



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring.

Ragnhild Naas

Totalt antall sider inkludert forsiden: 62

Molde, 28.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 1.12.2016

Antall ord: Introduksjonskapittel: 8645. Artikkel:6959.

Forord

Mange har vært med og bidratt til motivasjon, inspirasjon og ideer om hvordan denne studien om Rask psykisk helsehjelp skulle bli en realitet. Dette har vært et studium som har vært lærerikt, men samtidig krevende. Jeg vil her rette en takk til de som har medvirket til dette:

Først og fremst ønsker jeg å takke informantene som var villige til å dele sine opplevelser i møtet med Rask psykisk helsehjelp. Uten deres bidrag hadde ikke dette latt seg gjøre. Takk til min engasjerte veileder Karl Yngvar Dale for verdifulle innspill og «peptalks» når det trengtes.

En stor takk til mine kjære kollegaer, som har hjulpet meg både med praktiske oppgaver og med moralsk støtte. Takk for at dere har hørt på meg og vært engasjerte.

Takk til Norsk Sykepleierforbund som bidro med ett stipend.

Og sist, men ikke minst, takk til mine barn; Henrik, Tor Erik og Sofie som har gitt meg støtte og oppmuntret meg i disse to årene til å stå på videre, og takk til min tålmodige ektefelle Kåre, som gladelig har tatt mer enn før av vårt praktiske liv sammen og har tålt å ha en nokså åndsfraværende kone til tider. Deres engasjement har vært rørende.

Molde 26.april 2016, Ragnhild Naas

Sammendrag

Bakgrunn: En stadig økende del av befolkningen i Norge sliter med angst og depresjon (Helsedirektoratet.no). Ved å opprette Rask psykisk helsehjelp (RPH) ønsket helsemyndighetene å tilby befolkningen et høyintensivt behandlingstilbud basert på evidensbaserte metoder etter BEON-prinsippet. Målet er å motvirke arbeidsuførhet, reduserer sykemeldingstall samt øke livskvaliteten og den psykiske helsen i befolkningen generelt.

RPH bygger på IAPT-modellen (Improved Access To Psychological Therapies) fra England. Opprinnelig var 12 piloter med til sammen 15 kommuner inkludert i RPH-prosjektet som skulle ha kognitiv adferdsterapi som psykologisk behandlingsmetode. Senere har flere kommuner kommet med. Behandlingen er gratis, og brukerne blir etter en vurderingssamtale tilbudt enten 2-15 individualsamtaler, kurs over 4 kvelder eller veiledet selvhjelp med 6 program moduler.

Hensikt: Målsetningen med studien som ligger til grunn for denne masteroppgaven var å utforske hvordan brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde møtet med tilbudet, og hva de erfarte bidrog mest til opplevd bedring. Forhåpentligvis kan dette gi oss kunnskaper som igjen kan bidra til et enda bedre tilbud til denne brukergruppen.

Metode: Det ble gjennomført to kvalitative forskningsintervju med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med fokus på brukernes opplevelser. Datainnsamlingen foregikk ved bruk av to fokusgruppeintervju med henholdsvis fire og fem deltagere. Dataene ble analysert i fire faser, inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud, herunder at det ble brukt systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse.

Funn: Hovedfunnene fra studien viste at det å lære en metode for å ta tak i egne problemer, samt det å kjenne seg forstått og speilet med fokus på «Hva er viktig for deg?», ble opplevd som viktige bidrag til bedring. I tillegg var det å få raskt tilbud om time med en RPH-terapeut noe som ble trukket frem som svært positivt av brukerne.

Abstract

Background: An ever increasing number of people in Norway are struggling with depression and anxiety. In 2012 the Norwegian Healthcare authorities launched a four year project, named *Rask psykisk helsehjelp* (RPH) in order to investigate how one can best tackle these mental health challenges. RPH is based on the English IAPT model (Improved Access to Psychological Therapies). The project included twelve local communes across Norway. RPH is anchored in cognitive behavioral therapy (CBT). The treatment is free, and after the patient is offered initial evaluation session, one of three possible treatment plans are followed in accordance with the BEON principle. Clients are either offered 2-15 individual sessions, a short course over five sessions or a six module self-help program.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the following master thesis is to investigate the following: 1. How clients perceived the treatment they received thru RPH. 2. What was experienced among clients as promoting change.

Method: Qualitative focus group interviews were applied. Two semi-structured focus group interview with four and five participants, respectively, were performed. Data were analyzed in a stepwise fashion in accordance with the Giorgi, as modifies by Malterud.

Findings: What seemed to contribute most in terms of promoting positive effects of the treatment were as follows: learning self-help methods to address challenges, being sufficiently "mirrored" by the RPH therapist, and lastly, getting quickly assigned to the program.

Innhold

1.0 Del 1 Introduksjon til artikkel	1
1.1 Bakgrunn for problemstilling	1
1.2 Valg av tema.....	1
1.3 Tidligere forskning	2
2.0 Teorigrunnlag.....	4
2.1 Bakgrunnen for teoretisk forankring	4
2.2 Kognitiv terapi og mestring av angst og depresjon	5
2.3 Myndiggjørings- og recoveryperspektiv innen psykisk helsearbeid	8
2.4 Selvpsykologien	10
3.0 Metodediskusjon	12
3.1 Kvalitativ metode	12
3.2 Systematisk tekstkondensering som analysemetode	16
3.3 Forforståelse	19
3.4 Etske refleksjoner.....	20
4.0 Referanser	24
Vedlegg 1 Manuskriptstandard	27
Vedlegg 2 GAD-7	30
Vedlegg 3 PHQ-9.....	31
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	32
Vedlegg 5 Meldeskjema NSD.....	33
Vedlegg 6 Godkjenning NSD	38
Vedlegg 7 Samtykkeerklæring.....	40
5.0 Del 2 Artikkel	42
En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring.	42
Introduksjon	43
Teoretisk bakgrunn.....	44
Forforståelse	45
Metode.....	45
Utvalg.....	45
Fokusgruppeintervjuer	46
Analyse.....	46
Etikk og personvern	47
Funn	47
Kognitiv metode gir nyttig kunnskap og mestringsfølelse	48
Sett og forstått	48
Fleksibelt tilbud.....	49
Raskt i behandling.....	49
Diskusjon	50
Metodekritikk.....	53
Konklusjon	54
Litteratur.....	54

1.0 Del 1 Introduksjon til artikkel

1.1 Bakgrunn for problemstilling

Verdens helseorganisasjon (Helsedirektoratet 2013) har identifisert depresjon og angst som en av hovedårsakene til sykdom i det 21. århundre. I tillegg til de som diagnostiseres med disse lidelsene, er det en stor gruppe mennesker, som ikke diagnostiseres, men som likevel har såpass nedsatt psykisk helse at det går ut over daglige gjøremål, yrkesliv og sosialt samliv. Underbehandling av disse vanskene er et problem, og en har grunn til å tro at tidlig intervensjon kan bidra til å redusere nedsatt arbeidsførhet, sykefravær og uførepensjon. I England lanserte de i 2006 IAPT-modellen som var en satsing for å gjøre evidensbasert behandling for angst, mild til moderat depresjon og søvnproblemer tilgjengelig for «folk flest». Rask psykisk helsehjelp (RPH) er det norske motsvaret med henblikk på å forebygge og styrke behandlingstilbudet til mennesker med mindre alvorlige psykiske vansker og lidelser (Helsedirektoratet 2013).

Tilbudet organiseres ut ifra BEON-prinsippet i en trappetrinns modell, der trinn en er veiledet selvhjelp, trinn to er kurs i forebygging og mestring av angst eller depresjon og trinn tre er individuelle samtaler i inntil 15 timer. Behandlingen er evidensbasert og metoden er kognitiv terapi.

Selv om en person som oppsøker RPH er definert som pasient i følge Pasient- og Brukerrettighetsloven (2001, § 1-3 a), blir det i det følgende anvendt betegnelsen «bruker» fordi det kan defineres som en person som benytter seg av et offentlig tjenestetilbud og signaliserer en deltakende rolle (Rønning og Solheim 2000).

1.2 Valg av tema

Etter å ha gjennomgått utdanningen i regi av Norsk kognitiv forening og vært ansatt som RPH-terapeut i vel et år ønsket jeg å finne ut hva brukerne satt igjen med etter å ha mottatt et tilbud ved Rask psykisk helsehjelp. Jeg har bakgrunn som psykiatrisk sykepleier i kommunalt psykisk helsearbeid til hjemmeboende med til dels alvorlige utfordringer knyttet til psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse. Her har jeg erfart at relasjon og tid kanskje spiller de mest vesentlige rollene i bedringsprosessene. Samtidig var det åpenbart at både hjelpeapparatet og brukerne var mindre fokusert på samspill og funksjonelle

tilpasninger enn på symptomer og symptomreduksjon. Dette medvirket til at medisinsk behandling ofte var førstevalget. Eksempelvis hadde vi brukere, med komplekse lidelser og stort medisinforgbruk, og som først og fremst ønsket om å bli «reparert» og kvitt symptomene sine. På tross av dette valgte vi å bruke lang tid, ofte flere år, på alliansebygging og motivasjonsarbeid før vi kom i gang med å arbeide målrettet med utfordringer knyttet til den enkeltes psykiske vansker.

I dag jobber jeg i i et korttidsperspektiv med en helt annen brukergruppe, og i tråd med prinsippene i kognitiv terapi. Dette er en tilnærming der brukeren får veiledning til å bli kjent med sin ”indre samtale” med det for øye å videreutvikle evnen til å sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre. Målet er således at brukeren skal få kontroll over sine problemer, ved å forstå hva som har bidratt til å opprettholde dem og så finne metoder for å forebygge nye problemer. Kognitiv terapi er i følge Berge og Repål (2009) først og fremst hjelp til selvhjelp, der brukeren lærer å bli sin egen terapeut. Brukeren er således en aktiv deltager, som ikke nødvendigvis får fjernet problemene, men heller lærer seg ulike teknikker slik at han kan fungere med dem. En mulig «bivirkning» er imidlertid at symptomene etter hvert forsvinner.

