen av opplevelse av sammenheng. Motstandsressurser beskrives som de indre og ytre ressurser en person har tilgjengelig, og som han eller hun evner å benytte seg av (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29-30).

2.3.3 Salutogenese i psykisk helsearbeid

Hvordan psykisk helsearbeid kan forstås og utøves med utgangspunkt i den salutogene tankegangen, har i den senere tid interessert både forskere og klinikere. Blant annet har Eva Langeland, på bestilling fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), laget en kunnskapsoppsummering om salutogenese og psykiske helseproblemer. Her gis en fremstilling av hvordan salutogenese kan anvendes som rammeverk i den hensikt å forstå og behandle psykiske helseplager. Langeland vektlegger forholdet mellom stressfaktorer og motstandsressurser, og ser på hvordan behandling kan bidra til aktiv tilpasning til belastninger og endringer (Langeland, 2014, s. 14). I salutogenese er diagnoser mindre viktig, det psykisk helsearbeid bør i stedet ha fokus på personens historie, ressurser og mestringserfaringer. Hovedmålet med psykisk helsearbeid, i en salutogen forståelse, er å fremme god psykisk helse og livskvalitet ved å styrke opplevelsen av sammenheng (OAS).

I boken «Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid» hevder Langeland & Vaardal at psykisk helsearbeid bør anses som behandling, med den begrunnelsen at de salutogene tilnærmingene er ment å styrke evnen til å mestre psykiske helseplager (Langeland & Vaardal, 2014, s. 53). I den salutogene forståelsen blir belastninger og stress ansett som noe normalt og alminnelig, og psykologisk behandling skal fremme aktiv tilpasning til livet og hverdagen. Sentrale salutogene tilnærminger i behandling er å stille bevisstgjørende spørsmål om muligheter og ressurser, samt stimulere klienten til å søke kunnskap og nye erfaringer (Langeland & Vaardal, 2014, s. 54). Gjennom samtaler om mestring, styrker og ressurser, kan hjelperen bidra til motivasjon og håp om positiv endring. Hjelperen bør være en god samtalepartner, og tilstrebe en allianse basert på empati, positiv aksept og genuinitet. Hjelperen bør rette søkelys mot personens ressurser og styrker, men samtidig lytte empatisk til smerte og strev som formidles (Langeland & Vaardal, 2014 s. 54).

I følge Langeland & Vaardal kan det salutogene perspektivet benyttes i flere deler av de psykiske helsetjenestene, både i akutte kriser og i mer langsiktig behandling eller

rehabilitering. Sentralt i salutogen tilnærming i psykisk helsearbeid er at brukeren som mottar hjelp skal oppleve sin situasjon som mer forståelig, håndterbar og meningsfull. Hjelpen kan bestå av samtale, tilrettelegging for meningsfulle aktiviteter, styrke private relasjoner eller til å bedre forstå og håndtere følelser (Langeland & Vaardal, 2014, s. 54-56).

2.4 Perspektiver på psykoterapi

Forståelsen av psykoterapi i denne oppgaven baseres på følgende definisjon;

Psykoterapi er primært en mellommenneskelig behandling som a) er basert på psykologiske prinsipper; b) involverer en utdannet terapeut og en klient som søker hjelp for et psykisk problem eller sykdom; c) hvor behandlingen har til hensikt å være til hjelp for klientens problem eller sykdom; og d) er tilpasset den enkelte klient og hans eller hennes problem eller sykdom (Wampold & Imel, 2015, s. 37, min oversettelse).

Fordi Wampold og Imels definerer psykoterapi som mellommenneskelig behandling, inkluderer begrepet ikke ren selvhjelp, eksempelvis internettbasert behandling.

Imidlertid kan psykoterapi støtte seg til slike tiltak, ved at klienten har hjemmeoppgaver eller bruker ulike selvhjelpsverktøy ved siden av behandlingen.

Frem til midten av 1900-tallet fantes det lite forskning på psykoterapi som fagfelt, og terapeuter baserte i hovedsak sin praksis på erfaring og kliniske eksempler (Duncan et al., 2010 s. xix). De siste 60 årene er det imidlertid skjedd en stor utvikling på forskningsfeltet, og man har fått viktig kunnskap om hva som virker i psykologisk behandling. Til tross for dette har, ifølge (Duncan et al., 2010 s. xix), få klinikere vært klar over kunnskapsgrunnlaget for praksisen de utøver. Ifølge Hartmann (2013, s. 21) viser undersøkelser at klinikere i liten grad har hatt tillit til terapiforskning. Det kan være ulike forklaringer på dette, en mulighet er motstand mot forskningens tendens til å fremme manual-basert terapi. I tillegg har enkelte forskere hevdet at psykoterapi ikke har effekt, noe som har gitt lite gjenklang hos klinikere som i praksis opplevde at behandlingen de ga virket (Hartmann, 2013, s. 22).

Forskningsfunn har imidlertid vist at de fleste klienter har god effekt av psykoterapi. Faktisk så mange som 80%, sammenlignet med kontrollgrupper som ikke får behandling for sine psykiske plager. Samtidig har studier vist at i de aller fleste tilfeller, med unntak av enkelte angst- og tvangslidelser, er det ingen spesifikke terapimetoder som har bedre effekt enn andre. Imidlertid tyder forskningen på at psykoterapi har et sett med *fellesfaktorer*, det vil si faktorer som er virksomme uavhengig av hvilken terapeutisk metode som benyttes (Hartmann, s. 23).

2.4.1 Fellesfaktorer i psykoterapi

På 1930-tallet la psykologen Saul Rosenzweig frem teorien om de såkalte fellesfaktorenes betydning i psykoterapi. Fellesfaktorer beskrives som kraftfulle faktorer som forklarer effekten av terapi på tvers av ulike metoder (Duncan et al., 2010, s. 4). Rosenzweig var av den oppfatning at fellesfaktorene er så viktig, at terapimetoden i seg selv har lite å si for effekten av behandling. Han var også grunnleggeren av det kjente uttrykket «The Dodo Verdict», som refererer til historien om *Alice i Eventyrland*. I historien deltok alle fuglene i et kappløp, og alle vant premien. Rosenzweig brukte denne metaforen for å understreke sin oppfatning av at alle former for psykoterapi er like effektive (Duncan et al., 2010, s. 8), det vil si at alle som mottar psykologisk behandling på sett og vis vinner.

I 2009 gjorde Marvin Goldfried en sammenstilling av forskning på fellesfaktorer, det vil si faktorer som virker i terapi på tvers av ulike teoretiske retninger. Goldfried nevner her 4 sentrale faktorer; 1) Klientens forventning til at terapien skal være til hjelp, og egen motivasjon til å jobbe sammen med terapeuten. Goldfried hevder at uten positiv forventning og motivasjon, vil selv den beste behandling mislykkes. 2) En terapeutisk allianse som stimulerer til motivasjon og positiv forventning, samt sørger for en felles forståelse av hvordan hjelpen skal foregå. 3) klientens bevissthet om hva som har forårsaket hans eller hennes problemer, 4) korrigerende erfaringer og kontinuerlig utforskning av nye handlingsmønstre (Goldfried, 2009).

2.4.2 Allianse i psykoterapi

Fellesfaktorene har siden vært gjenstand for mye forskning, særlig har forskningen vært preget av behandlingsalliansens betydning for bedringsprosesser Norcross (2010, s. 114). Norcross hevder at den terapeutiske alliansen er den desidert mest betydningsfulle faktoren for en vellykket terapiprosess, og dermed den bestanddelen i terapi som bør forskes, øves og læres mest om. Den terapeutiske alliansen er en forutsetning for endring og bedring, og omtales som *den mest felles av alle fellesfaktorer* (Norcross, 2010, s.114). Norcross er samtidig opptatt av å ikke undervurdere betydningen av andre faktorer, eksempelvis å ha en metodisk tilnærming, men mener at man uansett bør se den terapeutiske alliansen som hjørnesteinen i terapi. Den terapeutiske alliansen beskrives som de følelser og holdninger terapeuten og klienten har for hverandre, og hvordan disse uttrykkes (Norcross, 2010, s. 114).

I følge Bargmann (2017, s. 24) består den terapeutiske alliansen av fire elementer;

1. Enighet om mål, mening og formål med behandlingen
2. Enighet om arbeidsmåter og metoder
3. Enighet om behandlerens rolle, inkludert det å bli oppfattet som varm, empatisk og ekte
4. Forståelse og imøtekommelse av klientens preferanser

(Bargmann, 2017, s. 24)

For at den terapeutiske allianse skal fungere, og dermed også terapien, er man avhengig av alle de fire elementene er på plass. Forskning viser at det er stor forskjell på behandleres evne til å gi effektiv behandling, og den største faktoren ser ut til å være behandlerens evne til å skape en god terapeutisk allianse (Bargmann, 2017, s. 23). Norcross (2010, s. 115) viser til studier som har sett på hva klienter selv mener har virket best i terapi. Ikke overraskende fremhever de relasjonen til terapeuten som mest hjelpsomt, ikke de spesifikke teknikkene eller metodene de fikk i behandlingen. Forskningen viser også at klienter vektlegger varme, forståelse og annerkjennelse fra terapeuten. Motsatt ble faktorer som bagatellisering, angrep, skyld, ignorering og avvising oppfattet som negative.

I forskning på generelle faktorer som avgjør om den terapeutiske relasjonen er virksom, fremheves blant annet terapeutens empatiske evne. Norcross refererer til Carl Rogers definisjon av empati; «Empati er terapeutens sensitive evne og vilje til å forstå klientens tanker, følelser og strev fra deres ståsted» (Rogers, 1957, sitert i Norcross, 2010, s. 118). I tillegg kreves det at terapeuten evner å kommunisere denne forståelsen til klienten på en slik måte at klienten kan ta imot, og verdsette den. Terapeutens empatiske evner har betydning for terapiens effekt, fordi den bidrar til en god relasjon og støtter oppunder endringsprosesser (Norcross, 2010, s. 118-119). Andre betydningsfulle faktorer i den terapeutiske relasjonen er samarbeidsklime, herunder felles forståelse av målsettinger, metode og virkemidler, og gjensidig engasjement.

Norcross peker på betydningen av at tilgjengelige forskningsfunn skal føre til forbedring av praksis, og foreslår noen grep som kan kvalitetssikre arbeidet med den terapeutiske alliansen. Kritik og nedsettende kommentarer bør unngås, spesielt i møte med klienter som selv har et kommunikasjonsmønster preget av avvisning og kritikk. I tillegg bør terapeuter lytte til, og verdsette, klientenes erfaringer, preferanser og oppfatninger, og man bør spørre klientene om hva som har vært mest hjelpsomt med terapien (Norcross, 2010, s. 116-117).

2.4.3 Tilbakemeldingsverktøy

Fordi studier viser terapeuter generelt er dårlig til å vurdere hvordan klienten opplever alliansen, bør terapeuter sørge for å systematisk innhente klientens tilbakemeldinger (Norcross, 2010, s 117). Som et svar på denne antakelsen, og med utgangspunkt i forskning på fellesfaktorenes betydning i terapi, utviklet Scott D. Miller og Barry Duncan idéen om bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandling av psykiske helseplager, også kalt Feedback Informed Treatment (FIT). Hensikten var å sikre brukerens autonomi og innflytelse på behandlingen, samt sørge for systematisk dokumentasjon av behandlingseffekt (Bargmann, 2017, s. 15). Miller og Duncan utviklet to måleredskaper til bruk i terapi; The Outcome Rating Scale (ORS) og The Session Rating

Scale (SRS). Ved hjelp av at brukers tilbakemeldinger på disse skjemaene, kunne behandleren følge med på både behandlingseffekten og brukers opplevelse av samarbeidet med behandleren. Grunnleggerne hevder at FIT vil bidra til mer tilpasset behandling, og dermed økt effektivitet og bedre resultater (Bargmann, 2017, s. 15). Bruken av feedback-verktøy blir stadig mer utbredt i Skandinavia, og FIT brukes nå systematisk i flere deler av de kommunale helsetjenestene i Norge (NAPHA, 2016).

3 METODOLOGI

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av den metodiske tilnærmingen i studien, sammen med redegjørelse for forforståelse og vitenskapsfilosofisk ståsted. Videre vil jeg vise hvordan intervjuguiden ble utformet, og hvordan rekrutteringsprosess og intervju foregikk. Prosessen med å analysere data fra intervjuene blir gjennomgått i dette kapitlet. Til sist vil jeg vise hvilke grep som ble tatt for å sikre krav til forskningsetikk og kvalitet, med særskilt oppmerksomhet på konfidensialitet og nærhet til forskningsfelt og deltakerne.

3.1 Kvalitativ metode

Hensikten med denne oppgaven har vært å bringe frem terapeuters *erfaringer* og *beskrivelser* fra samtaler med personer med psykiske helseplager. Hvordan beskriver de fenomener i sin arbeidshverdag, og hva er deres subjektive forståelse av god hjelp til mennesker med psykiske helseplager? Studien er basert på individuelle intervju, en tilnærming som søker refleksjon og fortelling. En slik måte å innhente kunnskap på beskrives av Tjora (2017, s. 24) som en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning kjennetegnes av at forskeren har til hensikt å forstå deltakernes opplevelser og meningsdanning, og i kvalitativ forskning er forskeren tett på og i interaksjon med sine informanter (Tjora, 2017, s. 24).

I følge Thaagard (2013, s. 198) kan metodiske tilnærminger i kvalitativ forskning være *induktive* eller *deduktive*. Induktiv tilnærming kjennetegnes av at nye teorier utvikles basert på analyse av empirisk data, ofte kalt «grounded theory». Deduktive tilnærminger tar derimot utgangspunkt i eksisterende teori når data skal analyseres, og hensikten er å utvikle de opprinnelige teoriene. Thaagard peker imidlertid på en tredje posisjon, *abduksjon*. Abduksjon plasserer seg mellom de induktive og abduktive fremgangsmetodene, for eksempel ved at en studie har en teoretisk forankring, samtidig som den utvikler nye perspektiver ved hjelp av systematisk analyse Thagaard (2013, s. 201). Slik jeg forstår begrepene knyttet til teoretisk og empirisk forankring, mener jeg at studien i denne masteroppgaven har en abduktiv tilnærming. I oppgavens

planleggingsfase brukte jeg mye tid på å lese om ulike teorier og helsefremmende tilnærminger til psykisk helsearbeid. Jeg hadde med meg begreper fra helsefremmende teori i utarbeidelsen av intervjuguiden, og på den måten kan man si at studien tok utgangspunkt i allerede etablert teori. I analysen tilstrebet jeg imidlertid å legge bort teori og lete åpent etter mønster i datamaterialet.

3.1.1 Forforståelse

Valget om å vektlegge det helsefremmende perspektivet handler i hovedsak om egen interesse og engasjement for helsefremmende arbeid. Samtidig har jeg, som beskrevet i innledningen, en oppfatning av at helsefremmende tenkning bør ha en sentral plass i det psykiske helsearbeidet. Både i tidligere studieoppgaver i forbindelse med etterutdanning i psykisk helsearbeid, og i min daglige praksis, har jeg vært opptatt av hvordan helsefremmende tenkning og tilnærming kan implementeres i praktisk psykisk helsearbeid. Årene som psykisk helsearbeider har brakt med seg kunnskap og erfaring, ikke minst har de hundrevis av samtaler jeg har hatt med mennesker som strever, dannet grunnlag for holdningene mine til psykisk helsearbeid i dag. Jeg er opptatt av likeverdige relasjoner, medvirkning og helhetlig tenkning, også i terapeutisk sammenheng. Disse holdningene og oppfatningene har vært med inn i studien som *forforståelse*. Begrepet forforståelse innebærer, ifølge A. Johannessen et al. (2016, s. 34), kunnskap og oppfatninger mennesker har med seg og som anvendes til å tolke og forstå det som skjer. Ofte som en ubevisst prosess, men som i forskningssammenheng er avgjørende å reflektere over og ikke minst være åpen om når man presenterer sine resultater og metodiske tilnærminger. Forskerens forforståelse vil påvirke valg av forskningstema, hvilke faktorer som vektlegges og hvordan data tolkes (A. Johannessen et al., 2016, s. 35). A. Johannessen forklarer at forskeren på denne måten «siler» informasjon gjennom et filter av forforståelse, bestående av egen interesse, erfaring og kunnskap. Gjennom alle fasene i studien har jeg forsøkt å ha et bevisst forhold til hvordan min forforståelse har påvirket og «silt» informasjon og data.