Samtlige brukere av RPH har fylt ut skåringsverktøyet GAD-7(vedlegg 2) og PHQ-9 (vedlegg3) i forkant av hver samtale. Disse sier noe om symptomtrykk og viser effekten av behandlingen. Ut i fra de tilbakemeldingene vi hittil har fått er det åpenbart at Rask psykisk helsehjelp har hatt en effekt. Men disse målingene sier ingenting om hvordan tilbudet oppleves. Brukerne er heller ikke blitt spurt direkte om sine opplevelser, herunder hva som eventuelt har vært viktig for dem og hva de eventuelt sitter igjen med som opplevd årsak til endring. Dette dannet også utgangspunktet for denne studien.

Målsetningen for studien var således, via kvalitative metoder, å fange opp hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring. Herunder å undersøke a) hvordan det opplevdes å motta et tilbud hos Rask psykisk helsehjelp? b) hva som opplevdes som viktig for informantene da de oppsøkte hjelp, og c) hva brukerne opplevde bidro til bedring.

1.3 Tidligere forskning

Det har det vært forsket lite på RPH i Norge. Dette kan ha sin årsak i at RPH er et relativt nytt tilbud til en brukergruppe som tidligere ikke har hatt et psykologisk behandlingstilbud

innen det offentlige helsevesenet. Brukerne av RPH tilfredsstillt bl.a. ikke kravet til behandling i spesialisthelsetjenesten og de har heller ikke tradisjonelt fått oppfølging i det kommunale hjelpeapparatet.

Mye forskning har vært rettet mot hva som virker og hvordan brukerne opplever møtet med hjelpeapparatet (Dobson 1989), men det finnes pr i dag ingen forskning på dette området når det gjelder RPH i Norge. Folkehelseinstituttet er imidlertid i gang med en stor datainnsamling fra RPH-pilotene for å evaluere tilbudet. Denne skal være ferdig innen utgangen av 2016. Dette er primært en effektstudie der en så langt har samlet inn data fra 71 % av pasientene som har mottatt behandling i 11 av de første 12 pilotene. De ble også igangsatt en kvalitativ studie for å fange opp ulike sider ved tiltaket som potensielt kunne påvirke resultatet i evalueringen. Eksempler på dette er bruk av veiledet selvhjelp, inklusjonskriterier og brukernes jobbdeltagelse. Informanter var alle prosjektlederne, to terapeuter fra hver pilot, en rådmann eller en bydelsdirektør, to fastleger og en Nav-ansatt. Til slutt var det planlagt et kvalitativt intervju med to brukere fra hver pilot, til sammen 24 personer. Av disse er det gjort 7 intervjuer, og de foreløpige resultatene viser at brukerne opplever stor mestringfølelse ved å være egen terapeut og takknemmelighet for å ha fått time så fort. (Alves og Knapstad 17.11.2015).

Når det gjelder forløperen til RPH, dvs IAPT, er det gjennomført en rekke studier i England. Søk i databasene Medline og PsykInfo ga mange treff, men de aller fleste var kvantitative effektstudier som har sett på grad av endret symptomtrykk etter endt behandling. Noen få kvalitative studier finnes, men de fleste tar utgangspunkt i terapeutenes opplevelse av arbeidet eller utdannelsen i IAPT. Unntaket er en studie av Parry m. fl. (2010). Denne tar utgangspunkt i de to første IAPT-prosjektene i England. Nærmere bestemt i Doncaster i South Yorksire og i bydelen Newham i øst-London, og er både en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse med deltagere som hadde mottatt et tilbud innenfor IAPT. Ved bruk av et spørreskjema; Client Satisfaction Questionnaire-8 (Larsen et al. 1979), og et dybde-intervju kom det frem til at brukerne stort sett var fornøyd med tilbudet. De som var misfornøyd, dvs. mellom 9-13 % av de spurte, syntes at tilbudet var for kortvarig, at det manglet kontinuitet og at det var vanskelig å holde motivasjonen oppe. Mange opplevde også skuffelse når de ble henvist til kurs eller telefonsamtaler med veiledet selvhjelp i stedet for det de hadde sett for seg, dvs, èn-til-èn, samtaler.

2.0 Teorigrunnlag

2.1 Bakgrunnen for teoretisk forankring

Borg og Topor (2003) oppsummerer hva mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever har vært til hjelp gjennom bedringsprosessen. Noen fellestrekk går igjen, de vil ha innflytelse på avgjørelser knyttet til eget liv, de utvikler mestringsstrategier for å håndtere plager og utfordringer og de bruker fagfolk bevisst ut i fra hva som passer dem.

Brukerne av RPH har ikke utviklet alvorlige psykiske lidelser, men sliter med symptomer på angst, lett til moderat depresjon og/eller har søvnproblemer. Noe som på sikt kan utvikle seg til et større helseproblem. Er disse brukerne like opptatt av å bli møtt, anerkjent og har relasjonen en like stor betydning for denne brukergruppen? Siden RPH er et høyintensivt behandlingstilbud, krever det stor grad av motivasjon og egeninnsats for at behandlingen skal hjelpe på den begrensede tiden tilbudet varer. Kåver (2012) viser til betydningen den terapeutiske relasjonen har. Dette blir en balansekunst i RPH, hvor formidling av kunnskap og bruk av ulike skjema ikke må skje på bekostning av å se, forstå, respektere og anerkjenne brukeren.

Helsedirektoratet har i sin veileder, Sammen om mestring (2014), utpekt Rask psykisk helsehjelp som en av aktørene i det lokale helsearbeidet som ved hjelp av metoder som støtter bedringsprosessene til brukeren skal bidra til økt mestring. I tillegg til mestringsfølelsen ved å ta tak i egne problemer, var det å kjenne seg forstått og speilet, med fokus på «Hva er viktig for deg?», sammen med å få komme rask i gang, opplevd som en viktig årsak til bedring. Derfor er også teori knyttet til selvsykologi tatt med.

Med utgangspunkt i det overstående reflekterer valget av teorigrunnlag dels den metoden som brukes i Rask psykisk helsehjelp, dvs kognitiv terapi, dels nyere teorier på bedringsprosesser, herunder recovery- og empowerment-perspektivene og dels teorier som fanger opp betydningen av empati i den terapeutiske alliansen, herunder selvsykologien.

2.2 Kognitiv terapi og mestring av angst og depresjon

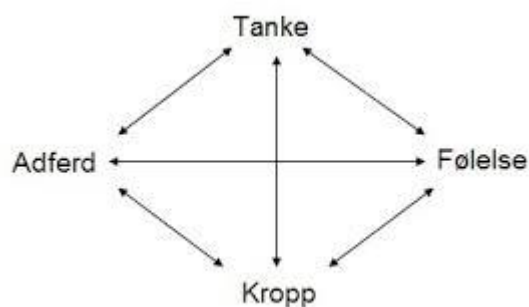
Kognitiv terapi, eller kognitiv adferdsterapi som det også kalles, er et begrep som viser til en rekke ulike terapeutiske metoder. Metodene bygger på kognitiv psykologi og læringspsykologi og fremgangsmåtene er godt dokumentert i form av utallige evidensbasert dokumentasjon både på fremgangsmåter og resultater. Det er etter hvert utviklet supplerende former for kognitiv atferdsterapi, også kalt 3-generasjons kognitiv adferdsterapi, og min erfaring fra praksis er at det er fruktbart å dra nytte av elementer fra disse tilnærmingene ut i fra hva den enkelte brukeren ønsker å få hjelp til. Eksempler på dette kan være dialektisk atferdsterapi, metakognitiv terapi, «mindfulness»- basert terapi eller acceptance and commitment therapy. (Berge og Repål 2009).

Kognisjon er betegnelsen på den menneskelige hjernes uavbrutte bearbeidelse av informasjon. Gjennom en stadig pågående indre samtale blir våre handlinger kommentert, og vi forestiller oss hva som vil skje. Dette skjer uten at vi vanligvis legger så stor merke til det. Hvordan vi tenker rundt ulike situasjoner vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. Av og til kan denne indre samtalen bli overdreven eller usann og forsterke negative følelser. I kognitiv terapi er målet å hjelpe brukeren til å identifisere slike selvdestruktive tanker som fører inn i onde sirkler, slik at han så blir i stand til å bryte disse. Når brukeren blir oppmerksom på angstfremkallende, urimelig selvkritiske eller negative tankemønstre gir det mulighet til å drøfte muligheten for nye og alternative tanke- og atferds måter. Det hele er et vekselspill mellom allianse, der tillit og trygghet skapes, innsikt der terapeut og bruker sammen kartlegger problemer og følelser og uhensiktsmessige tankemønstre. Kartleggingen kan føre til endring i form av problemløsning med utprøving av nye ferdigheter og/eller tenkemåter. (Berge og Repål 2010).

Å komme frem til dette krever systematisk og hardt arbeid, og en tar ofte utgangspunkt i ABC-modellen der A er hendelsen, B er tanker omkring hendelsen og C er følelsene knyttet til tolkningen av hendelsen. Man vil så med alternative tanker få en E (ny B) og slik kjenne på en F (ny C) eller endrede følelser, kroppslige fornemmelser og atferd.

En RPH-terapeut bruker ulike skåringskjemaer for å kartlegge opplevd symptomtrykk på depresjon eller angst. Dette er noen av utallige skåringsinstrumenter som kan brukes i

kognitiv adferdsterapi (KAT). Terapiformen har således sterke røtter til positivismen og det naturvitenskaplige syn på mennesket. Kvantitative metoder tallfester og gir objektive data. Hadde en kun tolket brukeren ut i fra disse skåringene, kunne en gått glipp av mye informasjon som kommer frem gjennom å kommunisere med han. Derfor tar man også i bruk kunnskap som bygger på Husserl's fenomenologi og humanistisk psykologi for å få en beskrivelse av hans subjektive opplevelse av tanker, følelser og atferd, ved å se situasjonen slik den oppleves for ham. Dette gir et bedre utgangspunkt i hvordan behandlingen skal foregå. Man kommer brukeren i møte med tidligere tankemessig og erfaringsmessig «håndbagasje» som er med på å bestemme hva en forstår og hvordan en tolker dette. Å være seg dette bevisst er viktig for å bruke denne bakgrunnskunnskapen på en måte som brukeren kan dra nytte av. Som terapeut må en tilstrebe seg å være bevisst sin egen forforståelse og tidligere erfaringer som man møter brukeren med, for å kunne bruke den på en måte han kan dra nytte av. (Thornquist 2006). Dette springer ut i fra hermeneutisk vitenskapsteori, og den hermeneutiske sirkel eller spiral er et begrep og et fortolkningsmessig prinsipp som er systematisk brukt i KAT. Sirkelbegrepet er blitt kritisert, og man snakker nå oftere om en hermeneutisk spiral, da denne gir assosiasjoner til videre bevegelse, mens en sirkel gir assosiasjoner til repetisjon. Slik blir det en sirkelbevegelse som for hver omdreining gir mer innsikt og økt forståelse (Malterud 2013). I motsetning til naturvitenskapenes forklarende fremgangsmåte ønsker man her å forstå. Hermeneutikkens oppgave blir å redegjøre for denne forståelsen. Den kognitive diamant er et terapeutisk verktøy brukt i KAT. Den tar utgangspunkt i en situasjon som brukeren har opplevd som vanskelig.



Figur 1. Den kognitive diamant (fra Berge og Repål 2009)

Sammen plukkes situasjonen fra hverandre og settes så inn i fire ulike dimensjoner. Det blir da tydelig hvorfor brukeren følte og handlet som han gjorde når han får systematisert hva som skjedde i kroppen (eks; hjertebank, åndenød, svette, skjelving), med hva han

tenkte (eks; de syns jeg er rar, jeg er verdiløs), med hva han følte (eks; angst, skam) og hva han gjorde (eks; ble hjemme, ser vekk). Delene til sammen gir da en bedre forståelse av helheten. Dette igjen gir en ny forståelse av delene som igjen gjør det enklere å endre dem. Utgangspunktet tas ofte i følelsene, men i terapien tildeles tankene en sentral plass. Handlingene og følelsene er ikke forårsaket av hendelsen, men av tankene om eller tolkningen rundt hendelsen. Slik sett er det å lære kognitiv metode å tilegne seg et verktøy for å mestre noe gjennom konkrete handlinger eller tankemessige strategier.

Psykologen Richard Lazarus teori om mestring er vel anerkjent og er i prinsippet en kognitiv teori (2006). Den skiller mellom en persons vurdering av en situasjon og hvilke tiltak han så foretar seg i neste omgang. I følge Lazarus er det et nært samspill mellom krav en utsettes for, og hvordan en mestrer dem. Mestringen består i hvordan vi håndterer disse indre og ytre krav som hele tiden skifter karakter. Når en vanskelig situasjon oppstår, gjøres to sentrale vurderinger. Først prøver vi å finne ut om hendelsen utgjør en trussel eller utfordring, før vi tenker over hvordan vi skal forholde oss til den. Hvilke ressurser og ferdigheter har vi til å møte denne hendelsen? Dette kalles mestringsstrategier. Med andre ord; mestring handler om hvordan vi fortolker en gitt situasjon, og hvordan den kan håndteres. Ikke ulikt hvordan vi arbeider med den kognitive diamant.

Lazarus (2006) skiller mellom emosjonelt fokuserte mekanismer som har til hensikt å dempe ubehag, og problemfokuserte mekanismer som har til hensikt å løse problemer. Problemfokuset mestring er aktive tiltak som planlegging, målsetting, prioritering, analyse eller søke ny informasjon og eller praktisk hjelp. Emosjonsfokusert mestring har som mål å redusere det følelsesmessige ubehaget situasjonen gir. Dette kan være å gi uttrykk for følelser som sinne, angst eller tristhet, distraksjon, aksept, eller ved å søke emosjonell støtte. Mestringen kan skje i etterkant av en hendelse, men også under eller i forkant etter hvert som brukeren er forberedt på hvordan situasjonen kan håndteres. En av grunnene til at jeg velger Lazarus` s er at den vektlegger både egenskaper ved brukeren og den sosiale situasjonen individet står i.

Kåver (2012) presiserer at den terapeutiske relasjonen i KAT bygges med høye krav til terapeutisk effektivitet, struktur, teoretisk og vitenskapelig evidens, men at respekt og empati er verdigrunnet i KAT.

2.3 Myndiggjørings- og recoveryperspektiv innen psykisk helsearbeid

Myndiggjøring kommer fra det engelske «empowerment». Ordet ble først brukt i politiske frigjøringsaker på 1960 og -70 tallet som for eksempel de svartes rett til å stemme, kvinnefrigjøring og studentoppgjør, men fra 1990- tallet begynte begrepet og bli brukt i mer allmenn politisk tenkning (Aandanes 2007).

Det betyr med andre ord en maktomfordeling, ved at en ville gjøre de svakere sterkere og på den måten gi disse gruppene mer makt over eget liv (Aandanes 2007). Har med overføring av makt, men er også et begrep som assosieres med kontroll, mestring og ansvar (Vatne 1998). Det er i denne sammenheng jeg vil se på myndiggjøring, at brukeren gjennom å ha henvist seg selv og lært en metode, har tatt ansvar for egen helse og opplever mestring. De gjennomgår en prosess som gjør de i stand til å øke kontrollen over egen helsetilstand og evnen til å forbedre sin egen helse.

Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom ved har følgende definisjon av mestring: «*Mestring handler om å tro at man kan klare å løse en oppgave, ha en viss kontroll over egen tilværelse og kunne justere handlingene, følelsene og forestillingene i en ønsket retning*» (Normann og Sandvin 2001).

Tidligere har behandling av mennesker med psykiske lidelser vært underlagt ekspertene og institusjonene. Språket har vært et maktmiddel som kun de innvidde mestret, og det var de som hadde makt og kontroll. De hjelpetrengende manglet språket, og således makten og muligheten til å ha makt, delta og ha innflytelse på egen bedringsprosess. Det ble utviklet et eget språk «deficiency language» (Bøe og Thomassen 2007, 31) som hadde fokus på defekter og sykkelighet hos den som trengte hjelp.

Det har siden dette vært en utvikling fra en positivistisk holdning til det postmoderne, med et dialogisk perspektiv som har en mer humanistisk og inkluderende arbeidsform basert på dialog og medbestemmelsesrett (Bøe og Thomassen 2007). Tradisjonelt har det vært fagkunnskapen som har vært den mest tungtveiende og som har bestemt behandlingen. Når brukerne nå inviteres inn i ett samarbeid blir de gitt makt og innflytelse. Deres erfaringer og den kontekst de lever sine liv i gjør at en ser på bidragene som verdifulle. Også i lovverket er brukerens rettigheter til medvirkning nedfelt. I pasient og

brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63) § 3-1 står det fastslått at brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre står det at tjenestetilbudet så langt det lar seg gjøre skal utformes i samarbeid med brukeren og at det skal legges stor vekt på hva han mener under utformingen av tjenestetilbudet.

Regjeringen la fram forslag til opptrappingsplan for perioden 1999 - 2006 med konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern, og de ønsket utbedring av bristene som forekom i alle ledd i behandlingsskjeden (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Den hadde intensjoner om å øke kommunal innsats og styrkning av brukernes innflytelse. Ansvar for å arbeide med mennesker som opplever psykiske vanskeligheter skulle styrkes og det skulle brukes mer tid og penger, men det kan også sees i sammenheng med den nye markedsliberalistiske ideologien New Public Management, hvor fokuset er å holde folk i arbeid og på en mest mulig tids -og kostnadseffektiv metode nå flest mulig på kortest mulig tid.

En måte å gjøre dette på er gjennom recoveryorientert praksis der brukernes egeninnsats støttes gjennom ulike handlinger slik at han blir i stand til å ta kontroll over eget liv. Recovery er et ord som rommer to ulike betydninger. Tradisjonelt innen psykisk helsefag og psykiatri brukte man begrepet klinisk recovery der brukeren har fått fjernet sine symptomer, gjenvunnet sine sosiale funksjoner og på alle andre måter «gått tilbake til det normale» (Slade 2015). Personlig recovery innebærer en annen holdning til begrepet som har vokst frem blant mennesker som har opplevd psykisk sykdom. Den mest brukte definisjonen av personlig recovery kommer fra William A. Anthony:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og en mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony i Slade 2015,12).

Som fagperson må man være seg bevisst egen holdning, praksis og verdier og hvilket syn han har på brukerrollen og hjelperrollen (Helsedirektoratet 2014). Dette må være en stadig gjenstand for refleksjoner og korreksjoner. Å jobbe recoverybasert er ikke et mål som en når og kan krysse av når det er oppnådd. Tvert i mot er det som å gå mot vest, du kommer dit aldri, men du kan ved hjelp av et indre kompass vite at du beveger deg i ønsket retning.

Å arbeide recoveryorientert krever fleksibilitet. Årsaken til dette er at ferden mot recovery er individuell og personlig og ikke noe profesjonelle tjenester kan gjøre for vedkommende. Det er noe personen med utfordringer i forhold til sin psykiske helse selv opplever og må arbeide frem mot. Slik blir både myndiggjøring av brukeren og personlig recovery ikke bare et faglig og overordnet perspektiv, men også et middel for å nå målet; økt mestring og gjenvinning av kontroll over eget liv for brukeren.

Den beste måten å støtte noen i denne ferden vil derfor variere fra person til person. I seg selv er denne forskningen et eksempel på brukermedvirkning. I stedet for å se på tall og statistikker over hvordan evidensbasert behandling har virket, er målet å finne ut gjennom brukernes erfaringer, refleksjoner og opplevelser hva som ga endring. Brukerne er kilder, ikke studieobjekt.