3.2 Vitenskapelig ståsted

Denne studien er forankret i et fenomenologisk vitenskapssyn. At man i kvalitativ forskning benytter en fenomenologisk tilnærming, betyr ifølge A. Johannessen et al. (2016, s.78) å utforske og beskrive fenomener slik mennesker oppfatter og erfarer dem. Fenomenologi tar utgangspunkt prinsippet om at dersom man vil forstå verden, må man forstå menneskene som lever i den. Hensikten med fenomenologisk forskning er å øke forståelse gjennom å fange og beskrive andres livsverden (A. Johannessen et al., 2016, s. 78).

Fenomenet som studeres i denne oppgaven var det å fremme psykisk helse gjennom samtaler med brukere. Jeg har innhentet kvalitativ kunnskap om samtalerapeuters subjektive erfaringer fra sin praksis, ved å etterspørre deres beskrivelser av sitt arbeid. Hvordan verden oppleves for subjektets bevissthet omtales av Thornquist (2018, s. 101) som «livsverden». I denne sammenheng, hvor det har blitt forsket på ansatte i en helsetjeneste, forstår jeg begrepet livsverden som terapeutenes daglige praksis. Det var ikke deres personlige eller private liv jeg var interessert i, men hvordan de som terapeuter hjelper og støtter brukere av tjenesten. Med kvalitative intervju som datainnsamlingsmetode, inviterte jeg meg selv inn i terapeutenes livsverden ved å etterspørre deres subjektive erfaringer og beskrivelser. Deltakerne ble oppfordret til å reflektere og sette ord på hvordan de forholder seg til menneskene de møter.

Samtidig har data fra undersøkelsen blitt gjenstand for en fortolkende prosess, gjennom tematisk analyse og drøfting. Hermeneutikk er ifølge Brottveit (2018, s. 32) den fortolkende vitenskap. En vanlig tilnærming til hermeneutisk forskning er å beskrive og fortolke data innhentet via lyd, bilder, mennesker eller tekster (Brottveit, 2018, s. 34). I denne oppgaven var datamateriale basert på tekst fra kvalitative intervju, som siden gjennomgikk en hermeneutisk fortolkningsprosess i den tematiske analysen. Den hermeneutiske spiralen, slik Thornquist (2018, s. 171) beskriver den, er en prosess der man søker å forstå virkeligheten gjennom å undersøke deler og helhet vekselvis. Ved å forstå en del av virkeligheten, ser man helheten i et nytt lys, som igjen fører til en ny oppfattelse av helheten. I så måte kan man forstå analysen som en hermeneutisk spiral. I analysen leste jeg intervjutekstene, lete etter koder på tvers av intervjuene, og så deretter etter overordnede mønster og kategorier.

3.3 Kvalitativt individuelt intervju

Det finnes ulike måter å innhente kvalitative data på, og vanlige forskningsmetoder er blant annet dokumentanalyse, deltakende observasjon og intervju. Kvalitative intervju kan foregå både i gruppe, som i et fokusgruppeintervju, eller en til en. I denne studien ble både individuelle intervju og fokusgruppeintervju vurdert, og valget falt til slutt på individuelle intervju. En kan anta at et fokusgruppeintervju med hele det kortvarig psykisk helse- teamet deltakere ble rekruttert fra, kunne gitt opphav til spennende diskusjoner og et rikt datamateriale. Årsaken til valget om individuelle intervju er at blant annet at datainnsamlingen pågikk i en periode med pandemi og omfattende smittevernstiltak, og det ble for usikkert å planlegge for en fysisk gruppesamling. Sett i ettertid er jeg tilfreds med avgjørelsen om individuelle intervju, og jeg opplevde at intervjuene ble svært innholdsrike og informative, i tillegg til at det ble en spennende og lærerik prosess for meg.

I kvalitative intervju, som i denne studien, er hensikten å legge til rette for en samtale hvor deltakeren får reflektere rundt tema i studien. Intervjuguiden inneholder åpne spørsmål, i motsetning til kvantitative spørreundersøkelser med faste svaralternativer (Tjora, 2017, s. 113). Kvale & Brinkmann (2019, s. 46) kaller en slik måte å undersøke tema og fenomener fra intervjupersonenes hverdag på, for et semi-strukturert livsverden intervju. Gjennom livsverden intervju søker man beskrivelser og fortolkninger av studiens interesseområder, ved hjelp av et sett med åpne spørsmål.

3.3.1 Utvalg og rekruttering

I den utvalgte kommunen var det en egen Psykisk helse- og rustjeneste, med en intern inndeling der et team jobbet med psykisk helse, og et team ga tilbud til brukere med rusavhengighet. I ansattgruppen som arbeidet med psykisk helsetjeneste, var 11 av terapeutene i tillegg knyttet til et eget kortvarig psykisk helsehjelp-team. Fordi problemstillingen i denne oppgaven handlet om kortvarig samtaleoppfølging, ble det

naturlig å gjøre et strategisk utvalg innenfor kortvarig psykisk helsehjelp-teamet. Strategisk utvalg betyr at man rekrutterer deltakere som forventes å kunne reflektere over og belyse de tema som er gjenstand for undersøkelse (Tjora, 2017, s. 130). Jeg bestemte at kriteriet for deltakelse i studien skulle være relevant høyere utdanning innenfor psykisk helse eller psykologi. I tillegg ønsket jeg at deltakerne skulle ha minst 2 års erfaring fra terapeutiske samtaler i kommunen og da helst med kortvarig samtaleforløp. Alle som deltok i studien fylte disse to kriteriene.

Jeg begynte rekrutteringsprosessen med å informere om prosjektet på et teammøte for den aktuelle gruppen. Her informerte jeg om bakgrunn og hensikt med prosjektet, om problemstilling, etiske betraktninger inkludert frivillig deltakelse, samtykke, personvern og datalagring. Jeg leverte ut informasjonsskriv (vedlegg 3) basert på mal fra Norsk senter for forskningsdata, og ba interesserte om å ta kontakt med meg på e-post. Teammøtet var delvis digitalt, og kun om lag halvparten av deltakerne var fysisk til stede. Derfor ba jeg koordinator i teamet om å sende presentasjonen og informasjonsskrivet til de ansatte som ikke deltok fysisk. Jeg rekrutterte 3 deltakere rett i etterkant av møtet, og etter en påminnelse på e-post fra koordinator fikk jeg positiv respons fra ytterligere 2 deltakere. I tillegg var jeg så heldig at avdelingsleder viste engasjement for prosjektet, og meldte raskt interesse for å bidra. Fordi leder ikke jobber direkte med terapeutiske samtaler, vurderte jeg at jeg ikke kunne bruke hen som deltaker, men inviterte i stedet til å delta i et pilot-intervju. På den måten fikk jeg nytte av leders engasjement, samtidig som hen fikk et innblikk i spørsmålene som deltakerne ville bli stilt.

Til sammen 5 deltakere ble inkludert i studien. Alle som meldte seg ble inkludert, med fordel at jeg unngikk flere runder med påminnelser, som for de ansatte kanskje ville oppleves som press. Deltakerne hadde ulik alder, utdanning og yrkeserfaring. Noen av deltakerne hadde jobbet lenge innen kommunal psykisk helsetjeneste, og flere hadde erfaring fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Noen hadde flere ulike videreutdanninger og spesialiseringer innen psykisk helse. Alle deltakerne hadde jobbet med terapeutiske samtaler i mange år, og hadde lang erfaring fra samtaler med brukere med psykiske plager. Jeg kunne derfor være trygg på at deltakerne var godt

egnet til å belyse mine forskningsspørsmål. I tillegg var alle i jobb på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, og hadde ferske erfaringer å dele. Av hensyn til deltakernes konfidensialitet beskrives ikke utvalget ytterligere. Undersøkelsen er gjort på et forholdsvis lite sted, og på en arbeidsplass hvor mange kjenner hverandre godt. Derfor velger jeg å ikke beskrive deltakere med kjønn, alder eller utdanning.

Når det gjelder antall deltakere, tar blant annet Thagaard (2018, s. 59) for seg spørsmålet om hvor mange deltakere man bør ha i en kvalitativ studie. Hun anbefaler å vurdere størrelsen på prosjektet og sikre seg at man ikke tar med flere deltakere enn at man kan utføre en grundig analyse. Jeg anser 5 deltakere som tilfredsstillende for en kvalitativ studie i forbindelse med en mastergradsoppgave, og jeg opplevde å komme til det Thagaard (2018, s. 59) beskriver som et «metningspunkt». Med metningspunkt mener jeg at etter 5 intervjuer var datamateriale tilstrekkelig rikt til å kunne belyse fenomener relevante for forskningsspørsmålene.

3.3.2 Semi-strukturert intervjuguide

Intervjuguiden inneholdt 3 hovedtemaer, i tillegg til innledende spørsmål om utdanning og yrkesfaglig bakgrunn. De tre hovedtemaene var;

- *Det helsefremmende perspektivet i psykisk helsearbeid.* Her ble deltakerne spurt om hvilke tanker og assosiasjoner de hadde til helsefremmende arbeid og tilnærminger i psykisk helsearbeid, samt hva de vektla når det gjaldt å fremme psykisk helse generelt.
- *Møte med personer med psykiske helseplager som følge av livsbelastninger.* Her stilte jeg spørsmål om deltakernes syn på livsbelastninger, hva de typisk ser hos brukere de møter, og om temaer eller tilnærminger som blir vektlagt i helsehjelpen.
- *Terapeutrollen.* Deltakeren ble spurt om hvilke terapeutiske egenskaper og holdninger de mente er betydningsfulle i møte med brukeren. Jeg spurte dem også om hvordan de selv ville ønsket å bli møtt, dersom de selv trengte hjelp fra et liknende tilbud.

I forkant av intervjuene hadde jeg gjort noen endringer i det første utkastet til intervjuguide, basert på erfaringer fra pilot-intervju. I forbindelse med pilot-intervjuet så jeg at det var rom for forbedring både når det gjaldt struktur, antall spørsmål, og hvordan enkelte spørsmål var formulert. I tillegg oppdaget jeg at både testpersonen og jeg ble mer engasjert i enkelte spørsmål enn andre. Det førte for eksempel til at jeg valgte å vektlegge terapeutrollen i noe større grad, og generelle spørsmål om helsefremmende tilnærming mindre.

Hvert tema i intervjuguiden hadde 3-6 forslag til spørsmål, som jeg forsøkte å innlemme i samtale heller enn at det skulle oppleves som en utspørring. Jeg opplevde at deltakerne hadde mye å si om de ulike temaene, men jeg la også merke til at noen spørsmål skapte mer engasjement og refleksjon enn andre. For eksempel stilte jeg innledningsvis spørsmål om hvilke oppfatninger de har av helsefremmende arbeid som begrep, og av det helsefremmende perspektivet i psykisk helsearbeid. Enkelte hadde et avklart og tydelig forhold til disse begrepene, mens jeg fikk inntrykk av at andre lette i hukommelsen etter teoretiske forklaringer og at de forsøkte å huske hva de hadde lest om temaene tidligere. Jeg ønsket ikke at deltakerne skulle oppleve intervjuet som en eksamenssituasjon, derfor valgte jeg å justere formuleringene og tone ned enkelte spørsmål litt. Andre spørsmål traff bedre, for eksempel svarte deltakerne engasjert og utfyllende på spørsmål om egen praksis og rolle, noe jeg tolket dithen at disse spørsmålene opplevdes mer relevante og interessante. Til tross for disse observasjonene ville jeg ikke å endre intervjuguiden for mye, men gjorde noen justeringer etter tilbakemeldinger jeg fikk fra deltakerne underveis. Intervjuguiden er lagt som vedlegg til masteroppgaven.

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Før gjennomføring av de ordinære intervjuene ønsket jeg å teste ut intervjuguide og utstyr i et pilot-intervju. Siden avdelingsleder takket ja til å fungere som test-person, kom avtale om pilot-intervju på plass ganske raskt. Pilot-intervjuet var planlagt som et fysisk møte, men på grunn av smittevernstiltak måtte jeg ta et valg om å enten avlyse eller gjennomføre testintervju digitalt. Siden jeg allerede hadde gjort avtale om første

ordinære intervju uken etter, valgte jeg å gjøre pilot-intervjuet digitalt for å unngå å forsinke den videre prosessen. I ettertid er jeg glad for erfaringene jeg gjorde i pilot-intervjuet, fordi det som nevnt førte til enkelte endringer som etter min mening gjorde intervjuguiden bedre.

Parallelt med planlegging og gjennomføring av pilotintervju, kom avtaler med deltakerne på plass fortløpende. Intervjuene ble gjennomført på deltakerens egne kontorer. Dette var et bevisst valg, fordi jeg ønsket at de skulle føle seg på hjemmebane. På sitt eget kontor kunne de sitte i de stolene de vanligvis sitter i når de snakker med brukere. Selv om jeg ikke hadde til hensikt å stille spørsmål om personlige eller helsemessige forhold, ville jeg skape en atmosfære preget av tillit og trygghet mellom deltakerne og meg. Jeg ønsket blant annet at deltakerne skulle reflektere over hvordan de selv er som terapeuter, et tema jeg oppfatter at fordrer et trygt rom uten bekymring for å bli dømt eller nedvurdert.

Tatt i betraktning at deltakerne kjente meg som kollega, vurderte jeg det som ekstra viktig å stille meg åpen, respektfull og med ord og kroppsspråk viste positiv nysgjerrighet ovenfor deres fortellinger. Jeg tilstrebet å innta en annen rolle enn den kollegaen de ser meg som til vanlig, og jeg forsøkte gjennom hele seansen å vise ydmykhet ovenfor deres vilje til å dele sin tid og sine refleksjoner med meg. Thagaard (2018, s. 99) kaller dette å «ta regi» over intervjusituasjonen. Blant annet peker han på betydningen av kontakten som etableres mellom intervjuer og forsker, og av den atmosfæren som skapes i rommet. Jeg kjøpte inn litt kjeks og brus for å vise takknemlighet for tiden deltakerne satt av til intervjuet. Jeg opplevde selv at det var en god og avslappet stemning under intervjusettingen, men samtidig kan jeg ikke være sikker på at mine intensjoner om å skape et trygt rom ble oppfattet på samme måte for deltakerne. Her må jeg bare lene meg på tilbakemeldingene jeg fikk etter intervjuene, og at det heller ikke i etterkant har kommet negative reaksjoner.

Intervjuene ble innledet med en rask gjennomgang av studiens bakgrunn og hensikt, og jeg gjentok de viktigste punktene om samtykke, anonymitet og personvern. Jeg anga rammer for tiden vi skulle være sammen, og fortalte kort om hvilke temaer jeg

hadde planlagt å gå gjennom. Videre gikk vi gjennom hovedtemaene, hvor jeg etter beste evne forsøkte å få svar på det jeg ønsket og samtidig tilstrebet flyt og refleksjon.

I etterkant av intervjuet ble det avsatt god tid til tilbakemeldinger, refleksjoner og reaksjoner. Jeg lyttet og noterte, og fikk med meg verdifulle erfaringer til de videre intervjuene. Kvale & Brinkmann (2019, s. 161) vektlegger en slik debrifing etter et forskningsintervju, både for å gi deltakeren mulighet for å gi tilbakemelding samt invitere til avsluttende innspill som kan være nye og interessante både for intervjuprosessen og som tilskudd til datamaterialet. I debrifingen med mine deltakere ble annet betydningen av det å stille oppfølgende spørsmål løftet frem, og enkelte opplevde det som nyttig å reflektere over egen praksis i en slik kontekst. En deltaker syntes det var litt utfordrende med såpass få og åpne spørsmål som jeg hadde, fordi hen ble usikkert om svarene ble relevante for meg. Her kunne nok jeg som intervjuer nok vært mer tydelig, og sørget for å gi tilstrekkelig med bekreftelser underveis. Ellers ga deltakerne uttrykk for at intervjuet opplevdes fint og at de følte seg ivaretatt.