2.4 Selvpsykologien

Selvpsykologien ble utviklet av Heintz Kohut (1913-1981). Det sentrale i dette perspektivet er at menneskers utvikling er knyttet til relasjoner med andre. Å være i gjensidige relasjoner blir således i selvpsykologien regnet som et ufravikelig og grunnleggende behov vi har med oss gjennom hele livet. Spedbarnsforsker og kliniker Daniel Stern (1934-2012) videreutviklet dette perspektivet og lanserte begrepet affektinntoning som omhandler spontan følelsesmessig innstemningen til en annens stemningsleie. Slik affektiv samstemthet er påvist i mødrenes gjensvar på barns lek og anses å være grunnleggende for utviklingen av et sammenhengende selv. Sterns forskning viste bl.a. også hvordan spedbarnet reagerte på brudd i slik affektiv samstemthet når for eksempel mor ble bedt om å underdrive eller overdrive sin respons (Bråten 1998).

Vitenskapsteoretisk kan Kohut's selvpsykologi plasseres både i den fenomenologiske, den eksistensielle og den hermeneutiske tradisjon. Den reserverte, kjølige og kunstige holdningen som tidligere var den vanlige holdningen hos datidens psykoanalytikere, ble utfordret i retning av å bli ledigere, vennligere og mer empatisk. (Karterud og Monsen 2002).

Kohut bruker begrepet selvobjekt og i motsetning til et ytre objekt som kan sees, veies og måles, er selvobjektet subjektivt, og en er seg det heller ikke alltid bevisst:

Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfullt selv (Karterud i Karterud og Monsen 2002, 18).

Kohut beskrev tre ulike selvobjektrelasjoner som er viktige. 1). Speilende selvobjektrelasjon der individet blir forstått verdsatt og anerkjent. Dette har mye til felles med affekt-inntoning, men mens affekt-inntoning handler om å respondere den andres følelse, handler speiling om å gjenkjenne den andres følelse og legge noe til før en gir den tilbake. Den innebærer på denne måten både anerkjennelse, men også en mulighet til å lære en ny respons. 2). Idealisert selvobjektrelasjon der individet får støtte eller blir holdt oppe av noen som oppleves som klokere eller å inneha større mestringsevne enn en selv. 3). Alter ego selvobjektrelasjon der individet føler seg jevnbyrdig og likeverdig i relasjon med den andre.

Selvpsykologi ser på betydningen av forventet og ønsket respons gjennom å bli gjenkjent, sett, akseptert, verdsatt, anerkjent og forstått. Det som endrer og gir innsikt er menneskets evne til å se på seg selv og spørre: «Hvem er jeg?» Dette kan gjøres via introspeksjon, eller med andre ord- vi ser på oss selv med vårt indre språk og forestillingsbilder. Disse trenger ikke nødvendigvis være hensiktsmessige. Da er det i den terapeutiske sammenheng en kan ved hjelp av empati og følelsesmessig inntoning gi uttrykk for den andre på en slik måte at han oppdager og ser seg selv på nytt gjennom vårt blikk. Inntoning er noe en gjør- og kan ikke «spilles». Vi kan med andre ord ikke si at vi er anerkjennende og empatiske før brukeren føler seg anerkjent og sett.

Hartmann (2000) sier at ifølge Kohut har empati en legende virkning, gjennom at man som terapeut har evnen til å plassere seg kognitivt og emosjonelt og så konsekvent som mulig i den andres sko. Slik bidrar man til styrking og utvikling av selvet, så lenge brukeren opplever å kjenne seg forstått.

3.0 Metodediskusjon

3.1 Kvalitativ metode

Kvantitative og kvalitative metoder settes ofte opp mot hverandre, og i enkelte miljø hevdes det at kvantitative metoder er den beste måten å fremskaffe vitenskapelig kunnskap på (Malterud 2013). Wogn-Henriksen (1997) viser til at det er blitt utprøvd utallige metoder for å oppnå kunnskaper om menneskers erfaringer rundt ulike fenomener, men at konklusjonen mange kommer frem til, er at verdifull og nyttig informasjon om menneskers subjektive verden oppnås best ved å la vedkommende beskrive den, altså den beste og enkleste måten å samle fenomenologisk kunnskap på. Med den vektlegging kvalitativ datainnsamling har på erfaring og opplevelser, passer det også til å utforske den mening som mennesker legger i hendelser og prosesser i sine liv. Denne studien bruker derfor et kvalitativt intervju med utgangspunkt i brukernes erfaring(fenomenologi) og fortolkning(hermeneutikk).

Et kvantitativt design i form av en spørreskjemaundersøkelse ville antagelig ikke kunne fange opp de opplevelsesdimensjonene jeg var interessert i (Malterud 2012). Her er det ingen mulighet for å stille utdypende oppfølgings spørsmål, for, eksempelvis få bekreftet at vi har oppfattet svaret slik det var ment fra informanten. Hvilken kunnskap vi får er begrenset av utformingen av spørsmålet og hvordan det plasseres i skjemaet. Dette avgrenser også friheten til den som svarer ved at oppmerksomheten blir styrt inn i et gitt spor. En eventuell spørreundersøkelse vil muliggjøre et betydelig større og bredere utvalg, men først og fremst gi mening i kombinasjon med kvalitative forskningsmetoder i et mixed methods design. Via kvalitativ metodikk vil man kunne identifisere og utvikle de mest relevante begreper samt utvikle hypoteser om mulige sammenhenger. Dette vil igjen kunne danne grunnlaget for hvordan man best mulig operasjonaliserer de fenomener man søker å undersøke kvantitativt i den aktuelle mplsgruppen. Metodevalg: Fokusgruppe og fokusgruppeintervju

Det ble benyttet kvalitativt semistrukturert intervju som metode. Med det menes at intervjuet ikke nødvendigvis har fastlagte spørsmål, men skal foregå i form av en samtale, der de tidligere brukerne av RPH får mulighet til å beskrive sine erfaringer og opplevelser om hva som bidro til bedring på en detaljert måte. Samtalen vil foregå rundt ett gitt tema, også kalt intervjuguide (vedlegg 4) som vil bidra til refleksjoner rundt årsaker til opplevd

bedring (Malterud 2013). Intervjuguiden bidrar også til at diskusjonene er mer kontrollert av forskeren. Dette begrenser valg av tema, men samtidig er det også med på å ivareta informantens personvern og integritet. Siden det ikke skulle utføres komparative analyser av fokusgruppene, var en heller ikke avhengig av at gjennomføringen av intervjuene var standardiserte. Et individuelt intervju ble gjennomført, både for å prøve meg som intervjuer og teste intervjuguiden, men også for å se om valg av fokusgruppe ville påvirke validiteten av undersøkelsen. Det kom ikke frem noe som tilsa at metoden skulle endres.

Selve intervjuene pågikk rundt en times tid, og samtalene ble tatt opp på bånd. En medhjelper som hadde erfaring fra å holde fokusgrupper var tilstede under intervjuene og fungerte som sekretær og noterte hovedmomenter og så etter forhold som kanskje ikke ville komme med på opptaket.

Fokusgrupper blir i stadig større grad brukt innen kvalitativ forskning. De var opprinnelig mye brukt i markedsundersøkelser, gjerne i kombinasjon med spørreskjema, men fra 1980-tallet ble fokusgruppeintervjuet stadig mer vanlig i forskning innen samfunnsvitenskapene og humanvitenskapen (Kvale og Brinkmann 2010). Fokusgruppene består som regel av fem til åtte informanter som styres av en moderator (Malterud 2012). I utgangspunktet var det invitert åtte deltagere til hver gruppe, og det endte opp med to grupper med en på fire, og en på fem personer. Det var forventet et visst frafall (Morgan 1997), Det viste seg å være nok data og av tilstrekkelig kvalitet til å belyse forskningsspørsmålet, så det empiriske materialet er basert på disse to gruppene. Det kom frem mye kunnskap fordi gruppedeltagere påvirket hverandre. Uansett har gruppeintervjuet ikke til hensikt å finne løsninger eller at informantene skal komme frem til enighet, snarere å få frem forskjellige synspunkter rundt temaet (Kvale og Brinkmann 2010).

Andre har kommet frem til motsatte erfaringer der de ikke finner mer eller bedre informasjon i fokusgrupper kontra individuelle intervju (Morgan 1997). Valget av fokusgrupper var også begrunnet i at individuelle intervju lettere kunne føre til at informanten gikk mer i «pasientmodus» og dermed lettere dreie samtalen inn på årsak til at han oppsøkte RPH. Det ble gjennomført et individuelt intervju som på mange måter bekreftet dette. Informanten kom ganske snart inn på årsaken til at han tok kontakt, og måtte styres vekk fra dette temaet flere ganger underveis. Dette bekrefter viktigheten ved å være seg bevisst både styrker og svakheter fokusgrupper som en kvalitativ metode kan ha

(Morgan 1997). Vist formålet med fokusgrupper hadde vært å se på samhandling, er det andre og bedre metoder å observere dette på enn å sette sammen en fokusgruppe. Likeledes kan diskusjon av svært private eller tabubelagte emner føre til at tilstedeværelsen av andre gjør at en begrenser eller holder tilbake meninger og opplysninger en ellers ville ha fortalt om. For andre derimot kan følelsen av og ikke være alene og gruppesamspillet gjøre det lettere å uttrykke synspunkter rundt vanskelige emner (Kvale og Brinkmann 2010).

I dette prosjektet viste det seg å være litt vanskeligere enn først antatt å sette sammen fokusgrupper. Mange vegret seg, og kanskje var det litt optimistisk å tro at «folk flest» som hadde gått i individuell behandling ville ønske og «offentliggjøre» dette ved å eksponere seg i en gruppe. Dette på tross av at det ble presisert at det ikke skulle snakkes om symptomer eller årsaken til at vedkommende hadde benyttet seg av tilbudet. Så den tiden som ble spart ved å bruke fokusgrupper ut i fra deres rykte om å være «quick and easy» (Morgan 1997,13), ble tapt i tid brukt på å finne egnede informanter. Men når gruppene først var satt sammen, ble en stor mengde relevante data fra flere informanter samlet på kortere tid enn det ville ha gått med ved å bruke individuelle intervju.