Det ble ikke gjort opptak av debrifingen. Jeg vurderte å be om tillatelse til opptak, for å sikre at ikke relevante opplysninger gikk tapt. For mitt eget læringsutbytte sin del valgte jeg bort opptak, da jeg ønsket å gi deltakerne mulighet til å senke skuldrene og gi meg sine ærlige tilbakemeldinger. I stedet noterte jeg med penn og papir, men det kom ikke frem nye innspill relevante for problemstillingen i debrifingen. Datamateriale består dermed kun av transkripsjon fra den delen av intervjuet som er tatt opp på bånd.

3.4 Tematisk analyse av datamaterialet

Som analysemetode valgte jeg å bruke tematisk analyse i 4 steg, beskrevet av L. Johannessen (2018, s. 282). Fremgangsmåten er basert på Braun & Clarke (2006) sin beskrivelse av tematisk analyse i 6 trinn, oversatt til norsk og forenklet til 4 steg av Johannessen og medforfattere. Tematisk analyse blir beskrevet som en fleksibel og nyttig metode for å utforske kvalitative data, som kan anvendes uavhengig av vitenskapsfilosofisk retning, og som kan være godt egnet uerfarne forskere som meg selv (Braun & Clarke, 2006). Nettopp dette siste argumentet er hovedårsak til at jeg

valgte tematisk analyse, i tillegg til at den fremstår som en praktisk og relativt rett-frem metode for å utføre det som kan virke som en komplisert og krevende del av studien.

L. Johannessen et.al sin versjon av tematisk analyse består av følgende 4 trinn; 1.) Innhente og gjøre seg kjent med datamaterialet, 2.) kode viktige poeng, 3.) kategorisere data i temaer og til slutt 4.) rapportere resultatene (L. Johannessen et.al, 2018, s. 282). Jeg har også brukt annen metodelitteratur for å forstå og beskrive ulike deler av analysen, blant annet Kvale & Brinkmann (2019). I de neste underkapitlene vil jeg gjøre rede for den praktiske gjennomføringen av analyseprosessen.

3.4.1 Forberedelser

Intervjuene ble transkribert av meg fortløpende, og det ble første steg for å bli godt kjent med datamaterialet. Jeg transkriberte ord for ord, og utelot ikke annet enn mine egne introduksjoner til tema, som var like hver gang fordi jeg leste dem opp fra intervjuguiden. Kvale & Brinkmann (2019, s. 204) omtaler transkriberingsprosessen som en måte å omgjøre samtalen til empiriske data gjennom skriftliggjøring.

Intervjusamtalen blir strukturert slik at forskeren får en bedre oversikt over, og struktur på sitt datamateriale. Slik blir de empiriske dataene bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 206). Videre leste jeg gjennom transkripsjonene gjentatte ganger, i forskjellig rekkefølge hver gang, samtidig som jeg skrev korte notater med de første umiddelbare refleksjonene. Jeg laget et eget dokument der jeg skrev ned tanker jeg satt igjen med etter hver gjennomlesning Der noterte meg også temaer jeg så gikk igjen i de ulike intervjuene, eller temaer som skilte seg ut.

3.4.2 Koding

Jeg begynte kodingen med markeringstusj og utskrift av intervjuene på papir. Jeg gikk gjennom hvert enkelt intervju på nytt, markerte hovedpoeng og noterte egne refleksjoner underveis. Koding blir av L. Johannessen et.al (2018, s.284) omtalt som en *spørsmålsdrevet prosess*. I den forberedende fasen hadde jeg et overordnet

forsknings spørsmål som jeg jobbet ut ifra. Datamaterialet ble kodet relativt grundig i denne første fasten av kodingen, kun data som åpenbart ikke var relevante ble utelatt. Etter den første runden med koding begynte jeg å forberede meg på neste steg i analysen. Jeg strevde imidlertid med å finne et praktisk system i utskrifter, notater og lapper, og bestemte meg for å gjøre en ny gjennomgang av materialet i dataprogrammet Nvivo. Transkripsjonene ble derfor lastet inn i Nvivo og jeg gikk i gang med en ny runde med koding, samtidig som jeg hadde med meg utskriftene med markeringer og notater fra den første kodingen. Jeg opplevde at kodingen gikk mye enklere i Nvivo, og jeg fikk nå en bedre oversikt over, og struktur på datamaterialet.

3.4.3 Kategorisering

Etter kodingen gikk jeg videre til å kategorisere kodene. Dette ble en lang prosess med mye prøving og endring, blant annet fordi jeg opplevde at mange tema gikk over i hverandre. Jeg opplevde det som utfordrende å skille temaene fra hverandre, og så at temaene i starten liknet på intervjuguiden. Etter hvert som jeg kom gradvis videre i prosessen, ble det tydeligere hvilke tema som var naturlig å plassere sammen. Jeg endte til slutt med 3 hovedkategorier; «Samtaler som bevisstgjørende prosess», «Å fremme psykisk helse og livskvalitet i hverdagen» og «Den viktige behandlingsrelasjonen». Til slutt skrev jeg frem funnene, og ga hver kategori sine undertema. I kapittel 4.0 blir funnene rapportert og eksemplifisert med anonymiserte sitater.

3.5 Forskningsetikk

I planleggingen av datainnsamlingen, spesielt når det gjaldt forskningsetiske spørsmål, brukte jeg dokumentet «Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag» (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009). Dokumentet tar for seg problemstillinger knyttet til å utvikle et kvalitativt forskningsprosjekt, og berører blant annet rekruttering, samtykke, fordeler og ulemper for deltakere, personvern og lagring av data.

I tillegg har jeg vært opptatt av hvordan nærhet til både problemstilling og forskningsfeltet påvirker studiens troverdighet og kvalitet. Jeg ser at egne erfaringer og oppfatninger innvirker på alle deler av prosessen, slik jeg belyste i avsnittet om forforståelse. Spesielt har jeg vært opptatt av å være bevisst at deltakerne i studien også er mine kolleger. I de videre avsnittene vil reflektere over hvilken innvirkning dette kan ha hatt i arbeidet med å innhente data. Metodiske betraktninger knyttet til studiens resultater vil bli belyst i diskusjonskapittelet.

3.5.1 Å forske på egen arbeidsplass

Jeg er selv ansatt i teamet jeg har rekruttert deltakere fra, jeg har den samme arbeidshverdagen som dem og møter de samme brukerne av tjenestene. Hele retningen for masteroppgaven gjenspeiler et engasjement for terapeutiske samtaler, menneskemøter og det helsefremmende arbeidet med psykisk helse. En slik tett kobling til forskningsfeltet kan ha sine utfordringer. Jeg støtter meg imidlertid til Tjora (2017, s. 235), som hevder at samfunnsforskningen, i motsetning til den positivistiske tilnærmingen, ikke krever at forskeren er nøytral og uten forforståelse. Derimot sees forskerens faglige bakgrunn og ståsted som en ressurs, men som samtidig fordrer at forskeren forholder seg åpent og fleksibel underveis, og at man gjør rede for metodiske tilnærminger og valg.

Den kanskje største utfordringen knyttet til nærhet til forskningsfeltet i dette tilfellet handler om at deltakerne er egne kollegaer, og jeg har kjent flere av dem gjennom mange år. En mulig løsning kunne vært å rekruttere deltakere fra en liknende tjeneste i en omkringliggende kommune, hvor jeg kunne inntatt en mer nøytral utenforstående forskerrolle. Jeg overveide denne muligheten, nettopp for å sørge for en større avstand og nøytralitet til deltakere og forskningsmaterialet. Jeg valgte likevel å bruke eget arbeidsted, hovedsakelig fordi det ga store fordeler relatert til praktisk gjennomføring. Ved å bruke eget nettverk og interne kanaler kom jeg raskt i gang, og jeg kunne innkalle til intervjuer fortløpende etter hvert som deltakere meldte seg. En annen fordel ved å bruke eget nettverk var kommunikasjon, trygghet og tillit, som ofte

kan fungere bedre i en relasjon der man kjenner hverandre. Ved å allerede ha kjennskap til deltakerne, arbeidsstedet og kommunen sparte jeg også tid under intervjuet, og kunne vie mer oppmerksomhet til temaene for selve studien.

Løsningen jeg valgte stiller imidlertid krav til et kontinuerlig blikk på problemstillinger knyttet til rekruttering, intervjusituasjonen og bearbeiding av dataene. Norsk senter for forskningsdata (NSD) vektlegger blant annet betydningen av å være ekstra oppmerksom på frivillighet i rekruttering av deltakere på egen arbeidsplass. Dette forholdt jeg meg til ved å ikke spørre noen direkte, og ved å tydelig informere om frivillighet både på møtet og i informasjonsskrivet. Jeg opplyste om at det å takke nei til å delta ikke vil påvirke relasjon til verken meg eller arbeidsstedet. Verken leder eller kommunen hadde forøvrig initiert eller investert økonomisk i studien.

Skriftlige henvendelser som gjaldt deltakelse gikk gjennom koordinator i det aktuelle teamet, og jeg unngikk å snakke om prosjektet på arbeidsstedet ellers. Allikevel må jeg innse at enkelte kan ha følt seg forpliktet til å takke ja, kanskje spesielt siden både koordinator og leder har vært positivt engasjert og vektlagt prosjektets betydning for fagutvikling og kvalitet i tjenesten. Min person og rolle kan også ha påvirket hvem som valgte å melde seg, for eksempel ved at noen ansatte i teamet kjenner meg bedre enn andre. Ingen av deltakerne, eller andre i teamet, har imidlertid gitt uttrykk for at de har opplevd noe av dette som ubehagelig eller problematisk. Ingen har valgt å trekke seg fra studien.

3.5.2 Godkjenninger og konfidensialitet

Prosjektet ble godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD) den 23.12.2021 (se vedlegg 1). Fordi studien ikke samlet inn opplysninger om helse og sykdom, ble det ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regional forskningsetisk komité (REK). I innledningen til intervjuene ble deltakerne bedt om å ikke oppgi personsensitive eller taushetsbelagte opplysninger, og de ble oppfordret til å anonymisere eventuelle eksempler fra praksis. Studien ble godkjent av virksomhetsleder i den aktuelle kommunen (se vedlegg 2). Informasjonsskriv som var undertegnet av deltakerne, ble oppbevart i et låsbart skap på mitt kontor på arbeidsplassen. Transkripsjoner ble anonymisert og lagret i tråd med Universitetet i Sørøst-Norges retningslinjer,

lydopptak er lagret på sikker server i de samme systemene. Fordi jeg hadde så få intervjuer kunne jeg lett gjenkjenne og skille dem fra hverandre, derfor ble det ikke nødvendig å lage en koblingsnøkkel. Alle transkripsjoner, lydopptak og signerte informasjonsskriv blir slettet når prosjektet er avsluttet og oppgaven er godkjent.

For å sikre deltakernes konfidensialitet på en relativt liten arbeidsplass, var jeg nøye med å ikke navngi hvem som hadde meldt seg ovenfor de øvrige ansatte. Naturlig nok ble studien gjenstand for samtale og spørsmål på arbeidsplassen, og flere lurte på hvem som skulle delta som informanter. Jeg fikk inntrykk av folk flest ikke er klar over at deltakelse i en slik studie er konfidensielt, og jeg opplevde også at deltakerne selv ikke var klar over, og kanskje heller ikke så opptatt av å holde sin deltakelse hemmelig. For meg personlig var det oppmuntrende med positiv interesse for studien, men jeg forsøkte allikevel å holde en lav profil med prosjektet i intervjuperioden, nettopp for å ivareta deltakernes konfidensialitet på best mulig vis. For eksempel innkalte jeg til intervju i kommunens felles kalender, men brukte funksjonen «privat avtale» noe som gjør at andre ansatte ikke kan se hva slags avtale det gjelder. Jeg la også opp til at intervjuene, som foregikk på deltakernes egne kontorer, ikke skulle vekke oppmerksomhet, men kun se ut som en helt ordinær samtale mellom kollegaer. Å sitte sammen på hverandres kontor var ikke uvanlig på denne arbeidsplassen, for eksempel i forbindelse med faglige diskusjoner eller debriefing. Jeg oppfattet ikke at deltakerne opplevde denne løsningen problematisk, og har heller ikke fått tilbakemeldinger fra noen deltakere om at de ikke opplevde å få sin konfidensialitet ivaretatt. I presentasjon av funn er kjønn anonymisert, og deltakernes navn er pseudonymer.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene fra datasamlingen, inndelt i tre tema, hver med sine underkategorier. Innholdet i hvert tema vil bli beskrevet og eksemplifisert med anonymiserte sitater og utdrag fra de 5 intervjuene. De tre temaene har fått overskriftene: «Samtaler som en bevisstgjørende prosess», «Å fremme psykisk helse og livskvalitet i hverdagen» og «Den viktige behandlingsrelasjonen».

4.1 Samtaler som en bevisstgjørende prosess

Denne kategorien beskriver hvordan terapeutene opplever at samtaler kan ha effekt ved at brukere oppnår økt bevissthet om seg selv og egne prosesser, og hvordan samtaler kan bidra til å fremme forståelse, mestring og håp. Denne kategorien belyser også terapeutenes erfaringer knyttet til at folk som opplever livsbelastninger, kan ha mulighet for å oppnå vekst gjennom å tilegne seg kunnskap, både om seg selv og om psykisk helse generelt.

4.1.1 Å få fortelle sin historie

Deltakerne i undersøkelsen forteller at de i sin arbeidshverdag møter mennesker med store belastninger i livet. Det kan være akutte kriser som oppstår, eller mer langvarige belastninger som for eksempel det å være pårørende til kronisk syke. Mange som oppsøker tjenesten er stresset og slitne, og ifølge terapeutene beskriver mange brukere seg som utbrent, nedstemt og urolig. De sover kanskje dårlig, spiser lite og strever generelt med balanse og prioriteringer i hverdagen. Ofte kan det ha skjedd flere ting etter hverandre og belastninger har hopet seg opp over tid. Mange har med seg vanskelige og kanskje traumatiske opplevelser fra tidligere, som de ikke har bearbeidet tilstrekkelig. I intervjuet med terapeuten Martin beskrives utfordringer de som oppsøker tjenesten kan stå ovenfor;

...alt fra å miste jobben, (bruker har) barn som strever, samlivsbrudd, det er utbrenthet, det er vold, det kan være så mange ting. Men det som jeg ofte opplever med livsbelastninger, er at det ikke bare er en, men kanskje flere, som

gjør at det stopper seg opp. I tillegg til at man kanskje har noe i bagasjen fra før av, som man kanskje ikke har jobbet så mye med.

Flere deltakere forteller om tilsvarende erfaringer. Gjennomgående for intervjuene er også hvordan terapeutene beskriver betydningen av at personen får tid til å fortelle sin historie i behandlingstimen. Terapeutene vektlegger at de som kommer får satt ord på, og sortert tanker om det som har skjedd med dem. Ved å få en sammenheng i sin historie kan den som strever få en tydeligere og mer meningsfull forståelse av livshendelser. Samtidig bidrar det til at terapeuten får kunnskap om personen de møter, og etter hvert får de et tydeligere bilde av personens situasjon og hva hun eller han trenger hjelp til. Underveis i fortellingen stiller terapeutene spørsmål for å oppklare og kanskje gi nye forståelser av fortellingen;

Jeg tror det er en bevisstgjøringsprosess, jeg tenker veldig ofte at folk kommer og snakker og de hører seg selv snakke mens de snakker. Det går opp for dem hvordan de tenker på ting, hvis de har klart å sette ord på det som er treffende for dem. Hjelp dem med det. Så stiller jeg spørsmål og sånn, så de på en måte får en mer tydelig idé om hva som foregår med dem, og hva problematikken er. Så til slutt så plukker vi ut ting, og snakker om det vi skal jobbe med, bruke litt tid på det, også blir vi enige om det.