Om et fokusgruppeintervju blir pålitelig og troverdig har blitt diskutert. Påliteligheten, eller reliabiliteten innebærer at andre forskere vil komme frem til samme konklusjoner om de studerer materialet. Ved å følge de fire trinnene i systematiske tekstkondensering og ved bruk av fenomenologisk analyse kan funnene lett la seg gjenskape (Malterud 2013). Reliabiliteten øker også ved at jeg som moderator ledet begge gruppene.

Reliabilitet betyr at noe er ensartet eller konsistens, men sier ingenting om at det som er målt stemmer med virkeligheten (Svartdal 2011). Når gjentatte målinger gjort under samme forhold gir likt resultat kan vi si at vi har høy pålitelighet eller reliabilitet. Men det sier ingenting om at måleinstrumentet er korrekt. Validitet eller gyldighet sier noe om hvor godt man greier å måle eller undersøke det man har til hensikt å måle. «En vitenskapelig slutning er valid når vi har formulert en slutning som har god dekning i tilgjengelig evidens, og når de alternative (rimelige) slutninger er utelukket.» (Svartdal 2011, 44). Det vil med andre ord si at noe kan være reliabelt uten å være valid. Ved vitenskapelige målinger kan resultater bli av både høy validitet og reliabilitet når man opererer med f.eks. SI-systemet som er et internasjonalt system for måling av fysiske enheter. Psykologisk forskning på den annen side har som formål å dokumentere påstander om psykologiske

prosesser og egenskaper. Her må man i større grad godta at en påstand kan være sann i større eller mindre grad, fordi at det er så mange faktorer som innvirker på den eller det vi ønsker å måle. (Svartdal 2011). Så en bredere tolkning av validitet må godtas for å kunne brukes i kvalitativ forskning. Eller som Pervin (1984, sitert i Kvale 2010, 251) sier: «i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variablene som vi ønsker å vite noe om». Så med en slik bredere oppfatning av validitet kan man si at kvantitativ forskning kan gi gyldig vitenskapelig kunnskap (Kvale 2010).

I all forskning er svaret på forskningsmålet et sett av slutninger, og deres sikkerhet eller validitet er knyttet til de ulike sidene av forskningsprosessen. Hvilken design en bruker har relevans for validiteten av de kausale slutningene, altså den indre validiteten, eller hva det vi har kommet frem til er sant om (Malterud 2013).

Med kausale metodologi mener man å studere årsaks-forhold (Lund 2002). Både i arbeidslivet og ellers i vårt daglige liv prøver vi å se på sammenhengen mellom årsaker og virkninger. I Rask psykisk helsehjelp gir vi behandling i form av kognitiv terapi; vi ser endring hos pasienten og trekker den slutningen at terapien har virket. Hensikten med denne studien var å finne ut noe mer rundt dette. Ikke hvor *mye* bedre personen føler seg, men derimot hva som gjorde at han føler han hadde utbytte av å komme til en RPH-terapeut og hvordan han opplevde møtet med RPH. I dette prosjektet vil det si å se på om årsaken til opplevd bedring er på grunn av å lære en metode og oppleve mestring gjennom dette, eller å oppleve endring fordi en har blitt sett, forstått og følt på varme og empati i terapeutrelasjonen. Eller er det noe helt annet? Her kan det ligge mange feilkilder. Er det i det hele tatt mulig for en person å si hva det var som var mest virksomt? Eller blir det som om du får beskjed av hudlegen å smøre først med en olje og så med en krem for å bli kvitt eksemet ditt, og så spør han deg i ettertid når eksemet er borte: «Var det oljen eller kremen som virket best?». Gjennom å spørre et utvalg om hvordan de opplevde møtet med RPH og hva de føler var nyttig for dem, vil vi få belyst dette temaet. Mange faktorer kan påvirke validiteten, blant annet kan man aldri være helt sikker på at informantene sier det de mener. Å sende ut utskrift av intervjuene til informantene og få de tilbake godkjent og signert er en måte å være sikrere på at de går god for det de sa under intervjuet. Samtlige nær en, hvor brevet kom tilbake merket ukjent adressat, godkjente utskriften.

Ytre validitet eller overførbarhetsverdi er også et spørsmål med usikkert svar i denne studien. Vi må se på forholdet mellom det utvalget vi henter data fra, hvilken kunnskap vi

ønsker å utvikle og hvor stor rekkevidde dette funnet vil ha (Malterud 2013).

Overførbarheten denne undersøkelsen vil ha til de andre RPH-pilotene i landet vil avhenge mye av hva som kommer frem. Hadde terapien fått all ære for opplevd endring, kan overførbarheten være usikker da det kan være forskjell i hvor tro de ansatte i de ulike pilotene er til prosjektets protokoll, både med hensyn til bruk av kognitiv terapi og med hensyn til utvelgelse av de personer som får et tilbud. De ulike terapeuters «stil» i utførelsen av terapien vil naturligvis også virke inn. På den annen side kom det frem årsaker til endring som kan være av interesse for de andre pilotene, fordi disse årsakene er fullt mulig å overføre til andre behandlingssituasjoner. Uansett må man passe seg for å bruke fokusgruppefunn ukritisk. Det er et viktig å få poengtert at statistisk representativitet ikke er målet med fokusgrupper, og at resultatene aldri kan overføres til en hel befolkning.

Svarene i undersøkelsen indikerer at det kunne kommet frem mer informasjon dersom ikke intervjuguiden hadde blitt fulgt så strengt. Informantene svarte på det de ble spurt om, men hadde jeg åpnet opp for mer tid til refleksjoner istedenfor å gå videre i spørsmålsrekken kunne det kommet frem noe mer. Jeg var kun ute etter årsaker til opplevd bedring. Ved å åpne opp for mer kritiske tanker om RPH og hva som opplevdes mindre bra, ville nok det også bidratt til nyttig informasjon som kunne bidratt til å gjøre RPH enda bedre. På grunn av oppgavens størrelse hadde jeg valgt dette bort.

Jeg er også oppmerksom på at ytre faktorer kan ha påvirket informantene og dermed bidratt til bedring, kanskje uten at de selv ser sammenhengen. Dette kan være alt fra forelskelse til bedret økonomi eller faglige oppgraderinger på arbeidsplassen.

3.2 Systematisk tekstkondensering som analysemetode

I denne studien brukes analysemetoden systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud(2013). Det finnes andre metoder som på en god måte kunne analysert datamaterialet, men siden systematisk tekstkondensering er et anerkjent redskap for tverrgående analyser velges dette siden informasjonen er fra flere informanter og to ulike fokusgruppeintervju som skal sammenfattes. Vektleggingen av informantenes beskrivelser og det verbalt rapporterte var et grunnlag for valget av metode. Giorgi sier at hensikten med den fenomenologiske analysen er å finne kunnskap om informantenes livsverden og erfaringer samtidig som vi er oss bevist våre egne for-dommer og setter forforståelsen vår i parentes (Malterud 2013). Dette er spesielt viktig å ha fokus på når en

forsker på eget arbeidssted. Som nybegynner innen forskningsfeltet føles det også trygt å kunne følge en analyseprosedyre.

Hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering består av fire deler som gjennomføres trinnvis: 1). Bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk, og her må en jobbe aktivt for å sette for-dommer i parentes, 2). Identifisere meningsbærende enheter, der en skiller relevant fra irrelevant og systematiserer eller koder dem, 3). Abstrahere eller skille ut fellestrekk ved innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4).

Sammenfatte eller rekontekstualisere betydningen av dette (Malterud 2013). Denne analytiske teksten vil da representere resultatet av dette forskningsarbeidet.

Forskningsintervjuet i kvalitativ metode blir som en samtale (Kvale 2010). Gjennom det kvalitative forskningsintervjuet søker en å forstå verden sett fra informantens side og at samtalen er en grunnleggende form for menneskelig samspill der formålet er å produsere kunnskap som konstrueres i samspillet mellom forsker og informant. Forskerens reliabilitet kan settes på prøve om hun skulle komme i skade for å komme med ledende spørsmål, og slik påvirke svaret, eller at hun har en forforståelse som gjør at hun kun ser og følger opp med utdypende spørsmål det som er forventet å finne. Derfor må eventuell forforståelse klargjøres og slik etterstrebe mest mulig åpenhet i forhold til spørsmål og dataanalysen.

Lund(2002) presiserer at uansett hvilken metode en bruker er det begrepsvaliditeten som er kriteriet for hvor gode måleresultatene blir. For å undersøke begrepsvaliditeten i en studie blir det derfor nødvendig å arbeide med både teori og data for å se om det er samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi har beskrevet det. Et eksempel blir da om de spørsmålene som blir stilt for å kartlegge opplevelse og årsaker til opplevd bedring er representative for hva som legges i begreper om årsaker til bedring som for eksempel kognitiv terapi, empati, mestring, følelse av å bli sett osv.

Gyldighet, pålitelighet og stabilitet er ifølge Golafshani (2003) ikke tilstrekkelig i kvalitativ forskning. I motsetning til kvantitativ forskning som søker årsaker, repeterbarhet, prediksjon og generalisering av funn, søker kvalitativ forskning å belyse og forstå mer av sannheten rundt et sosialt fenomen. I tillegg brukes flere metoder, ulike datakilder eller flere uavhengige forskere for å styrke undersøkelsens troverdighet. Dette kalles triangulering. Dette begrepet er hentet fra navigasjon og landmåling, og brukes der

for å finne nøyaktig posisjon. Ved å ta i bruk triangulering der en bruker flere metoder eller ulike datakilder eller flere uavhengige forskere eliminerer man forforståelser og øker troverdigheten av et sosialt fenomen. Målet med triangulering blir å undersøke og finne ut når og hvorfor det er forskjeller. Triangulering i denne studie kan gjennomføres ved f.eks. å bruke datatriangulering, bruke informanter som har hatt ulik terapeut eller ulike tilbud innen RPH, sammenligne med forskning utført av andre på lignende felt eller metodetriangulering ved å bruke både gruppe og semistrukturert dybdeintervju. Jeg både gjennomførte og transkriberte intervjuene. Dette kan både være en styrke og en svakhet. Styrken ligger i at det bør være et stringent mønster for hvordan spørsmålene kodes og tolkes. Det at jeg var til stede under intervjuet gjorde at jeg husket tilbake og viste hva som utspant seg i eventuelle pauser. Dette er med på å styrke validiteten i analysemateriale. En svakhet med at jeg er alene om å analysere og kode materialet kan fjerne muligheten for flerfaglige refleksjoner. Jeg kan også miste viktig informasjon fordi jeg ut i fra min forforståelse vil se etter og søke å få bekreftet det jeg tidligere har erfart og gjort meg opp en mening om. Det at jeg hadde med meg en erfaren person under intervjuene som gjorde notater var nyttig. Hun korrigerer meg underveis ved å stille noen oppfølgingsspørsmål.