Utsagnet fra Anna illustrerer hvordan hun ser at kartlegging kan være oppklarende for brukeren, samtidig som det utkrystalliserer seg hvilke mål brukeren ønsker å jobbe mot. En annen deltaker nevner at det handler om å bli kjent, se på situasjonen her og nå og finne ut hva man kan få gjort noe med og ikke. Flere av terapeutene er opptatt av denne innledende fasen av behandlingen, der de sammen kartlegger og jobber frem hvordan samarbeidet skal foregå. Noen ganger kan det ta litt tid å finne ut av hva det egentlig handler om for den enkelte, og i den første fasen er det viktig at situasjonen skal bli tydeligere både for klienten og terapeuten. Terapeuten Petter er samtidig opptatt av at man ikke skal kartlegge mer enn det som er relevant her og nå. Petter utdyper hvordan kartlegging også kan være til ulempe for brukeren, dersom den blir for omfattende;

Jeg synes det har vært gjort endel ufine ting, tidligere..., at man driver med veldig mye kartlegging. Og man kanskje blottstiller seg, også konkluderes det med at «du er ikke syk nok, du kan ikke få hjelp her likevel». Så det synes jeg er viktig, det har vi vel snakket om ...også, at vi skal ikke kartlegge mer enn det vi sannsynligvis kan hjelpe til med. Ikke for at vi skal unngå, vi trenger ikke å si hvis det kommer opp veldig alvorlige eller vanskelige ting, så tror jeg ikke at jeg sier at «det kan du ikke snakke om nå», men jeg sier at «du jeg noterer meg det, også kan vi kanskje snakke om i neste time hva vi.. eller vi kan tenke litt sammen på hvor viktig det er å bearbeide det» eller noe sånt. Så man må på en måte anerkjenne at jeg har hørt det, men ikke ha det som et stort tema.

Anerkjennelse er et tema som flere av terapeutene er opptatt av, og som går igjen i ulike sammenhenger i intervjuene. Å lytte til og bekrefte hendelser fra fortiden som vonde og betydningsfulle, og på en balansert måte knytte dette opp mot nåtidens situasjon og målsettinger for behandlingen.

4.1.2 Ikke grave i fortiden

Flere deltakere er opptatt av å ha søkelys på her og nå i behandlingen. De tilstreber å begrense det Kristian kaller «å grave i fortiden», samtidig som det kan være nyttig at klientene forstår hvordan historien påvirker dem. Kristian utdyper;

...Noen prater jo mye om det som er vanskelig, at samtalene kan gå litt inn i det tankekjøret de er i selv, så noen ganger må man jo kanskje begrense og prøve å legge det litt til siden og se hva kan vi gjøre noe med og jobbe videre med. Men samtidig er jo det en balansegang, for det er jo noe med at de har kommet for å snakke og, men det er vel ikke alltid jeg tenker at det er helsefremmende å grave videre i det heller, det spørres litt. Det er vanskelig. Men jeg prøver å ha mye her- og nå- fokus og fremover, nær fremtid, uten at jeg, jeg vet ikke. Det er ikke sånn at jeg tenker at fortiden ikke er viktig, det hender at vi snakker om ting, at vi trekker paralleller, ser årsakssammenhenger og hvorfor ting er som de er og sånn.

Terapeutene er bevisste på at tidsbegrensningen i behandlingen gjør at det ikke blir tid til å gå grundig til verks med fortidens traumer. De vektlegger i stedet faktorer som kan bidra til å stå stødigere i den vanskelige situasjonen de er i. Terapeutene er opptatt av å hjelpe brukeren til å ha oppmerksomhet på det de får til, og på det de har mestret og hatt glede av tidligere. Hva er det som fungerer i livet, og hvordan kan de bygge videre på det?

Det er jo å spille på ressursene de har da, jobbe med å tenke, noen kan jo tenke at det fikser jeg ikke, så å jobbe mot andre ting de fikser og får til, og dra det inn i det de strever med, det er så ulikt. Hvordan de har det her å nå, hvordan få det litt bedre her og nå.

Dette er også et sitat fra Kristian. Samtidig som de vektlegger å mestre livet her og nå, og terapeutene er også opptatt av å normalisere reaksjoner på psykisk belastning. De snakker blant annet om hvordan normalisering av psykiske helseplager kan redusere frykt og skam, og de legger stor vekt på å dele sin kunnskap om psykisk helse med brukeren. Kristian mener at mange blir redde for sine egne reaksjoner, han mener at det kan forverre plagene. Han tenker også at normalisering er noe av det viktigste han kan bidra med som terapeut. En annen deltaker som snakker mye om normalisering og skam i sitt intervju, er Petter. Han er opptatt av å hjelpe brukerne sine med å se at vanskelige hendelser er endel av det å være menneske, og at det er helt normalt å reagere som de gjør.

4.1.3 Nye muligheter

Ifølge terapeutene i studien kan en livskrise også innebære nye muligheter og potensiell vekst. En deltaker tror det kan være viktig å si til folk at det de opplever nå er forbigående, at det vil bli lettere etter hvert. Og at det kan være mulig å vokse på psykisk smerte, ved at man blir bedre kjent med seg selv og kanskje får en større forståelse for egne behov og følelser. I intervju med terapeuten Petter, blir begrepet «posttraumatisk vekst» nevnt;

...Posttraumatisk vekst ja. Så det har jeg også i bakhodet vil jeg si, at for noen så kan det være også en lettelse, å tenke på det at «okay, det er kanskje bra at

jeg blir litt bedre kjent med meg selv, at jeg i større grad kan bli kjent med mine egne behov». Det er mange som ikke vet så veldig hva de trenger, de har kanskje bare tilpasset seg veldig det de tror andre trenger, eller det de selv synes de burde gjøre. Ikke kjent så veldig mye etter. Så det, hvis det passer sånn, så tror jeg at jeg vil også fremheve det, at en krise som du er oppe i nå det kan også gi noe, det kan komme noe godt ut av det.

Også deltakeren Lise snakker om det samme, og kommer med et eksempel på en situasjon der hun tematiserte vekst sammen med en bruker;

Jeg tror det var godt å vite at man kan komme seg ordentlig på beina da, og kanskje til og med vokse på det.

De øvrige deltakere nevner ikke at de snakker med brukerne om posttraumatisk vekst direkte, men flere mener at det å bli kjent med egne følelser og behov er en viktig del av behandlingen. Terapeuten Kristian tenker seg at det hører til det han kaller for sorteringsjobben i behandlingen. Han nevner at han bruker emosjonsfokuset tilnærming, han er opptatt av personens følelser. Hvilke følelser kjenner brukeren på, og hvordan hun eller han kan endre vonde følelser eller uhensiktsmessige mønster. Han ser at noen er flinke til å sette ord på følelser, mens andre trenger hjelp til både å kjenne etter og bli mer klar over de underliggende følelsene.

Kristians beskrivelse av den terapeutiske prosessen samsvarer med hvordan deltakeren Anna ser på behandlingen som en prosess. Hun tenker at behandlingen skal bidra til at brukeren skal bli mer klar over sine egne reaksjoner og mønster, og at de selv forstår det som skjer med og i seg selv. Anna bruker uttrykket bevisstgjøringsprosess;

(...) at de forstår sine egne prosesser, det er det som er viktig. At de forstår den prosessen, at hvorfor jeg stiller de... at de forstår den prosessen som skjer med de, og hensikten med det, jo mer de forstår jo bedre. Det er bevisstgjøring.

At en livskrise kan gi mulighet for vekst, kommer også til uttrykk gjennom hvordan terapeutene snakker om verdier og valg. De mener at når brukerne

reflekterer over hva som er viktig for dem, kan de bli bedre i stand til å ta de rette valgene for seg selv fremover.

Det har vel både med at man kan ta klokere valg, livsvalg, fordi man er i kontakt med hva er det man egentlig opplever.

Terapeuten Lise har verdier på dagsorden i behandlingen, hun tenker at det handler om hvordan en person dypest sett ønsker å være.

4.2 Å fremme psykisk helse og livskvalitet i hverdagen

Denne kategorien viser at terapeutene erfarer at hvordan hverdagslivet fungerer, har mye si for å mestre psykisk belastning. Selvivetakelse er et begrep mange av terapeutene bruker når de snakker om å fremme psykisk helse i en vanskelig livssituasjon. Selvivetakelse kan innebære mye, blant annet å ta hensyn til emosjonelle og verdimeslige behov, som beskrevet i forrige avsnitt. Men det kan også handle om hverdagens rutiner og vaner, stressreduksjon og hvordan man har det sosialt og i nære relasjoner. På grunn av det kortvarige perspektivet, får enkelte temaer, som arbeid og økonomi, begrenset oppmerksomhet i behandlingen.

4.2.1 Balanse i hverdagen

Terapeutene forteller at de ofte snakker med brukerne om døgnrytme og rutiner, og brukerne oppmuntres til fysisk aktivitet og regelmessige måltider. Terapeutene er opptatt av at folk må styrke det mentale forsvaret sitt ved å ivareta basale behov som søvn, aktivitet, mat, dagslys og sosial kontakt. Lise hevder at det handler om å finne ut hva som er bra for en selv, og ikke minst sette av tid til det i hverdagen:

Nei, det er jo sånne ting som å, kanskje ikke psykologisk førstehjelp, men det kan være alt fra å oppsøke sosial støtte, til å trene hvis trening kan gi litt overskudd, sette av tid i uka hvor man prioriterer egne, gjøre noe som er godt for en selv i stedet for å bare være i det som er vanskelig, sette av tid hvor, denne tiden prioriterer jeg til meg selv så jeg kan stå i det så godt som jeg kan

da, eventuelt hva det skal være å stå i det, eller hva som skal være bra for en selv, det varierer da.

Terapeuten Martin snakker om det samme i sitt intervju. Han kaller det å komme i gang;

De daglige rutinene, er det første. Det der med å komme i gang med å ha en god døgnrytme, passe mengde aktivitet. Er man sykemeldt, hvordan kan man begynne å tenke seg tilbake til jobb sånn delvis. Komme i gang, hva slags interesser har du, bare det å få seg litt sollys eller gå seg en tur, de små tingene.

Martin fremhever at det å komme i gang kan gi en mestringsfølelse, som igjen kan gi positive ringvirkninger. Han ser at mange trenger å påminnes de grunnleggende tingene, og han forsøker å motivere brukerne til å «tvinge seg» til gjøremål som kan gi overskudd. Som eneste deltaker nevner Martin det å komme tilbake til jobb som en mulig målsetting. Terapeuten Anna råder på sin side enkelte klienter til å sykmelde seg fra jobb for en periode:

Noen kommer hit med konflikter på jobb, med sjefen eller de jobber for mye. Jeg anbefaler ofte enkelte mennesker litt sykemelding, for å redusere stress, og hva de skal bruke den tiden til når de er hjemme. At de skal bruke den til å ivareta seg selv.

Anna er opptatt av stressreduksjon. Dersom jobben skaper stress, kan det være lurt å ta seg en pause. Ved å bruke tiden til å ivareta seg selv og fylle på med positive opplevelser og glede, mener hun at man bedre kan håndtere livets utfordringer. Det er vanskelig å ha det bra når man er stressa, og hun ser at stress er et problem hos mange brukere hun møter. Hun synes at folk skal være litt snillere og rausere mot seg selv, og at de skal gi seg selv litt mer slingringsmonn i hverdagen.

En annen terapeut tematiserer hvordan folk kan øve seg på å sette grenser for seg selv når de er presset, kanskje er det ting man kan si nei til? Hun stiller brukere spørsmål om hva som er nødvendige plikter, hva kan vente og hva kan man kanskje slutte helt

med. Og ikke minst se på forventningene, hva forventer du av deg selv? Å redusere kravene til seg selv kan være en måte å ivareta seg selv på.

Terapeuten Lise snakker om mindfulness og visualisering. Hun lærer bort øvelser i timene, og oppmuntret klientene til å bruke det hjemme. Hun tror at teknikker for tilstedeværelse her og nå, kan hjelpe brukerne til å kjenne på ro og indre trygghet. Flere av de andre terapeutene har tro på avspenning og meditasjon som en måte å oppnå ro og gode følelser.

Terapeutene forsøker også å få brukerne til å reflektere over hva de tror de trenger, og stiller brukerne spørsmål om behov. Petter forteller;

Det kan jo være de basic tingene som det, men også jobbe mer med hva tror du er bra for deg selv, «hva trenger du nå, hva er viktig for deg». Det spør jeg nok veldig ofte om. Og hvis ikke folk kan svare på det, så vil jeg nok ofte si, «ja hvis det hadde vært bestevenninnen din som var i den situasjonen du er i nå, hva ville hun sagt»... gå den veien der. Og hvis ikke folk har, det skjer jo at, at noen ikke kan si noe, «jeg vet ikke hva jeg trenger». Så kan man noen ganger tenke at kanskje vi skulle utforske det litt? «Kan du prøve å tenke litt mere på det til neste time?». Eller jeg vil si noe basic ting, hva vi mennesker sånn grunnleggende sett trenger. Trygghet, forutsigbarhet, at noen er glad i oss, at vi har noen å være glad i. Nevne sånne grunnleggende, både de grunnleggende primærbehovene og de grunnleggende emosjonelle behovene.

Petters beskrivelse viser betydningen av å redusere stress i hverdagen, og legge til rette for en god balanse mellom aktivitet og hvile. Brukeren oppmuntres til å rette søkelys på egne behov, og til å sette seg selv litt høyere opp på prioriteringslisten.

Et annet tema i hverdagskategorien er hvordan hyggelige aktiviteter kan fremme livskvalitet og trivsel. Stress og belastninger stjeler energi og livskvalitet, men hva gir egentlig glede og overskudd? Petter spør ofte klienter om hva som gir dem påfyll av positive følelser:

(...) jeg vil veldig ofte ha fokus på hva som gir deg glede i livet. Ja. Og når hadde du det bra sist? Eller hva, hvis du tenker de siste par ukene, hva var det du gledet deg over?

Anna er opptatt av det samme:

Det er å hente inn overskudd, hente inn energi. Ulike ting. Å ha det litt hyggelig, ha det litt gøy med folk, med familien og venner. De må hente inn gode og positive opplevelser, de må øke det overskuddet for å kunne håndtere livets utfordringer.

Sitatene fra Anna og Petter viser at terapeutene har oppmerksomhet på å tilføre elementer som kan gi økt livskvalitet, og at de har søkelys på faktorer som kan fremme mestring og robusthet.

4.2.2 Sosial støtte og nettverk

I alle intervjuene fremheves betydningen av kontakten med andre mennesker. At den som strever trenger støtte av andre, står frem som et viktig tema for terapeutene. Nære relasjoner er viktig, men også det utvidet nettverket. I noen tilfeller kan brukeren trenge hjelp fra andre deler av hjelpeapparatet, for eksempel instanser som kan hjelpe barna eller familien som helhet.

Jobbe ut ifra, er det noe annet støtteapparat som skal på banen, som bidrar videre, avhjelpe eller vikariere litt. Hva slags nettverk er rundt da. Sønn i forhold til pårørende, eller nettverk generelt.

I noen tilfeller vil terapeuten oppmuntre til å ta kontakt med nye sosiale arenaer, dersom brukeren selv føler behov for å utvide kontaktnettet sitt. Men som en deltaker fremhever, tar det tid å få nye venner. Derfor får ikke terapeuten fulgt opp dette særlig lenge, men kanskje kan man bruke litt tid på å snakke om mulighetene som finnes.

Noen ganger er det ikke mangel på relasjoner som er brukerens problem, men konflikter og dårlig kommunikasjon til andre. Anna trekker frem dette, og forteller litt om hvordan hun hjelper klienten med konflikthåndtering og kommunikasjon:

Jeg tenker at, hva praktisk kan du gjøre for å endre situasjonen. Så det praktiske, og det relasjonelle. Hvis det er ting, konflikt med andre, kan man løse det. Og da kommer vi inn på det med kommunikasjon, å bruke jeg-budskapet i stedet for du-budskapet. Så blir det ofte, åpner mer for bedre dialog.

Anna mener at det å ha det bra selv, i stor grad handler om hvordan man har det med andre. Og dersom man har det bra med seg selv, i tillegg til å ha gode relasjoner til andre, så har man det stort sett godt i livet. I intervjuene kom det imidlertid ikke frem at terapeutene tar initiativ til å involvere pårørende inn i behandling, eller at de tilbyr å invitere personer eller instanser i brukerens nettverk til samtalene.

4.2.3 Hvordan terapeutene ser på rammene i kortvarig psykisk helsehjelp

Gjennom intervjuene fremkommer det både fordeler og ulemper ved at samtaletilbudet er begrenset i tid og omfang. Ingen deltakere nevner at den korte tiden er til hinder for en god behandlingsallianse. Derimot fremhever enkelte terapeuter at det korte tidsperspektivet gir mulighet for målrettet og strukturert arbeid. Fordi rammene er så tydelige kan man bevege seg raskt til kjernen, og til hva som er viktig å fokusere på. Fordi tilbudet er lavterskel, det vil si uten krav til henvisning eller søknad, kommer man raskt i gang uten unødig ventetid.

Enkelte ulemper ved at tilbudet er kortvarig blir nevnt i intervjuene. En deltaker er opptatt av at endring tar tid, og noen trenger tid til å komme i gang med prosessen sin. Flere trekker frem det å ikke ha tid til å bearbeide traumatiske erfaringer, og ser at de heller må hjelpe folk over i andre mer langsiktige tilbud. Fordi tilbudet er kortvarig, får man ikke hjulpet brukere med økonomiske problemer, annet enn å løse videre til NAV. Det kommer i liten grad frem at terapeutene i tilbudet jobber med tiltak knyttet til økonomi eller arbeid, kun en terapeut nevner arbeid som helsefremmende tiltak. En terapeut er imidlertid opptatt av at kontorsamtaler ikke alltid er det beste. Han sier;

(...) det å møte folk der de er, det blir liksom veldig effektivt når folk kommer på våre kontorer da, men det er jo egentlig det at vi kan møte folk ute på deres arenaer. Og det at vi, kanskje litt sånn som vi gjør, skal vi gjøre litt mer av fremover, at vi også kan møte opp der folk er, sånn som ofte også kan være med på å normalisere og kanskje avskamme det å slite psykisk.

Terapeuten peker på at det å møte brukeren der han eller hun er, kan bidra til at flere ser på psykisk helse som en del av livet, noe som ikke er så spesielt.

4.3 Den viktige behandlingsrelasjonen

I denne kategorien belyses hvordan terapeutene erfarer sin egen rolle i behandlingen, og hvilke holdninger og handlinger de tilstreber for å sørge for en god relasjon til brukeren. Her beskrives også hvordan terapeutene kommuniserer med brukeren og hvilke forventninger de har til brukerens egeninnsats i behandling. Hvordan terapeutene bruker tilbakemeldingsverktøy for å ivareta brukermedvirkning og autonomi blir også fremstilt her.

4.3.1 En tilstedeværende, genuin og kompetent terapeut

Terapeutene gir uttrykk for at behandlingsrelasjonen er viktig for at brukeren skal oppleve bedring, og de reflekterer over hvordan de som terapeuter kan bidra til at relasjonen blir god. De er opptatt av at brukeren skal føle seg sett, hørt og ivaretatt. Og for Petter begynner det allerede på venterommet;

(...) det at folk skal føle seg sett og tatt imot, prøver å ha en lett stemning. Hele den der gangen, og det er jo noen meter å gå fra venterommet til mitt kontor. Eventuelt litt smalltalk, litt været eller noe sånt på veien bort. Men bare hvis det faller naturlig. Så er det sånn, kaffe eller vann, tilby det.

Petter sier alltid velkommen, og bruker navnet til personen han treffer. Og så sier han at han synes det er fint å se deg igjen, dersom han mener det vel og merke. Og nettopp det å mene det man sier, er det flere av terapeutene som er opptatt av. I flere

intervjuer blir det å være genuin trukket frem, for eksempel i form av at man ikke skal si ting man ikke mener. Man skal heller ikke ukritisk si alt man mener, men det man sier skal være sant. Det handler om å være til å stole på. I tillegg er det viktig å være tilstedeværende, og vise med hele seg at man lytter. Terapeutene tror det merkes at man lytter ved at man viser interesse for det som blir fortalt og stiller oppfølgende spørsmål som treffer. At man gjør et oppriktig forsøk på å forstå.

Men å være en tilstedeværende terapeut er ikke alltid lett, og her forteller Kristian om hvordan det å ha det for travelt kan ødelegge for tilstedeværelsen:

At har man en stor belastning, er veldig stresset og presset selv, så tror jeg at man gjør en dårligere jobb med å møte mennesker. For da er det begrensa hvor mye empati og engasjement man kan ha for de man møter, og det er jo ikke alltid det er det viktigste, men jeg tror det er en viktig del av det. Og det kan merkes for den som sitter på andre siden og prater med deg.

Andre sider ved terapeutrollen som blir fremhevet er det å være ryddig og etterrettelig, for eksempel ved å holde avtaler. Petter mener at dette handler om vanlig høflighet og at det betyr at han behandler klienten med respekt og verdighet.

Terapeutene vektlegger kompetanse og erfaring for at brukeren skal føle trygghet og tillit. De ønsker at brukerne skal føle seg ivaretatt, og bli møtt med faglighet, omsorg og positiv interesse. Flere deltakere tror de selv ville være opptatt av kompetanse og litt fartstid hos terapeuten, hvis de trengte psykisk helsehjelp. Ikke nødvendigvis at terapeuten kan masse teori, men at man har erfaring å trekke på. Og at terapeuten med trygghet kan normalisere reaksjoner, for eksempel ved å vise til liknende erfaringer fra andre brukere terapeuten har møtt tidligere.

Som en vesentlig faktor for trygghet og tillit, er terapeutene opptatt av å skape en avslappet og uhøytidelig stemning i rommet. Noen nevner at det er fint å kunne være litt personlig, ikke privat, men kanskje bruke noen enkle eksempler fra seg selv. I det hele tatt å kunne være seg selv som terapeut.

For Anna er det viktig å møte brukerne med en åpen holdning, uansett hva de måtte komme med:

En aksepterende holdning, en nysgjerrighet og en aksepterende.. Jeg (brukeren) har gjort ditt eller datt, men jeg (terapeuten) aksepterer at det har skjedd.. ikke bedømmende, ikke noe moral i det hele tatt. Selv om de har gjort ting som har vært litt ufint, om de lyver eller holder tilbake ting, det kan jeg ikke vite. Min jobb nå er å prøve å ivareta de, hjelpe de, i forhold til tanker, følelser og disse prosessene.

Anna liker også å bruke litt humor. Å le kan være frigjørende mener hun, og bidra til en avslappet stemning.

Kommunikasjon er et tema deltakerne er opptatt av. De gir uttrykk for at de reflekterer mye over hvordan de kan kommunisere og samhandle best mulig med brukerne sine. De opplever at det kan være mange fallgruver i kommunikasjonen, for eksempel ved at man misforstår eller snakker forbi hverandre. Deltakerne forteller om ulike kommunikasjonsstiler man kan ha som terapeut, en gir uttrykk for at han kan være direkte og er opptatt av å kalle en spade for en spade. En annen reflekterer over at han har en aktiv fremtoning, og han har av og til fått tilbakemelding på at han prater for mye. Dette sitatet fra Anna er et eksempel på en refleksjon knyttet til kommunikasjon;

(...)å prøve å formidle så de forstår meg, prøver å finne den bølgelengden hvor vi forstår hverandre, det er veldig viktig, å være medmenneskelig, de kommer her for hjelp, jeg har en god del utdanning og teknikker og ingenting er tilfeldig, men jeg tror at når jeg snakker med folk så høres det ikke ut som det, det høres ut som en vanlig flytende samtale du har med en nabo for eksempel. Ikke noe faguttrykk, bare vanlig norsk.

Terapeutene gir her uttrykk for å ha et bevisst forhold til hvordan de kommuniserer, og til hvordan alliansen, samhandlingen og kommunikasjonen fungerer for klienten.

4.3.2 Tilbakemeldingsverktøy som redskap for alliansen

Et gjentakende tema i datamaterialet er hvordan terapeutene innhenter tilbakemeldinger fra brukeren på hvordan de opplever relasjonen og samarbeidet. De er gjennomgående opptatt av om den såkalte kjemien stemmer, og de ser det som avgjørende at alliansen er god. De gir uttrykk for at de vektlegger brukerens autonomi, og mener at behandlingen må være styrt av brukerens egne ønsker og målsettinger. En deltaker nevner at det å kunne påvirke er et grunnleggende behov vi mennesker har, og at påvirkningsmulighet i behandlingen kan virke helsefremmende i seg selv. I tillegg vil medvirkning sikre at timene blir nyttige for den det gjelder. Terapeutene forteller at de vektlegger medvirkning og autonomi når de kartlegger og planlegger behandlingen, og også i hvordan de kommuniserer i timene:

Jeg prøver å la samtalen styre litt hva som skal tas opp og hvor det skal tas opp, sånn at hvis det kommer noen tiltak, for eksempel kognitive strategier eller fysisk aktivitet, sånne ting, det er ikke alltid det lar seg gjøre, men at det kommer fra klientens ønske om å gjøre noe.

Deltakerne forteller om tilfeller der det ikke har klaffet helt i samarbeidet med brukere. De beskriver hvordan de forsøker å tune seg inn på den enkelte, men at det kan være vanskelig fordi kjemi er så personlig og individuelt. De gir uttrykk for at det er fort gjort å bomme, men at det er viktig å finne ut hva som blir feil, og forsøke å rette det opp. I alle intervjuene blir det nevnt at de bruker tilbakemeldingsverktøy aktivt for å bedre behandlingsalliansen, og her gir Kristian et eksempel på hvordan det kan fungere i praksis;

Jeg bruker (...) tilbakemeldingsverktøy for hvordan de opplever samtalen, og den terapeutiske prosessen, hvordan de har det eller hvordan de har det fra gang til gang. Ja. Så jeg prøver alltid å, det gir jo en anledning på slutten av samtalen å høre om hvordan de synes det har vært, om det er noe man skal gjøre mer av, eller mindre av, jeg spør ofte om jeg har pratet for mye, eller om de synes jeg har vært for passiv. Ja. Og jeg har opplevd å få ærlige svar der. Så det tenker jeg er en måte å få de til å føle seg velkomne, at man ønsker å gi best mulig hjelp, og være ærlig på at det kanskje ikke er jeg som er best terapeut for

deg, eller at jeg jobber på den måten du trenger. Jeg tenker jo at det er litt tillitsskapende også.

Her ser vi at tilbakemeldingsverktøy brukes for få frem brukerens stemme, slik at både alliansen og hjelpen kan bli best mulig for den enkelte. Terapeutene bruker tilbakemeldingen de får på samtalen og relasjonen, til å drøfte hvordan brukeren opplever hjelpen de får. De er opptatt av å gi rom for å diskutere hva som fungerer og ikke, og hva som skal til for at samtalene skal være til best mulig nytte for den det gjelder. Lise har opplevd at tilbakemeldingen hun fikk hjalp henne til å forstå hvordan hun kunne endre arbeidsmåten sin slik at det passet bedre for den hun snakket med;

(...) og der tenker jeg for eksempel på en som kom til meg, hvor jeg tenkte at vi skulle jobbe med teknikker og sånn, som opplevde at utforskende samtale var det hun trengte da. Også jeg fikk ganske lav skår på FIT etter time 2 eller noe sånt, og da hadde vi en samtale om hva var det hun syntes manglet i timen, og da var det å utforske og sette ord på ting. Og det ble litt bedre etter hvert (...)

Noen ganger kommer man ikke helt i mål med alliansen, til tross for tilbakemelding, medvirkning og tilpasning. Mange av terapeutene trekker frem at det å bytte terapeut kan være et godt tiltak dersom det ikke fungerer. Ikke mange av terapeutene har forsøkt å gjøre et bytte enda, men de mener at dette bør tematiseres dersom bruker er misfornøyd eller ikke opplever ønsket bedring.

4.3.3 Et samarbeid med forventninger

En endring må til for å få det bedre. Det er flere av terapeutene klare på, og de har forventninger om at brukeren må ta sin del av jobben for å få til den endringen.

Terapeutene er samstemte i at endringen må komme som et resultat av motivasjon og innsats fra personen selv, men med terapeuten som støtte og medhjelper på veien. De er opptatt av å tydeliggjøre for brukeren hvilken rolle de har som terapeut i endringsprosessen. Et sitat fra intervjuet med Anna illustrerer dette;

Jeg sier til folk, at min jobb er å prate, og lytte, og prate (...). Men de må gjøre den jobben med seg selv, ellers blir det ikke noen endring. Så at de skjønner at det er opp til dem, men jeg er her og jeg samarbeider med dem i en periode.

Som flere av deltakerne nevner, er samtaleforløpet for kort til at terapeutene kan se varige endringer. Men de tilstreber å gi motivasjon, kunnskap og verktøy, slik at brukeren tilegner seg kompetanse og erfaring som kan brukes etter oppfølgingen er ferdig. Terapeutene gir tips om apper, podcaster og nettsider som kan være til hjelp, og oppfordrer brukerne til å øve seg hjemme. En deltaker sammenligner det med å brette et bein. På samme måte som et brukket ben må trenes opp, må man gjøre noen daglige øvelser for å få det bedre psykisk.

Veiledet selvhjelp er et viktig verktøy for terapeutene i samtale-tjenesten. Noen bruker veiledet selvhjelp som en del av behandlingen, noen bruker det mest til hjemmearbeid mens andre tenker at de burde brukt det mer. Veiledet selvhjelp blir trukket frem som et verktøy som involverer og aktiviserer brukeren i egen behandling, og som er godt egnet til å bruke som egenarbeid mellom timene. Terapeutene ser at motivasjon og egeninnsats er avgjørende for utbytte brukeren får av behandling. Men de snakker også om hvordan de som terapeuter kan bidra til å fremme engasjement i egen behandling, og hvordan de kan legge til rette for at brukeren opplever mestring. De ønsker at brukeren skal oppleve å ha dem i ryggen, og at de får støtte til å ikke gi opp dersom de ikke får det til med en gang. Se mulighetene, øve seg, fokusere på det de får til.

5 DISKUSJON

Denne masteroppgaven undersøker samtaleterapeuters erfaringer fra et lavterskel, kortvarig psykisk helsetilbud i kommunen. Et sentralt mål er å få frem hvordan terapeutene opplever at individuelle samtaler bidrar til å fremme psykisk helse for brukere av tjenesten, og hvilke temaer de vektlegger i samtale. Problemstillingen er: *Hvordan beskriver terapeuter sine erfaringer med å fremme psykisk helse hos brukere av et lavterskel og kortvarig samtaletilbud i kommunen?*

I analysen ble funn fra intervjuene kategorisert i 3 hovedtema; «Samtaler som en bevisstgjørende prosess», «Å fremme psykisk helse og livskvalitet i hverdagen» og «Den viktige behandlingsrelasjonen». Slik jeg ser det er kategoriene tett knyttet sammen, på den måten at kategoriens temaer i stor grad overlapper og utfyller hverandre. Dette erfarte jeg også i arbeidet med analysen, hvor jeg i starten hadde utfordringer med å skille temaene fra hverandre. I diskusjonsdelen har jeg forsøkt å trekke ut hovedelementer fra resultatene som helhet, og formulere to fokusområder til diskusjon; «Helhetlig tenkning og relasjon som grunnlag i psykisk helsearbeid» og «Rammebetingelser og handlingsrom i kortvarig psykisk helsehjelp». Den første kategorien drøfter terapeutenes erfaringer fra praksis, og deres forståelse av det psykiske helsearbeidet. Sistnevnte drøftingskategori er basert på funn som kan tyde på at rammene for tjenesten påvirker og til en viss grad begrenser fleksibiliteten i tilbudet. Blant annet kan det se ut til at det kortvarige perspektivet fører til at temaer som arbeid og økonomi får begrenset fokus i samtale, det samme gjelder tverrsektorielt samarbeid og involvering av pårørende. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg diskutere metodiske betraktninger knyttet til kvaliteten på studiens resultater.