I følge Malterud (2013) begynner tolkningen allerede under intervjusamtalen, der samtalens gang vil generere nye spørsmål som igjen vil føre til ny forståelse. Slik får informantene en klarere forståelse av hensikten med samtalen og spørsmålene blir mer konkretiserende. Her må jeg være oppmerksom på at jeg ikke endrer fokus, og slik setter den indre validiteten på prøve ved at det blir ubalanse mellom det prosjektet mente å finne ut og det jeg faktisk finner ut.

Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Både datainnsamlingen, tolkning, analyse og presentasjonen vil påvirkes av hvordan jeg tolker dem. Derfor erkjennes det at det vil finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen jeg ønsker å finne. Å oppnå helt like resultat ved gjentagelse av forsøket er derfor sjelden et aktuelt kriterium for om påliteligheten er ivaretatt ved kvalitative forskningsintervju (Malterud 2013).

Det kan også stilles spørsmål til intervjuers, altså min egen reliabilitet i transkribering av intervjuet. Teknisk sett er de en enkel oppgave å la to personer hver for seg gå gjennom

opptakene og skrive ned de samme uttalelsene, men fortolkningselementet hos meg som fysisk var tilstede ved intervjuet vil kunne være annerledes. Å skulle vurdere intervjutranskripsjonenes gyldighet eller validitet er mer komplisert enn å bringe påliteligheten på det rene (Kvale 2010). Forskjellige skriftlige konstruksjoner, ved bruk av for eksempel tegnsetting og pauser kan gi et ulikt inntrykk selv om det er skrevet direkte fra det samme muntlige utsagnet.

3.3 Forforståelse

Å tydeliggjøre forforståelsen min for leseren er en av kravene til refleksivitet i en kvalitativ studie (Malterud 2013). En del av min forforståelse kommer frem under valg av tema. Tidligere arbeid i psykisk helsearbeid i kommunen har vært i forhold til hjemmeboende brukere med store utfordringer og til dels alvorlig psykisk lidelse. Erfaringen derfra var å måtte bruke lang tid på alliansebygging, motivasjonsarbeid og støttesamtaler før en var i gang med å arbeide målrettet med utfordringer knyttet til den enkeltes psykiske lidelse.

Forforståelsen min var således en viktig motivasjon for å sette i gang forskning på akkurat dette temaet. Siden jeg hadde en antagelse om at alliansebygging og speiling ikke var det som betydde mest for brukeren av RPH, men heller å få lære seg kognitiv adferdsterapi og slik bli i stand til å mestre egne utfordringer, ble målet å finne ut om dette stemte, eller om det var andre årsaker som vi burde vektlegge mer i RPH. Dette er noe jeg bevisst så etter underveis, både i intervjusituasjonen og i analysen av materialet. Dette for å sikre at jeg ikke bare etterspør og finner bevis for det jeg mente å vite.

Det er dette som Georg Gadamer beskriver som fordom (Fredslund 2003). Hans bruk av ordet skiller seg fra det vi er kjent med fra dagliglivet, der fordommer blir sett på som dømmende holdninger til blant annet andre folk eller kulturer. I Gadamers tolkning er ordet nøytralt, og beskriver noe som kommer foran: for-dom. Som forsker er det særdeles viktig å huske at vi aldri er for-doms frie, men at vi alltid allerede har en forutforståelse når vi går inn i en forskningsprosess. Gadamer går et skritt videre og sier at det ville ha vært uhensiktsmessig og ikke ha en forforståelse om det en ønsker å forske på. Uten noen viten om det vi ønsker å undersøke, kan vi heller ikke stille relevante forskningsspørsmål. Han viser således til en gjensidighet mellom forståelse og forforståelse.

Det å forske på en praksis selv er en del av kan også føre til en mer kontekstnær og realistisk forskning, og slik bidra til at forskning og klinikk føres nærmere sammen (Sundet 2014). Dette kan skje ved at man som klinisk forsker har tilgang på utfordringer og problemstillinger som en bør forske på, samt at det kan øke sannsynligheten for at forskningsbasert kunnskap er relevant og får innpass i det kliniske arbeidet.

3.4 Etiske refleksjoner

Forskning er av stor betydning, både for menneskene som individer, men også for samfunnet og utvikling på verdensbasis. Som forsker besitter en kunnskap som er ny og unik og dermed også en makt; en vet noe ingen andre vet. Dette gjør at all forskning må skje på en etisk og vitenskapelig måte. Normer for vitenskapelig praksis betyr med andre ord et regelverk på hvordan forskning skal gjennomføres. Det er utarbeidet lover og regler på hvordan god vitenskapelig praksis bør være (Forskningsetikkloven 2007 og Helseforskningsloven 2009). De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) har utarbeidet noen generelle forskningsetiske retningslinjer som har blitt fulgt i denne studien. Malterud (2013) tar for seg Richards og Schwartz fire former for belastninger en som forsker må sørge for at ikke informantene utsettes for. Disse er psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse. Spesielt sensitive temaer i intervjusituasjonen kan sette i gang eller forsterke negative tanker hos den enkelte. I intervjusituasjonen var jeg spesielt oppmerksom på at fokus var opplevd årsak til bedring, og at vi ikke skulle inn på årsak til den enkelte tok kontakt med RPH. Dette var også en av grunnene til å ha en intervjuguide, den var med på å sikre at informantene holdt seg til tema. Jeg var oppmerksom på at ny kontakt med RPH kunne føre til at gamle uhensiktsmessige tankemønstre skulle dukke opp igjen, så alle informantene fikk tilbud om kontakt med sin tidligere terapeut om de skulle ha behov for dette.

Likedan kan forskning hvor en gruppe får behandling og en kontrollgruppe ikke får, føre til at kontrollgruppen mister mulighet til bedring i forhold til utvalgte gruppe. Men siden forskeren på forhånd ikke kunne vite utfallet av forskningen, og all behandling skal være vitenskapelig begrunnet, blir dette et uunngåelig dilemma (Ringdal 2012). Dette var ikke noe problematisk i min studie, siden behandlingen var ferdig, og samtlige informanter hadde oppnådd sine behandlingsmål.

Siden jeg har et ønske om å få publisert artikkelen min i et fagblad, måtte jeg ta stilling til om dette kunne gi uønsket oppmerksomhet eller stigma til denne gruppen brukere. Jeg fant ingen grunn til at dette kunne skje (Johansen et.al 2009).

I jakten på ny kunnskap er det viktig at den kunnskapen man finner har holdbarhet og sannhet og kan etterprøves. Enten gjennom at grunnlaget for konklusjonene er veldokumenterte og kommet frem til på en metodisk korrekt måte, eller at man vil komme frem til samme resultat om forskningen gjentas. De skal også bestå en fagfelle vurdering før de publiseres i fagtidsskrifter. Dette er en prosess hvor artikler blir vurdert og godkjent av eksperter innen området de er skrevet i før de blir publisert i tidsskrifter (Dalland 2007). Har man tatt snarveier, dratt konklusjoner uten belegg eller tolket data på en ukorrekt måte, skal dette kunne oppdages ved gjennomgang av dokumentasjonen som ligger ved forskningen. Ved å sende ferdig utskrift av transkriberingen til informantene for godkjenning, følte jeg meg trygg på at de sto inne for det de har sagt, og gjennom å dokumentere hva jeg har gjort i analysen, kan min fortolkning gjøres rede for. Det at jeg har forsket på egen arbeidsplass, har ikke vært problematisk. Jeg har stått helt fritt i forhold til tema eller publisering av mulige funn. Likevel kan det hende at selv om en som forsker står fritt, så kan det av lojalitet til kollegaer bli vanskelig å publisere eventuelle negative funn ved forskningen hvis dette hadde satt dem i et dårlig lys.

Forskningsdata må være forsvarlig lagret slik at de hverken kan manipuleres av andre, for slik å få frem et ønsket resultat, eller komme på avveie og avsløre personlige opplysninger som kan skade informantene. I dette ligger det også en ekstra kvalitetskontroll i at alle prosjekter som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes til regionale etiske komiteer- REK eller norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste-NSD. Finner NSD ut at prosjektet krever konsesjon, må det også godkjennes av Datatilsynet (Ringdal 2009). Denne studien er helsetjenesteforskning som ikke tar i bruk journaldata eller navnelister. Det krever derfor ikke godkjenning fra regional etisk komite (Helseforskningsloven 2008). Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og meldeskjemaet er behandlet og godkjent av personvernombudet (vedlegg 5 og 6). Lydopptak og transkripsjoner fra intervjuene har blitt oppbevart forsvarlig nedlåst, og personopplysninger har vært oppbevart adskilt fra datamaterialet.

Som forsker må man i en intervjusituasjon være oppmerksom på at det er naturlige forskjeller på muntlig og skriftlig språkstil, og derfor være oppmerksom på at publisering av gjentakende og usammenhengende ordrette transkripsjoner kan medføre uetisk stigmatisering av bestemte grupper (Kvale 2010). Jeg har valgt å bruke bokmål når jeg gjengir sitat fra intervjuene. Dette for å øke anonymiseringen.