5.1 Helhetlig tenkning og relasjon som grunnlag i psykisk helsearbeid

I intervjuene ble terapeutene spurt om hva de oppfatter kan bidra til å fremme helse hos personene de møter i det kortvarige psykisk helsetilbudet, hvilke temaer de vektlegger i samtaler og hvilke tilnærminger og metoder de bruker mest. Jeg spurte også om deres oppfatninger av det helsefremmende perspektivet i psykisk

helsearbeid. Et tema flere av terapeutene snakket om, var de bevisstgjørende prosessene som skjer når brukeren får fortelle sin historie, og reflektere over sin livssituasjon. Flere av terapeutene mente at samtalene kan bidra til at den som strever opplever økt forståelse for sin helse og livssituasjon. De ga uttrykk for en tro på at når brukeren forteller sin historie, og får spørsmål og innspill fra terapeuten, kan det hjelpe dem til å håndtere sin situasjon bedre.

Slik jeg ser det, kan en slik måte å forstå psykisk helsehjelp på relateres til salutogenese og den salutogene tilnærmingen til psykisk helsearbeid. Langeland & Vaardal understeker at salutogen psykisk helsehjelp har potensiale til å fremme evne til aktiv tilpasning til belastning, slik at brukere kan oppleve en høyere grad av helse (Langeland & Vaardal, 2014, s. 47). I den salutogene modellen står *opplevelse av sammenheng* (OAS) sentralt. Opplevelse av sammenheng forstås som hvorvidt en person opplever sitt liv begripelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 2012, s. 39). Forskning antyder en tydelig sammenheng mellom OAS og psykisk helse- en sterk OAS bidrar til god psykisk helse (Griffiths, 2009). I en artikkel om OAS og psykisk helse, peker Griffith på at opplevelse av sammenheng har stor betydning for psykisk helse og psykososial fungering. Han argumenterer for salutogene tilnærminger bør utøves i rehabiliterende psykiske helsetjenester, med opplevelse av sammenheng som målsetting for hjelpen (Griffiths, 2009). Flere studier støtter opp om nytteverdien av å innlemme salutogenese-begrepet i helsetjenestene, blant annet en nyere litteraturgjennomgang av salutogene intervensjoner og helseeffekt (Àlvarez et al., 2021). Funnene i sistnevnte studie viser at salutogene tilnærminger kan ha positive helseeffekter i form av økt livskvalitet og reduksjon i psykiske og fysiske helseplager. Hvilken betydning sammenheng og forståelse kan ha for å fremme psykisk helse, ble tydelig i intervjuene med terapeutene. De fortalte at de er opptatt av å hjelpe brukerne med å bli kjent med egne reaksjonsmønstre, følelser og behov. Dette gjør de gjennom å stille spørsmål, og oppmuntre brukeren til å sette ord på sine opplevelser, tanker og følelser. Langeland (2014, s.15) hevder at en terapeutisk samtale kan hjelpe personen som strever til å forstå og organisere sine livserfaringer på en måte som styrker deres opplevelse av sammenheng. En salutogen tilnærming innebærer at terapeuten oppmuntrer brukeren til å få frem mestringshistorier, og har søkelys på

ressurser og styrker (Langeland, 2014, s. 15). Terapeutene fremhevet at historier om oppvekst og tidligere erfaringer kan være viktig å få frem i lyset, fordi de kan fortelle mye om hvorfor ting er som de er. De mente at økt bevissthet rundt disse temaene kan hjelpe personen her og nå, men også gi dem bedre muligheter til å håndtere vanskelige ting i fremtiden.

Det synes som at terapeutene i stor grad var samstemte når de snakket om de bevisstgjørende prosesser som skjer gjennom refleksjon og utforskende samtaler. Å øke selvforståelse gjennom tolkning og innsikt, er en virkningsfull komponent i psykoterapi (Hartmann, 2013, s. 36). I psykoterapi forstås tolkning og innsikt som de intervensjoner terapeuten gjør for at ubevisste erfaringer, tanker, ønsker og følelser skal bli mer bevisste og forståelige. Det salutogene begrepet *opplevelse av sammenheng* innebefatter både det bevisste og ubevisste (Langeland & Vaardal, 2014, s. 55). Ved at personen selv får tak på erfaringer, tanker og følelser som ligger rett under bevissthetens overflate, vil egenforståelsen øke. Dersom hjelperen stiller spørsmål som får frem mestring og muligheter, kan brukeren bli mer bevisst sine ressurser og styrker. Langeland & Vaardal kaller en slik salutogen tilnærming for *innsiktsorientert*. Selv om terapeutene i studien synes å ha en felles forståelse av hvordan samtaler kan bidra til innsikt og forståelse, bruker de ulike tilnærminger og metodiske modeller i arbeidet. Dette ser ut til å variere både fra terapeut til terapeut, noen terapeuter lener seg mer på bestemte terapeutiske tilnærminger enn andre. For eksempel brukte en terapeut ofte kognitive teknikker, mens andre snakket mer om følelsesfokuserte tilnærminger. Samtidig beskrev de å tilpasse hjelpen til hver enkelt bruker. Som en terapeut sa- man «trekker på» kunnskap og metoder som passer den enkelte. Den samme terapeuten brukte begrepet *integrativ* om sin terapeutiske stil, enn annen terapeut beskrev seg selv som *eklektisk*. Slik jeg forstår disse begrepene, og konteksten de ble nevnt i, handler de i stor grad om det samme. Å kunne velge fra ulike metodiske tilnærminger, og sette sammen kunnskap og ferdigheter slik at hjelpen blir tilpasset best mulig.

Terapeutene fremhevet samtidig at det ikke er nok bare å snakke for å få det bedre. Man trenger også gode mestringsstrategier for å håndtere psykiske helseplager

belastningen har medført, og terapeutene lærer bort ulike verktøy. De var opptatt av at brukeren må øve seg på nye ferdigheter, og få nye erfaringer ved å prøve ut andre måter å gjøre ting på. Denne læringsprosessen, som innenfor psykoterapi kalles *korrigerende erfaringer*, handler om å få nye erfaringer som er annerledes enn de man har fra før (Hartmann, 2013, s. 33). En terapeut fortalte for eksempel at hun forsøker å motivere brukere til å gjøre en sosial aktivitet, selv om de ikke har lyst. Nettopp for å se om det kan føre til en positiv erfaring, som igjen gjør det lettere neste gang. Davidson (2016) hevder at det å ha det bra faktisk er en ferdighet, og at man gjennom å praktisere og øve, blant annet på mindfulness, kan oppleve bedre helse og livskvalitet.

I intervjuene med terapeutene i studien var det lite snakk om diagnoser, medisiner eller spesifikke behandlingsmetoder. De vektla derimot brukerens opplevelse av hvordan han eller hun har det- deres tanker, følelser og relasjoner. I likhet med hvordan Fuggeli og Ingstad (2001) argumenterer for at helse oppleves av den enkelte som noe individuelt og subjektivt, ser terapeutene ut til å være opptatt av brukerens egen opplevelse av sin helse og livssituasjon. Det viste seg blant annet i hvordan de beskrev måten de lytter til brukerens personlige historie, og tar utgangspunkt i brukerens forståelse av seg selv når de planlegger behandlingen. Flere av terapeutene argumenterte for at den psykiske og fysiske helsen henger tett sammen, og at mennesker påvirkes av sine relasjoner og omgivelser. Denne måten å forstå psykisk helse på, er noe som går igjen både i resultatene og i litteraturen. Begrepet *helhet* beskrives av Borge (2014, s. 36) som en forståelse som inkluderer både fysiske, emosjonelle, sosiale, eksistensielle og åndelige behov. Terapeutene ble ikke spurt direkte om hvilken forståelsesmodell de tar utgangspunkt i når de møter brukere. Men slik de beskrev sine oppfatninger av psykiske helseplager og psykisk helsehjelp, kan man anta at de ikke begrenser sin forståelse til den medisinske forklaringsmodellen. De var opptatt av å forstå hvordan brukeren reagerer ut fra sin livssituasjon, for eksempel spesielle hendelser som har påvirket dem, eller hvordan de har det på jobb eller hjemme med familien. Fuggeli og Ingstad (2001) belyser hvordan et helhetlig syn på helse skiller seg fra den medisinske modellen. Basert på intervjuer med det Fuggeli og Ingstad refererer til som «vanlige» folk, hevder de at helse handler om en helhetlig

opplevelse av livskvalitet. En opplevelse som i stor grad henger sammen med relasjoner og omgivelser, individuelle preferanser og hvor man er i sitt livsløp (Fuggeli og Ingstad, 2001). Ekeland (2021, s. 68) bruker begrepet *livsverden-orientering* om hvordan den psykiske helsehjelpen bør innrette seg. En *livsverden-orientering*, slik Ekeland ser det, vektlegger brukerens sosiale og materielle situasjon, og hvordan den oppleves og fortolkes av brukeren. Ekeland mener at det blir lettere for hjelperen å forstå brukerens plager, dersom hjelperen tar utgangspunkt i personens egen forståelse av sine vansker (Ekeland, 2021, s. 68). Samtidig som terapeutene i min studie er opptatt av helheten, viser de også en realistisk holdning til hva man kan forvente å få ut av et kortvarig samtaleløp. De snakker om at hensikten med hjelpen er at brukeren skal bli bedre i stand til å håndtere belastningene de opplever, ikke nødvendigvis å "kurere" helseplagene. En slik forståelse samsvarer med Blaxters (2010, s. 25) definisjon, at det å oppleve god helse ikke kun innebærer fravær av psykisk og fysisk lidelse. Det handler også om kvalitet og trivsel på alle livets områder, og om å leve med de opp- og nedturer som vi alle opplever. En helhetlig forståelse står sentralt også i salutogenesen. I den salutogene tilnærmingen vektlegges personens livshistorie og erfaringer fremfor diagnose. Langeland argumenterer for at diagnosen kan sees på som en «tynn» og generell beskrivelse av personen (Langeland, 2014, s. 15). Selv om terapeutene i studien iblant bruker kartleggings skjema for å for eksempel avdekke depresjon, oppfattet jeg at de i liten grad er opptatt av diagnostiske utredninger og vurderinger. En terapeut mente at for mye kartlegging kan være uheldig for brukeren, spesielt er det uetisk dersom man kartlegger mer enn man har mulighet til å tilby hjelp for.

Gjennomgående i datamaterialet er at terapeutene anså den terapeutiske relasjonen som grunnleggende viktig for utfallet av behandlingen. De ga uttrykk for et bevisst forhold til relasjonsarbeidet, og de snakker direkte med brukerne om hvordan relasjonen og samarbeidet oppleves. I sin praksis bruker terapeutene verktøy for Feedback-informerte tjenester (FIT) for å innhente tilbakemeldinger fra brukeren. Forskning tyder på at behandlere ofte tar feil når de vurderer kvaliteten på behandlingsalliansen, derfor er det avgjørende at terapeutene sørger for å innhente brukerens syn på samarbeidet (Duncan et al., 2010, s. 116-117). Terapeutene i studien

understreket at bruk av FIT hjelper dem til å holde øye med hvordan brukerne opplever hjelpen de får, samtidig som det fremmer brukerens autonomi og medvirkning. Gjennom FIT kan de få vite hvordan brukeren opplever å bli møtt og forstått, og i hvilken grad metode og arbeidsmåter passer for dem. Når det gjelder den terapeutiske relasjonen, ble deltakerne blant annet spurt om hva de ser på som viktige egenskaper hos en terapeut. Faktorene de fremhevet, samsvarer med det Carl Rogers anså som bærende elementer i relasjon; ubetinget positiv aksept, empati og genuinitet. Et interessant funn er at ingen av terapeutene snakket om at den korte behandlingstiden er til hinder for god relasjon. De vektla imidlertid førsteinntrykket, og var bevisste på hvordan de selv og omgivelsene i avdelingen kan få brukeren til å føle seg velkommen. En antakelse er at oppmerksomheten terapeutene har på dette første møtet, er en måte å fremme en god relasjon så raskt som mulig. De vet at de ikke har mye tid, og de må være bevisste på relasjon fra start.

Et annet interessant funn er at deltakerne mente at deres egen terapeutiske kompetanse og erfaring har betydning for brukeren. De uttalte det er viktig at terapeuten framstår kompetent og dreven, dog uten å teoretisere eller bruke faguttrykk i samtalen. Når det gjelder betydningen av kompetanse og erfaring for effekten av psykoterapi, peker imidlertid forskningen i en annen retning. I følge Bargmann (2017, s. 24) har det lite eller ingenting å si hvilken utdanning, eller hvor lang arbeidserfaring terapeuten har. Det som derimot har betydning for behandlingseffekten, er terapeutens evne til å danne en god allianse, og i hvilken grad terapeuten investerer tid i å øve på terapeutiske ferdigheter (Bargmann, 2017, s. 24). I tillegg til faglig kompetanse og erfaring, trakk terapeutene frem flere faktorer som viktig for en trygg og tillitsfull relasjon. De fortalte at de tilstreber en avslappet og naturlig atmosfære i samtalen, og at de forsøker å være tilstedeværende og oppriktige. De mente at de må være seg selv i møte med brukeren, og at det kan være fint med litt småprat. Skatvedt (2020, s. 17) argumenterer for at den hverdagslige småpraten har en betydning også i profesjonelle settinger. At terapeuten tør å være litt personlig, kan ifølge Skatvedt gi brukeren en følelse av medmenneskelighet, inkludering og likhet (Skatvedt, 2020, s. 94). Terapeutene nevnte at de av og til bruker personlige eksempler fra seg selv og eget liv. En tolkning kan være at terapeutene

bruker småprat og personlige innspill for å gjøre relasjonen mer likeverdig, trygg og tillitsfull. Skatvedt fremhever den terapeutiske betydningen av hverdagslighet, og hvordan de små tingene kan ha stor innvirkning på relasjon og bedringsprosesser. Skatvedt omtaler denne alminneligheten og måten å respondere på hverandres tilstedeværelse som *hverdagsresponsivitet* (Skatvedt, 2020, s. 13). Deltakerne synes å være bevisste på hverdagsligheten i møte med brukeren- de ønsker velkommen, tilbyr kaffe og slår av en prat om vær og vind på vei inn til kontoret.

Deltakerne i studien snakket mye om hverdagens betydning for den psykiske helsen. I samtaler med brukere vektlegger de det å ta best mulig vare på seg selv, til tross for en vanskelig livssituasjon. Temaer som kom frem i intervjuene var blant annet rutiner i hverdagen, fysisk aktivitet, sosialt samvær og stressreduksjon. Et sentralt punkt for terapeutene var å ha fokus på her- og nå, og på det som kan hjelpe brukeren til å håndtere belastningene de opplever. Det som peker seg ut i datamaterialet, er at terapeutene spesielt vektla betydningen av sosial støtte og nære relasjoner. De oppfordrer brukere til å være sammen med andre, delta i hyggelige aktiviteter, og til å løse eventuelle konflikter i relasjoner. De var også opptatt av at brukeren bør styrke sin fysiske helse gjennom aktivitet, kosthold og søvn. Fysisk aktivitet som tiltak for å motvirke psykiske helseplager er godt dokumentert (Danielsen, 2021, s. 3). Antonovsky (2012, s. 31) var også av den oppfatning at fysisk helse er viktig for å mestre stress og belastning. Fysisk helse er et eksempel på det Antonovsky definerte som motstandsressurser, altså personlige og kollektive ressurser en person har tilgjengelig, og som er avgjørende for å håndtere stress og belastning (Langeland, 2014, s. 13).

Terapeutene fremmet betydningen av at folk har kunnskap om hvilke faktorer som virker inn på den psykiske helsen, og de bruker tid på å formidle kunnskap i samtaler med brukere. De var opptatt av å normalisere psykiske helseplager. Terapeutene mente at det at folk får mer kunnskap om tanker, følelser og normale reaksjoner, kan bidra til bedring og også til å redusere skam og skyldfølelse hos den som strever.

5.2 Rammebetingelser og handlingsrom i kortvarig psykisk helsehjelp

I resultatene kommer det frem at enkelte livsområder virker å ha et begrenset fokus i kortvarig psykisk helsehjelp. Til tross for at terapeutene var opptatt av helhetlig tankegang i det psykiske helsearbeidet, fikk enkelte tema som er betydningsfulle for folks psykiske helse, eksempelvis økonomi og arbeid, lite oppmerksomhet i intervjuene. Terapeutene la stor vekt på betydningen av brukerens omgivelser i form av relasjoner og nettverk, men allikevel kom det ikke frem at de ga tilbud om pårørendesamtaler. Begrepet los-funksjon ble brukt av flere terapeuter når de snakket om det å koble på andre tjenester og instanser, men få nevnte at de samarbeider direkte med andre eller at de treffer brukere på andre arenaer enn kontoret. En antakelse kan være at det individuelle og kortvarige perspektivet påvirker terapeutenes handlingsrom i tjenesten. Skatvedt (2020, s. 129-130) hevder at rammene i helsetjenesten skaper en struktur for samhandlingen mellom brukere og de som utøver helsehjelpen. Terapeutene ser at de tydelige rammene bidrar til å gi samtalene struktur, og til å komme raskt frem til målrettede tiltak. Men hvor godt egnet er rammene egentlig til å gi fleksible og tilpassede tjenester, og for kunne å ha søkelys på de faktorer utenfor terapirommet som har betydning for psykisk helse og livskvalitet?

Madsen (2014) er kritisk til tendensen til å pålegge individet ansvaret for egen helse og velvære, noe han belyser gjennom en studie av den store fremveksten av selvhjelpslitteratur. Spesialist i samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin Dag-Helge Rønnevik skriver i et debattinnlegg i Aftenposten at «jeg pleier å si til pasienter som strever, at vi ikke skal lete for mye på innsiden dersom problemene er på utsiden» (Rønnevik, 2022). Rønnevik problematiserer hvordan helsetjenesten i stor grad er rettet mot individuell behandling, i stedet for å forebygge og løse helsemessige utfordringer på samfunnsnivå. En slik forståelse står i en viss grad i motsetning til idéen om at det å ha det bra er en ferdighet, og at man kan øve seg opp til å få det bedre, i alle fall om man ikke samtidig anerkjenner betydningen av strukturer og betingelser på samfunnsnivå. Den helsefremmende teorien som er presentert tidligere i denne masteroppgaven, vektlegger også omgivelsenes betydning for helse i stor grad.

Mennesket blir ansett som en del av konteksten de lever i (Lindström & Eriksson, 2015, s. 41-42). Deltakerne i studien erfarer at menneskene de møter i sin arbeidshverdag, i stor grad påvirkes av sine omgivelser. Allikevel tyder funn på at tjenesten i hovedsak er rettet mot å hjelpe til med det som er «på innsiden». Mye litteratur og forskning peker på hvordan psykisk helse ses som en helhet, og at det å oppleve god psykisk helse og livskvalitet avhenger av relasjoner og sosial kontakt, økonomiske betingelser og deltakelse i samfunnsliv (Blaxter, 2010; Borge, 2014; Langeland & Vaardal, 2014).

Sammenheng er det også mellom økonomisk ulikhet innad i et samfunn, det vil si hvordan man har det i forhold til andre i sine omgivelser, og psykisk helse og livskvalitet (Wilkinson & Pickett, 2011, s. 39). Et tiltak for å redusere økonomisk ulikhet på, kan være å hjelpe personer med psykiske helseplager til å stå i arbeid. Schafft (2016, s. 188-189) hevder at det å være i arbeid fremmer sosial kontakt og deltakelse, i tillegg til at arbeid gir viktig tilgang til materielle goder. Forskning på arbeid og psykisk helse antyder at det å være i arbeid er et viktig tiltak for å oppleve god psykisk helse og livskvalitet (Schafft, 2016, s. 188-189). En terapeut i studien nevner at han snakker med brukere hva som skal til for å stå i arbeid, men ellers blir arbeid som helsefremmende tiltak lite tematisert i intervjuene. Et tegn på at dette handler om de kortvarige rammene i tilbudet, er at arbeid som tema ser ut til å være mer integrert i andre deler av den psykiske helsetjenesten i den undersøkte kommunen. Gjennom egen praksis kjenner jeg til at brukere som har vedtak på ikke-tidsbegrenset psykisk helsetjenestene, kan få tilbud om deltakelse i tiltaket Individual Placement and Support (IPS), et samarbeidprosjekt mellom helsetjenesten og NAV. I lys av forskning knyttet til arbeid som en positiv faktor for psykisk helse, kan det være verdt å se på om jobbredde tiltak også kan være en del av kortvarig lavterskel tjenester. Blant annet er dette innlemmet som en del av behandlingen i Rask Psykisk Helsehjelp (NAPHA, 2022, s. 46).

Når det gjelder andre tiltak knyttet til økonomi, så viser ikke resultatene i hvilken grad terapeutene for eksempel samarbeider med instanser som for eksempel NAV. Det kommer imidlertid frem at terapeutene unngår å gå inn i økonomiske spørsmål, som en konsekvens av for kort tid til å følge opp. Det er imidlertid ikke usannsynlig at

enkelte som oppsøker psykisk helsehjelp, har fått problemer som følge av økonomiske vansker. I tilfeller der de økonomiske problemene har kommet langt, kan det være utfordrende å ordne opp på egen hånd. Et tankekors er at brukere av det kortvarige samtaletilbudet blir bedt om å gi tilbakemelding på hvordan de opplever hjelpen de får, inkludert metodisk tilnærming, men hva hvis de selv opplever at de trenger hjelp til å kontakte og samarbeide med NAV?

Et viktig ansvarsområde i helsetjenestene er å involvere pårørende. Involvering av pårørende kan bidra til økt mestring både for bruker og pårørende (Bøckmann, 2014, s. 269). I veileder om Pårørende i helse- og omsorgstjenesten, står det tydelig at helsetjenestene skal sørge for samtale og dialog med pårørende. Pårørende skal involveres til det beste for brukeren som mottar helsehjelp, og for pårørende selv. Spesielt skal helsetjenestene ha oppmerksomhet på barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2018). I hvilken grad terapeutene har anledning til å samhandle med pårørende i behandlingen, for eksempel gjennom familie- og parsamtaler, kommer ikke frem i resultatene. Terapeutene fremhever at de snakker med brukeren om betydningen av sosial kontakt og relasjoner, og de er opptatt av å koble på andre instanser som kan bidra til at nettverket styrkes. Det kan imidlertid se ut til at terapeutene i den kortvarige tjenesten har fått et mandat som er begrenset til individuelle samtaler i en kort periode, og at hjelp utover det vil falle utenfor rammene. Men hvis vi virkelig mener alvor med Feedback-informerte tjenester og brukermedvirkning, kan det være problematisk hvis rammene i tjenestene begrenser fagpersoners mulighet til å gi hjelp på brukerens premisser. Pasienter og brukere har rett til å medvirke i helsehjelpen, og tjenestetilbudet skal i størst mulig grad utformes i samarbeid med den som mottar hjelpen (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001, § 3-1). Dermed kan det oppstå dilemmaer dersom rammene i et lavterskeltilbud setter grenser for hvordan hjelpen kan gis, spesielt dersom man i tillegg benytter tilbakemeldingsverktøy for å innhente kunnskap om brukerens ønsker, behov og preferanser. Skatvedt (2020, s. 129-130) belyser at måten helsetjenestene er organisert og styrt på, og de metodiske føringer som blir lagt for helsehjelpen, kan begrense yrkesutøvernes mulighet til hverdagsresponsivitet og fleksibilitet.

Strukturelle føringer kan gjøre det vanskelig å bruke skjønn, og til å ta hensyn til individuelle behov brukeren har der og da (Skatvedt, 2020, s. 132).

5.3 Metodiske betraktninger

Å belyse og redegjøre for metodiske valg, er ifølge Tjora (2017, s. 231) avgjørende for studiens kvalitet. Kvalitetsindikatorer innenfor kvalitativ forskning er blant annet gyldighet og pålitelighet, og for å møte disse kriteriene er det nødvendig at forskeren tilstreber refleksivitet og åpenhet. Denne masteroppgaven vil, som annen forskning, ha enkelte begrensninger. Kvaliteten på forskningen i prosjektet kan være påvirket av flere faktorer, og jeg vil her belyse enkelte punkter som jeg tenker er særlig relevante. En utfordring har vært min dobbeltrolle som terapeut og forsker, både når det gjelder nærhet til informantene og til de faglige temaene i oppgaven. Når det gjelder studiens resultater er det vanskelig å si akkurat hvordan, og i hvilken grad disse er påvirket av min nærhet til forskningsfeltet. Et eksempel på hvordan min forforståelse har kommet til uttrykk i denne oppgaven, er at deltakerne i intervjuene spurt om deres oppfatninger av helsefremmende begreper og tilnærminger. På det punktet hadde jeg allerede besluttet å bringe inn det helsefremmende perspektivet i masteroppgaven, en avgjørelse som sprang ut fra egen interesse og engasjement for helsefremmende arbeid. Dette har naturligvis bidratt til at datamaterialet i stor grad er preget av begreper innenfor helsefremmende teorier og perspektiver, for eksempel ressurser og mestring. Jeg har forsøkt å være bevisst at egne erfaringer og synspunkter ikke skulle prege fokus og fortolkning. Et par ganger måtte jeg stille meg spørsmål som; «sa informantene virkelig dette, eller kommer det egentlig fra meg?». Løsningen på slike utfordringer har vært å forsøke å ta et skritt tilbake- legge arbeidet bort en stund, se på resultatene på nytt og forsøke å være åpen for det som kom frem i datamaterialet. Jeg har også fått innspill fra veileder underveis i analyseprosessen.

I avsnittet «Å forske på egen arbeidsplass» gjorde jeg rede for de fordeler og ulemper jeg opplevde i innsamlingsperioden, som handlet om å ha en nær relasjon til deltakerne i studien. I forbindelse med analysen og drøfting av funn, gjorde jeg meg i tillegg noen refleksjoner som gjelder nærhet til forskningsfeltet. Jeg ser blant annet at

det kan være en utfordring å stille kritiske spørsmål til data som er hentet fra kollegaer og egen arbeidsplass, som jeg jo skal fortsette å ha en relasjon til. I tillegg kommer uro for å mistolke utsagnene deres, som muligens kan ha medført større forsiktighet i drøftingen enn dersom informantene var ukjente personer. I hvilken grad deltakerne vil oppleve seg forstått eller misforstått, kunne jeg fått belyst ved å inkludere dem underveis i arbeidet med oppgaven. Sett i ettertid kunne det vært en interessant og nyttig måte å vurdere studiens gyldighet. Studien vil imidlertid bli presentert for deltakerne når masteroppgaven er levert, slik at de får sjansen til å utdype og diskutere funn.

I tillegg til gyldighet og pålitelighet som mål på forskningens kvalitet, hevder Tjora (2017, s. 238) at man innenfor samfunnsforskning bør tilstrebe en form for generalisering. Resultatene i denne studien kan ikke hevdes å være direkte overførbare til andre kontekster, men jeg vil anta at flere elementer vil kunne overføres til tilsvarende tjenester i andre kommuner eller i andre deler av helseapparatet. For eksempel kan man tenke at temaer og tilnærminger som vektlegges i møte med brukere med psykiske helseplager, kan gi gjenklang hos andre som jobber med psykisk helsearbeid både i kommune, spesialisthelsetjeneste og annet. Og på samme måte kan temaer som handler om relasjon og medvirkning, gjelde i mange ulike settinger, både i arbeid med barn og unge og voksne. Man kan også tenke seg at studien kan ha en relevans i de somatiske delene av helsetjenesten, og i andre tilbud og tjenester som retter seg mot personer med både fysiske og psykiske helseplager. Allikevel kan man nok anta at studien først og fremst er relevant for tjenesten som er undersøkt, eller for tilsvarende tjenester i andre kommuner.

6 OPPSUMMERING

I denne masteroppgaven har jeg gjort en fenomenologisk-hermeneutisk studie av samtaleterapeuters erfaringer fra et lavterskel, kortvarig psykisk helsetilbud i kommunen. Hensikten med studien var å samle kvalitativ kunnskap om samtaletilbud til personer med milde og moderate psykiske helseplager. Helsepolitiske føringer har ført til at de kommunale tjenestene har fått flere oppgaver, og oppfølging og behandling av milde og moderate psykiske helseplager er et viktig satsningsområde for kommunen. Behovet for psykiske helsetjenester med lav terskel har fått ytterligere oppmerksomhet etter koronapandemien og de helsemessige konsekvensene pandemien har medført. Et viktig formål med studien var å få økt innsikt i hva som kan bidra til å fremme helse hos brukere av et kortvarig samtaletilbud, sett fra yrkesutøveres ståsted. Studien har belyst hvordan terapeutene forstår helsehjelpen de gir, og hva de vektlegger i samhandlingen med brukeren. Ved hjelp av kvalitative intervju med fem samtaleterapeuter, har studien gitt viktig kunnskap om ulike sider ved problemstillingen. Sentralt er terapeutenes opplevelse av at samtalene kan hjelpe brukere til å få en sammenhengende og meningsfull livshistorie, som igjen kan bidra til økt selvforståelse og mindre skam. Terapeutene bruker ulike tilnærminger i samtalene, men synes samstemte om betydningen av at brukere får økt kunnskap og bevissthet både rundt psykisk helse generelt, men også om egne tanker, følelser og reaksjonsmønstre. For å håndtere belastende livshendelser og psykiske reaksjoner, trengs mestringsstrategier, sosial støtte og gode rutiner i hverdagen. Drøftingen har vist flere likhetstrekk mellom terapeutenes erfaringer fra praksis, og teori om salutogenese og salutogen tilnærming i psykisk helsearbeid. Terapeutene i studien har ulik utdanning og erfaringsbakgrunn, og de har en faglig frihet til å bestemme hvilke metoder og tilnærminger de bruker i sin praksis. Masteroppgaven antyder at den salutogene forståelsen av psykisk helsearbeid, slik den presenteres i litteraturen, kan representere en felles forståelse av arbeidet i det kortvarige samtaletilbudet. Dette kommer frem ved at terapeutene beskriver sin praksis som en helhetlig. De vektlegger livshistorie, egenforståelse, ressurser og mestring, som er sentrale begreper innenfor salutogent psykisk helsearbeid. Forskning har vist at salutogene behandlingsprinsipper kan å ha god effekt i behandling av psykiske helseplager (Álvarez et al., 2021; Griffiths,

2009; Langeland, 2014). Salutogene tilnærminger ser også ut til å peke på viktige prinsipper i psykoterapi, deriblant fellesfaktorer som relasjon og arbeid med bevisstgjørende prosesser.