Ved enhver forskning som omfatter mennesker eller har opplysninger som kan knyttes til enkeltindivider er informert samtykke regelen. I det ligger det at informanten er kjent med formålet med undersøkelsen og at han på et hvilket som helst tidspunkt i studien kan trekke tilbake informasjon som er gitt (vedlegg 7). Han må også være informert om mulige ulemper eller fordeler ved å delta. Det er viktig at det kan dokumenteres at samtykke er gitt, så det må innhentes underskrift på dette fra informantene (Kvale 2010). Å gi samtykke krever at vedkommende har samtykkekompetanse. Det innebærer at informanten har forståelse for hva det innebærer å delta i studien. Man kan i psykologisk forskning kanskje tenke at pasienter med enkelte diagnoser eller i enkelte situasjoner ikke har samtykkekompetanse, men det er ikke krav om full mental eller kognitiv kapasitet for å ha samtykkekompetanse, men man må kunne forstå og uttrykke et valg (Vergemål.no). Er informanten en del av en undersøkelse samtidig som han eller hun mottar behandling, skal det å trekke seg fra undersøkelsen underveis eller ikke ønske å delta ikke påvirke omfang eller kvalitet på den behandling vedkommende får. Det skal heller ikke følge store gaver eller annen form for påskjønnelse ved å delta i en studie om dette kan bidra til å påvirke resultatet. Alle informantene i studien har underskrevet samtykkeerklæring og ingen har trukket seg underveis. De er informert om at deltagelse i studien eller ei, ikke vil ha noen innvirkning på et eventuelt fremtidig nytt behov for å ta kontakt med RPH.

Det er viktig å være klar over at hva som oppleves som sensitiv informasjon kan variere fra informant til informant (Ringdal 2009). Også meninger og handlinger som en finner åpent på internett er å betrakte som privat for dem som legger det ut, selv om det i realiteten er tilgjengelig for alle. Opplysninger skal prinsipielt bli presentert på en måte at de ikke kan identifisere informanten. Som forsker har en også en plikt til å melde fra og avverge straffbare handlinger, selv om dette kan skade eller svekke datamaterialet. Et eksempel kan være at om man gjennom spørsmålstilling om familieforhold avdekker mishandling av barn er man alltid pliktig til å rapportere dette, selv om det mest sannsynlig fører til at informantene da vil trekke seg fra studien.

Sammenblanding av roller og relasjoner som kan gi mistanke om interessekonflikter bør unngås. Ved at man er åpen rundt relasjoner og ulike roller, kan dette avklares med kolleger, deltagere i prosjektet, oppdragsgivere eller andre som kan være aktuelle. Dette for at det ikke senere kan svekke troverdigheten av studiet om det skulle vise seg å være nære bånd eller relasjoner mellom forsker, oppdragsgiver eller informanter. Et eksempel kan være bruk av «indirekte» teknikker som å utøve empati, som er etisk forsvarlig når det benyttes i en terapeutisk relasjon, men kan bli etisk tvilsomt brukt i forskning og kommersielle formål (Kvale 2010).

4.0 Referanser

Alves, Daniele og Marit Knapstad. 17.11.2015. NAPHA-møte. Evaluering av Rask psykisk helsehjelp. Folkehelseinstituttet. Område for psykisk og fysisk helse.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2009. *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Bjørkly, Stål. 29.01.2015. Notat fra forelesning i Kvantitativ forskningsmetode. Høgskolen i Molde.

BRIS Rehabiliteringsmagasinet 2/2002. Trygdeetaten.

Borg, Marit og Alan Topor. 2014. *Virksomme relasjoner- om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.

Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen. 2007. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid- om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo. Universitetsforlaget AS

Bråten, Stein. 1998. *Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug

Dalland, Olav. 2007. *Metode - og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

De nasjonale forskningsetiske retningslinjer (2014).

https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf

Dobson, K. S. 1989. *A Meta-Analysis of the Efficiency of Cognitive Therapy for Depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.

Forskningsetikkloven. 2007. Lov av 1 juli 2007 om behandling av etikk og redelighet i forskning. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikkloven>

Fredslund, Hanne (2003). Hermeneutisk analyse- forforståelsens betydning i Lene Koch og Signild Vallgård (red) *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap*. København: Munksgaard.

Hartmann, Ellen. 2000. *Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi*, i Arne Holte et.al (red) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. 2013. *Rask psykisk helsehjelp-12 pilotkommuner*. Veiledende materiell.

Helsedirektoratet. 2014. *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Avdeling psykisk helse og rus.

Helseforskningsloven. 2009. Lov av 1.september 2009. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen. 2002. *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, Steinar og Svein Brinkmann. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kåver, Anna. 2012. *ALLIANSE. Den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, DL, Attkisson CC, Hargreaves WA og Nguyen TD. *Assesment of client/patient satisfaction: Develpoment of a general scale. Evaluation and Program Planning*. 1979;2,197-207.
- Lazarus, Richard S.(2006). *Stress og følelser- en syntese*. Oslo: Akademisk forlag.
- Lund, Thorleif og Thor Arnfinn Kleven, Tone Kvernbekk og Knut-Andreas Christophersen. 2002. *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.
- Malterud, Kirsti. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St 16. 2010-2011. Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2015)
- Morgan, David L.1997.*Focus groups as qualitative reserch*. 2nded. Thousand Oaks, CA.: SAGE Publications.
- Nahid Golafshani, Nahid. *The Qualitative Report*. Volume 8 Number 4 December 2003, s.597-607
- Normann, Trine og Johans Tveit Sandvin. 2001. *Om moderne rehabilitering - En start på dialogen mot en felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter. Sist endret: LOV-2015-05-22-32 fra 01.11.2015 <http://www.lovdata.no>
- Parry, G., Barkham, M., Brazier, J., Dent-Brown, K., Hardy, G., Kendrick, T., Rick, J.,Chambers, E., Chan, T., Connell, J., Hutten, R., de Lusignan, S., Mukuria, C., Saxon, D.,Bower, P. and Lovell, K. An evaluation of the IAPT demonstration sites. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2010.
- Ringdal, Kirsten. 2012. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, Rolf og Liv Johanne Solheim (2000) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. (3.opplag) Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Slade, Mike. 2015. *100 råd som fremmer recovery*. En veiledning for psykisk helsepersonell. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA. Rapport nr 1/2015.

Sundet, Rolf. 2014. *Forsker og terapeut- Sammenfletting av roller som grunnlag for forskende praksis*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 11. Nr 1. 2014 Universitetsforlaget.

Svartdal, Frode. 2011. *Psykologiens forskningsmetoder*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Thornquist, Eline. 2006. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

<http://vergemal.no>

Vatne, Solfrid. 1998. *Pasienten først? Om medvirkning I et omsorgsperspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wogn-Henriksen, Kjersti. 1997. *Siden blir det vel verre....? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. INFO-bankens temabøker.

Aandanes, Per Magne (2007) *Den uavhengig avhengige i Ekeland, Tor Johan og Heggen K (red). Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal.

Informasjon til forfatterne

Velkommen som bidragsyter til Nordisk tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning..

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet presentere referee-bedømte, vitenskapelige artikler eller vitenskapelige essays. Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og førstenivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Tidsskriftet tar og inn FOU- artikler, som ikke vil bli referee-bedømte, men blir gjenstand for redaksjonell vurdering. Vi tar og inn kronikker, bokanmeldelser, debattinnlegg mm.

Tidsskriftet har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter.

Manuskriptene sendes i World-format til hovedredaktør Inger Lise Wang på E-post adresse: Inger.Lise.Wang@uin.no

De innsendte arbeidene må tydelig merkes, hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays eller annet.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Sammendrag skal skrives på engelsk med en engelsk overskrift.

Nøkkelordene skal skrives både på norsk og engelsk. Det skal være semikolon mellom hvert nøkkelord.

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Lengden på manuskriptet bør være mellom 4000 og 7000 ord for vitenskapelige referee-bedømte artikler og essays. Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord.. Bruk 12 punktts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket og korrekturlest ved mottagelse.

Tittelside og sammendrag

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde bidragets tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. For vitenskapelige artikler og essays skal tittelsiden og ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nøkkelord som kan være en veiviser mot essayets eller artikkelens innhold. Tittelsiden blir fjernet før bidraget sendes til referee.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at den egner seg for trykking.

Litteraturhenvisninger i teksten

I teksten settes forfatters etternavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe 1999). Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24). Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen og Hansen 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000). Bruk dernest "et al."(Hanson et al. 2000).

Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

```
/* Style Definitions */
table.MsoNormalTable
{mso-style-name:"Vanlig tabell";
mso-tstyle-rowband-size:0;
mso-tstyle-colband-size:0;
mso-style-noshow:yes;
mso-style-priority:99;
mso-style-parent:"";
mso-padding-alt:0cm 5.4pt 0cm 5.4pt;
mso-para-margin:0cm;
mso-para-margin-bottom:.0001pt;
```

mso-pagination:widow-orphan;
font-size:10.0pt;
font-family:"Times New Roman","serif";}

Ikke sett inn andre referanser i litteraturlisten, enn de du anvender i teksten

Eksempel på referanse til bøker:

Alvesson, Mats og Kaj Sköldberg (1994)*Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker:

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift:

Ørstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

Noter

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten.