Studien har videre vist at rammebetingelsene i tjenesten ser ut til å påvirke terapeutenes handlingsrom. Til tross for intensjon om helhetlig hjelp, viser resultatene at utenforliggende faktorer som for eksempel økonomi og arbeid, får mindre oppmerksomhet i samtalene. En antakelse er at dette handler om det individuelle og kortvarige perspektivet i helsehjelpen. Kanskje kan denne studien bidra til å starte en diskusjon om hvorvidt lavterskel kortvarige samtaletilbud i større grad bør romme tiltak knyttet til arbeid, økonomi og nettverk. På den måten vil tilbudet i større grad kunne ivareta viktige aspekter ved helsefremmende arbeid. En deltaker i studien satte ord på hvordan samtalene handler om å finne nøkkelhullet, og om å finne nøkkelen som åpner for innsikt og forståelse. En annen pekte på at den psykisk helsehjelp i større grad bør foregå på brukerens egne arenaer. Kanskje kan det være slik at nøkkelen ikke alltid finnes i samtaler alene, men at det av og til kan være nødvendig å gå utenfor kontoret eller hente inn flere fra nettverket i samtalene. Et konkret tiltak kunne for eksempel være å innføre rutiner for å involvere pårørende, og for å innlemme arbeidsrettede tiltak i behandlingen.

Hvordan individuell og kortvarig behandling i større grad kan ivareta de mer utenforliggende faktorer i brukerens liv, kunne også være et nyttig fokusområde for videre forskning. Det samme gjelder problemstillinger knyttet til brukermedvirkning. Brukermedvirkning, for eksempel gjennom bruk av feedback-verktøy, handler om mer enn at brukeren får medvirke i behandlingstimene. Det betyr også å kunne møte brukerens ønsker for måten hjelpen utføres på- hvor man møtes, hvem som deltar og hvor kort eller lang tid behandlingen skal vare. Med hensyn til videre forskning, har jeg flere ganger tenkt på hvilken kunnskap brukere av tjenesten kunne tilført denne undersøkelsen. Det kunne vært interessant å sett på brukeres erfaringer med lavterskel og kortvarig psykisk helsehjelp, hva de selv opplevde som viktig og hvordan et slikt tilbud bør utformes fra et brukerperspektiv. I fremtidige forskningsprosjekter kunne det også vært nyttig å sett på forskjeller mellom tjenesten i denne studien, og

det mer metodestyrte konseptet Rask Psykisk helsehjelp, for eksempel når det kommer til opplevd bedring og fornøydhhet blant brukere, og kanskje også med tanke på økonomisk lønnsomhet. Avslutningsvis vil jeg peke på at denne masteroppgaven hovedsakelig har sett på psykisk helsehjelp på individnivå. I helsefremmende arbeid vektlegges imidlertid alle forhold i samfunnet som påvirker folks psykiske helse, ikke bare helsetjenestenes bidrag. At norske kommuner satser på individuell hjelp med folks psykiske helseplager er ikke løsningen alene, det kreves tverrfaglig innsats på alle nivåer i samfunnet for å fremme psykisk helse og livskvalitet.

Litteraturliste

Álvarez, Ó. S., Ruiz-Cantero, M. T., Casseti, V., Cofiño, R., & Álvarez-Dardet, C. (2021). Salutogenic interventions and health effects: A scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.002>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.

Bargmann, S. (2016). *Feedback informed treatment: en grundbok*. Akademisk forlag.

Blaxter, M. (2010). *Health* (2 utgave.). Polity. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy2.usn.no/lib/ucsn-ebooks/detail.action?pg-origsite=primo&docID=5484228>

Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I A. Almvik, & L. Borge. (Red.). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://www-tandfonline-com.ezproxy1.usn.no/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

Brottveit, G. (Red.). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal Akademisk.

Bøckmann, K. (2014). Pårørende. I A. Almvik, & L. Borge. (Red.). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

Danielsen, K. K. (2021). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid: En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2771773>

Davidson, R. (2016). The Four Keys to Well-Being. *Greater Good Magazine*.
https://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_four_keys_to_well_being

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The Heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2 utgave). American Psychological Association.

Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern: En kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>

Folkehelseinstituttet (2022). *Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: et forskningskart* <https://www.fhi.no/publ/2022/forskning-om-tiltak-for-a-reducere-sykefravar-i-arbeidslivet-et-forskningsk/>

Folkehelseinstituttet (2021). *Psykiske lidelser hos voksne*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Fuggeli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse: slik folk ser det. *Tidsskrift norsk lægeforening*, 2001 (nr.30). <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>

Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919954504802202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied & Preventive Psychology, 13*(1), 32–34.

<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.013>

Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 23*(1), 72–78. <https://doi.org/10.1177/0269215508095360>

Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I: Hartmann, E. (Red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 21-49). Pax forlag.

Helsedirektoratet (2018). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. [\(Griffiths, 2009\)](#)

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2022, 06. april). *Opptappingsplan for psykisk helse*.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag AS.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?: Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Langeland, L. (2014). *Salutogenese og psykiske helseplager: en kunnskapsoppsummering*. (Napha Rapport nr.1)
<https://www.napha.no/multimedia/4835/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>

Langeland, L. & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik, & L. Borge. (Red.). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991512959054702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Madsen, O. J. (2014). *Det er innover vi må gå: en kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2022). *RPH-håndboka*. (Rapport nr. 1/2022). Helsedirektoratet.

Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I: Duncan et. al, *The Heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (s.113-141). American Psychological Association.

Norsk kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2016). *Tilbakemeldingsverktøy*.
<https://napha.no/fit>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Regjeringsoppnevnt ekspertgruppe (2021). *Utfordringsbilde og anbefalte tiltak: Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f3f79f0e0acf4aebaa05d17bfdb4fb28/rapp-ort-fra-ekspertgruppe-livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk.pdf>

Rønnevik, D-H. (2022, 2. oktober). Er det piller og terapi vi skal tilby ungdommen? *Aftenposten, Debatt*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/onW37V/er-det-piller-og-terapi-vi-skal-tilby-ungdommen>

Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I A. Almvik, & L. Borge. (Red.). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

SINTEF (2021). *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf/> /attachment/inline/cabeb7bb-7db3-43ee-b017-aafb3807be5:16286828bbb6f49d6d1dd870a854deb553a4a9b7/Ko

Skatvedt, A. (2020). *Bedringens sosiologi: Om potensialet i hverdagslig samhandling* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St.prp.nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4.

utg.). Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2015). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wampold, B. E, & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2 utgave). Routledge.

Wilkinson, R. (2011). *Ulikhetens pris: Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Res Publica.

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vurdering

Referansenummer

968094

Prosjekttittel

Helsefremmende samtaler i kommunal psykisk helsetjeneste- psykisk helsearbeideres beskrivelser av praksis

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Knut Tore Sælør, knut.tore.salor@usn.no, tlf: 31008753

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kjersti Moen Aas, kjersti_aas@yahoo.no, tlf: 41462680

Prosjektperiode

01.01.2022 - 01.02.2023

Vurdering (1)

23.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 23.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.02.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av

personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig,

1 av 3 07/01/2022, 08:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank

spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er ansatte i kommunal psykisk helsetjeneste, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Ved eventuell bruk av andre databehandlere (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-

2 av 3 07/01/2022, 08:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger about:blank

for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Godkjenning fra virksomhetsleder

Kjersti Moen Aas

Fra:
Sendt: onsdag 1. desember 2021 15:44
Til: Kjersti Moen Aas
Emne: Sv: Søknad vedrørende masteroppgave

Hei Kjersti!

Sorry, jeg har glemt å svare deg. Selvsagt er det ok. Det som er viktig for meg er at vi ivaretar taushetsplikten, basert på frivillighet, og at det selvsagt ikke går ut over pasientbehandlingen. ☺

Med vennlig hilsen

Virksomhetsleder,
Telefon:
Sentralbord

kommune.no

Fra: Kjersti Moen Aas <kjersti.moen.aas@
Sendt: onsdag 1. desember 2021 15:39
Til:
Emne: Søknad vedrørende masteroppgave

Hei
Gjelder studien jeg har planlagt i forbindelse med min masteroppgave (du så kanskje at du ble satt på kopi på forrige mail).
Jeg har snakket med i dag ang. godkjenning av selve gjennomføringen, som er en av forespørslene i søknaden. Hun vil at jeg sender denne forespørselen til deg, det gjelder altså å bruke 4-5 ansatte i som informanter i studien. har sagt at hun er positiv til dette, men vil at det avklares med deg også.
Hvis du har tid kan du se på punkt 4.2 i prosjektbeskrivelsen, som berører rekruttering og datamateriale. Si gjerne ifra hvis noe er uklart, eller hvis du trenger flere opplysninger eller avklaringer rundt prosjektet ☺

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Kjersti Moen Aas
Psykiatrisk sykepleier, Avdeling
Telefon:
Sentralbord:

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Helsefremmende samtaler i kommunal psykisk helsetjeneste”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle kunnskap om psykisk helsearbeideres praksis i Kortvarig psykisk helsehjelp i kommunen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke psykisk helsearbeideres erfaringer fra terapeutiske samtaler med personer som opplever livsbelastninger, og se på hvordan terapeutene legger til rette for helsefremmende tilnærminger i samtalene. Studien retter seg mot kortvarig samtaletilbud i kommunal psykisk helsetjeneste, og mot terapeuter som møter personer med milde til moderate psykiske helseplager som følge av livsbelastninger. De foreløpige forskningsspørsmålene som skal belyses er;

- Hvordan beskriver psykisk helsearbeidere sine erfaringer med å fremme psykisk helse hos personer som opplever psykisk stress som følge av livsbelastninger?
- På hvilken måte legger de til rette for helsefremmende (salutogene) tilnærminger i terapeutiske samtaler med brukere?

Resultatene vil bli analysert og drøftet i lys av helsefremmende teori.

Prosjektet er en del av en mastergradsoppgave ved studiet Master i samfunn og helse, studieretning psykisk helse- og rusarbeid. Prosjektet har oppstart i januar-2022, og vil vare i ca. 11 måneder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i denne studien fordi du er ansatt i kommunal psykisk helsetjeneste, og er knyttet til et team som jobber med kortvarig psykisk helsehjelp. Alle ansatte tilknyttet teamet får spørsmål om å delta. Dine kontaktopplysninger er hentet fra interne oversikter over ansatte i tjenesten, med tillatelse fra virksomhetsleder og leder for avdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Innhenting av data vil skje gjennom individuelle intervjuer. Dersom du takker ja til å delta i studien, vil du bli invitert til et intervju som tar ca. 1 time. Intervjuet vil bestå av spørsmål relatert til forskningsspørsmålene ovenfor. Det blir gjort lydopptak fra intervjuet, som vil bli lagret på en sikker server og i tråd med gjeldende retningslinjer for datalagring. Intervjuet vil foregå på mitt kontor, eventuelt et annet sted som passer deg. Din arbeidsgiver har samtykket til at intervjuene kan gjøres i arbeidstiden.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun student og veileder vil ha tilgang til det transkriberte materialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Veileder vil ikke ha tilgang til dine kontaktopplysninger.

- Underskrevet samtykkeskjema vil bli lagret i låsbart skap som kun studenten har tilgang til.
- Datamaterialet vil bli lagret på Universitetets forskningsserver. Dersom det blir gjort back-up med manuell diktafon vil opptaket bli slettet så fort intervjuet er lagret på forskningsserveren. Intervjuet vil bli transkribert av studenten.
- Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes av andre i masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01. februar 2023. Alle personopplysninger og opptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst- Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
 - innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
 - å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
 - å få slettet personopplysninger om deg
 - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Kjersti Moen Aas; kjersti_aas@yahoo.no, eller Universitetet i Sørøst- Norge ved veileder Knut- Tore Sælør; knut.tore.salor@usn.no eller tlf. 92 61 37 82.

- Vårt personvernombud v/ Universitetet i Sørøst- Norge: Paal Are Solberg;
paal.a.solberg@usn.no.
- Dersom du ønsker å delta i studien, kan du sende mail til kjersti_aas@yahoo.no, eller sende sms på tlf. 41 46 26 80.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Kjersti Moen Aas
Student

Knut Tore Sælør
Veileder/prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

Før intervjuet (ca. 5 min):

Først vil jeg si tusen takk for at du har sagt ja til å delta i studien min.

Hensikten med studien er å samle kunnskap om hvordan ansatte i kortvarig psykisk helsehjelp møter personer med psykisk stress eller psykiske plager som følge av livsbelastninger. Og om erfaringer de har med helsefremmende perspektiv i psykisk helsearbeid og om det å fremme psykisk helse gjennom terapeutiske samtaler.

Intervjuet vil ta omtrent time. Samtalen vil bli tatt opp elektronisk, hvis det er det greit for deg? På grunn av begrensninger i lengde på lydopptak kommer vi til å ta en pause etter 40 minutter, og så fortsette en liten stund etter det.

Har du fått sett litt på informasjonsskrivet? Er det noe du lurer på der, eller vil du at vi skal gå gjennom det?

Både lydfiler og teksten fra intervjuet vil siden bli slettet.

Noe du lurer på før vi starter?

Sette i gang opptakere og klokkealarm

Kommentar; - Jeg begynner med noen innledende spørsmål om deg og din faglige bakgrunn

Innledende spørsmål (Ca. 5 min)

- Kan du fortelle meg litt om din utdanning og yrkesfaglig bakgrunn?
- Hvor lenge har du vært ansatt i psykisk helsetjenesten i kommunen, og hvor lenge har du jobbet med kortvarig psykisk helsehjelp?

Kommentar: Jeg vet at du jobber både med KPH og med mer langvarig oppfølging av brukere. Denne undersøkelsen handler i hovedsak om KPH, så du kan ta utgangspunkt i hvordan praksisen din i møte med brukere i den tjenesten. Men hvis du tenker på brukere du har møtt i annen type oppfølging, som du tenker er relevant her, så er det helt fint også.

Overgang: - Nå vil jeg gå over til å stille deg noen spørsmål om temaene for undersøkelsen, først hovedtema 1 som handler om det helsefremmende perspektivet i psykisk helsearbeid

Tema 1- Helsefremmende perspektiv og tilnærminger i psykisk helsearbeid (ca 10 min)

- Hva er det første du tenker på når du hører om begrepet «helsefremmende perspektiv eller tilnærming» i sammenheng med psykisk helsearbeid?
- Er det et begrep du har med deg i din praksis som terapeut?
- Hva tenker du kjennetegner en slik måte å tenke og jobbe på?
- Hva mener du er betydningsfullt å legge vekt på, når du som terapeut skal bidra til å fremme god psykisk helse hos de du møter?

Underspørsmål

- Hvordan vurderer du at et helsefremmende perspektiv skiller seg andre perspektiv innen psykisk helsearbeid?

Hovedtema 2- Møte med brukere som opplever psykisk stress/plager i forbindelse med livsbelastninger (ca 20 min)

Kommentar: Si noe om hvorfor jeg har valgt å bruke begrepene psykisk stress, og livsbelastninger (fordi jeg oppfatter at ansatte i KPH møter endel personer som søker hjelp som følge av en eller flere belastninger i hverdagen sin, og for å unngå å låse meg til spesifikke diagnoser)

Hovedspørsmål:

- Hvordan vil du definere begrepet livsbelastninger, i denne konteksten?
- Hvordan går du frem for å hjelpe de du møter med slike utfordringer? Noe spesielt du har er opptatt av?
- Slik du ser det, hva kan være spesielt viktig for å bidra til å fremme psykisk helse for disse personene?
- Noen spesielle temaer du er opptatt av å vektlegge i samtalene?
- Er det tema du bevisst pleier å unngå å bruke for mye tid på, fordi du tenker at det ikke er helsefremmende?
- Har du erfaring med spesifikke metoder eller måter å jobbe på som du tenker på som helsefremmende?

- Når det gjelder deg som terapeut, hva tror du er viktig med måten du er på i møte med den som søker hjelp? Hvordan tenker du at møtet med deg kan bidra til den helsefremmende prosessen til brukeren?
- Er det noe du tenker kan hindre bedringsprosessen, enten forhold ved terapeuten eller annet? Som holdninger eller begrensninger hos terapeuten, rammer eller retningslinjer for tjenesten, ledelse eller annet?

- Til slutt- hvordan ville du selv ønsket å bli møtt, dersom du kom i en situasjon der du trengte hjelp fra kortvarig psykisk helsetjeneste?

Avslutning (Ca 5 min)

- Har du noe å tilføye?
- Hvordan opplevde du intervju situasjonen? Noe som kan gjøres annerledes?