Elektronisk kopi

Når artikkelen er akseptert for publisering i sin endelige form, vil vi be om en elektronisk kopi til fagredaktør

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning fortrekker en ny versjon av Microsoft Word.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelse. Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Fri og åpen adgang til publisering

De innsendte arbeidene må være originale, dvs. ikke publisert tidligere. Tidsskriftets første publiseringskanal er papirutgaven. Deretter vil vitenskapelige essays, artikler og utviklingsarbeid bli lagt ut gratis på nettet. Nettpublisering skjer gjennom søkerportalen Open Access. Andre søkerportaler er også aktuell. Alle leserne kan bruke og distribuere artiklene videre så lenge de oppgir forfatter og tidsskriftsreferansen. Forfatterne til bidragene har copyright (opphavsrett), Etter at bidragene er publisert, kan de bruke de som de selv vil. Dette tidsskriftet har heller ikke noe ansvar for hvordan bidragene brukes i ettertid. Denne forandringen endrer ikke kravet om høy kvalitet i publiseringen av artikler i tidsskriftet. Tidsskriftets [hjemmeside](#)

PHQ-9

Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de to siste ukene:

0
1
2
3
 Ikke i det hele tatt Noen dager Mer enn halvparten av dagene Nesten hver dag

1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting	0	1	2	3
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	0	1	2	3
3. Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovet for mye	0	1	2	3
4. Følt deg trett eller energiløs	0	1	2	3
5. Dårlig matlyst eller å spise for mye	0	1	2	3
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	0	1	2	3
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv	0	1	2	3
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig	0	1	2	3
9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv	0	1	2	3

Total = ____ + ____ + ____ + ____

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

○
○
○
○
 Ikke i det hele tatt Litt vanskelig Svært vanskelig Ekstremt vanskelig

Utviklet av Dr. Robert L Spitzer. Oversatt til norsk av Sverre Urnes Johnson, Asle Hoffart, Pål Ulvenes, Harold Sexton & Bruce E. Wampold

Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervjutidspunkt: Mandag -----kl 18.00

Tirsdag ----- kl 15.30

Har du lyst å bidra til et bedre tilbud men ingen av datoene passer, vennligst ta kontakt.

Opplevelser i møtet med Rask Psykisk Helsehjelp:

- En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask Psykisk Helsehjelp opplevde som årsak til endring.

INTERVJUGUIDE

Dato for intervju:

Gruppe:

Deltagerne bes om å reflektere rundt følgende spørsmål knyttet til møtet med Rask Psykisk Helsehjelp:

1. Hvordan oppleves det å motta ett tilbud ved Rask Psykisk Helsehjelp?
2. Hva oppleves som viktig for informantene når de oppsøker hjelp?
3. Hva mener informanten bidro til opplevd endring?

Stikkord: (opplevdes noen av følgende momenter å være årsak til opplevd endring?):

- lære en metode - KAT
- bli sin egen terapeut
- kjenne på medfølelse og respekt
- føle mestring
- ta ansvar for egen helse
- bli speilet, anerkjent og forstått
- empati
- makt over eget liv

Vedlegg 5 Meldeskjema NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Opplevelser i møtet med Rask Psykisk Helsehjelp	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Molde	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helse- og sosialfag	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Karl Yngvar	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Dale	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førsteamanuensis og Fagansvarlig Master i Helse og sosial	
Arbeidssted	Høgskolen i Molde	
Adresse (arb.sted)	Britvegen 2	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	6411 Molde	
Telefon/mobil (arb.sted)	71214000 /	
E-post	Karl.Y.Dale@himolde.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Ragnhild	
Etternavn	Naas	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Øygardsvegen 9	
Postnr/sted (privatadresse)	6453 No-Kleive	
Telefon/mobil	99696816 /	
E-post	ragnhild.naas@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Ved å opprette Rask Psykisk Helsehjelp ønsket helsemyndighetene å tilby befolkningen et høyintensivt behandlingstilbud basert på evidensbaserte metoder for å motvirke arbeidsuførhet og øke den psykiske helsen i befolkningen generelt. Hensikten er og utforske hvordan brukerne av Rask Psykisk Helsehjelp opplever møtet med tilbudet, og hva de føler bidro mest til opplevd endring. Gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming med fokus på brukernes opplevelser. Datainnsamling i form av 2 fokusgruppeintervju: Hvordan oppleves det å motta ett tilbud ved rask psykisk helsehjelp? Hva oppleves som viktig for informantene når de oppsøker hjelp? Hva mener informanten bidro til opplevd endring?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.

6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Personer som ved selvhenvvisning har gjennomført et behandlingsforløp ved rask psykisk helsehjelp	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Informantene rekrutteres gjennom snøballutvalg med å bruke de som ønsker å delta etterhvert som de avslutter behandlingen hos de ulike terapeutene i RPH. Jeg velger å ikke bruke personer som har mottatt behandling hos meg selv, da dette kan påvirke svarene i intervjuet. Snøballutvalg tar inn fortløpende informanter så lenge de oppfyller kravet, som her er opplevd bedring etter kontakt med RPH-terapeut. Denne utvalgsmetoden vil føre til et bredt utvalg med hensyn til alder, utdanning, jobb og sivilstatus.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Førstekontakt taes av vår merkantilt ansatte	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	to fokusgrupper på 5-8 personer i hver gruppe	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Jeg er ikke interessert i symptomer eller årsak til at vedkommende tok kontakt med Rask psykisk helsehjelp, men i hvordan det opplevdes å motta et tilbud der, og hva som er opplevd årsak til endring	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	navn, fødselsdato og telefonnummer	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ● Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Det vil oppbevares på kryptert minnepenn og deltagerne vil kun registreres med et løpenummer	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv	dataene lagres på minnepenn med kodelås	
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Oppbevares innlåst i et skap på låst kontor, datamaskinen står i låsbar rom og tilgang på maskinen er beskyttet med brukernavn og passord	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbar rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	minnepenn og minnekort	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontrakteres/ reguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.06.2015 Prosjektslutt:30.06.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Etter prosjektslutt vil grunndata bli slettet. Dataene vil gjenngies på en slik måte at det ikke kan gjengkjennes hvem som har sagt hva under intervjuet.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	egenfinansiering	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	

Vedlegg 6 Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Karl Yngvar Dale
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 13.05.2015

Vår ref: 42995 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.03.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42995	<i>Opplevelser i møtet med Rask Psykisk Helsehjelp</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karl Yngvar Dale</i>
Student	<i>Ragnhild Naas</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 42995

Prosjektets formål er å utforske hvordan brukerne av Rask Psykisk Helsehjelp opplever møtet med tilbudet, og hva de føler bidro mest til opplevd endring.

Datainnsamlingen foregår gjennom gruppeintervju. Fokus er ikke på symptomer/årsak til kontakt med programmet, men hvordan bruker opplever det og hva som eventuelt har ført til bedring for vedkommende.

Informantene rekrutteres via tilbudet Rask Psykisk Helsehjelp etterhvert som de avslutter behandlingen. Masterstudent arbeider selv med Rask Psykisk Helsehjelp, men vi anbefaler, slik beskrevet i meldeskjemaet, at førstegangskontakt ikke foretas av noen som har en dobbeltrolle som både behandler og forsker. Frivilligheten bør understrekes i førstegangskontakten, og det må framheves at dersom man takker nei til deltakelse, vil ikke dette påvirke framtidig mulighet for psykisk helsehjelp. Vi legger også til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakten.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- en beskrivelse av kriterier for utvalg av informanter; forsker ønsker personer som ikke har gått i behandling hos henne, samt personer som har opplevd bedring etter kontakt med RPH-terapeut
- at det ikke er forsker som foretar utvelgelsen, men andre ved institusjonen/programmet for slik å ivareta både taushetsplikten og frivilligheten. At det ikke vil få noen konsekvenser for videre behandlingstilbud dersom man takker nei til deltakelse i forskningsprosjektet
- dato for når lydopptak og transkripsjoner/notater skal anonymiseres, for eksempel slik: "Lydopptak og materiale blir anonymisert innen 30.06.2016".

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, og personvernombudet har krysset av for dette i meldeskjemaet.

Datasettet består av lydopptak og transkripsjoner/notater. Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Molde sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektsslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- anonymisere/slette lydopptak

Vedlegg 7 Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Opplevelser i møtet med Rask Psykisk helsehjelp»

Bakgrunn og formål:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se på opplevelser etter et behandlingsprogram. Det satses på tidlig intervensjon og opplæring for å øke den generelle psykiske helsen i befolkningen. Dette studiet vil se nærmere på opplevelser etter gjennomført behandling i Rask Psykisk helsehjelp. Studiet er et masterprosjekt som utgår fra Helse – og sosial på Høyskolen i Molde.

Du er forespurt fordi du har deltattager i prosjektet Rask Psykisk Helsehjelp. Deltagerne er tilfeldig valgt ut av fagleder i prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelsen innebærer et gruppeintervju med 10-16 personer fordelt på to fokusgrupper eller intervju av 5 til 8 personer.

Tema/spørsmålene vil du få utdelt sammen med dette skrevet. Intervjuet tas opp på bånd for å kunne analyseres på en mest mulig korrekt måte. Deltagerne vil ikke kunne bli gjenkjent i materialet. Opptaket og materialet blir anonymisert. Intervjuet vil ta ca. 45 min til 1,5 time.

Studiet består av 2 stykk gruppeintervju og/eller intervju av enkeltindivid. Under gruppeintervjuet har studenten med en kollega som observatør og som nedskriver viktige elementer i intervjuet. Dette også for å sikre materialet hvis opptaket viser seg å være av dårlig kvalitet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Det er kun veileder og meg (student) som kan ha tilgang til materialet. Der er ingen navneliste som blir knyttet til opptakene. Opptaket slettes etter analysen av materialet. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Har du spørsmål kan du ta kontakt med Ragnhild Naas på telefon 99 69 68 16 eller veileder og fagansvarlig for Mastergradsstudiet ved Høyskolen i Molde, Karl Yngvar Dale. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Mvh: Ragnhild Naas.

Samtykke til deltakelse i studien

«Opplevelser i møtet med Raskt psykisk helsehjelp»

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

5.0 Del 2 Artikkel

Artikkel ment for publisering i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.

En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring.

Abstract

A qualitative study of what users of Rask psykisk helsehjelp experienced had been the determining factors contributing to their change.

Background: An ever increasing number of people in Norway are struggling with depression and anxiety. In 2012 the Norwegian Healthcare authorities launched a four year project, named *Rask psykisk helsehjelp* (RPH) in order to investigate how one can best tackle these mental health challenges. RPH is based on the English IAPT model (Improved Access to Psychological Therapies). The project included twelve local communes across Norway. RPH is anchored in cognitive behavioral therapy (CBT). The treatment is free, and after the patient is offered initial evaluation session, one of three possible treatment plans is followed in accordance with the BEON principle. Clients are either offered 2-15 individual sessions, a short course over five sessions or a six module self-help program.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the following master thesis is to investigate the following: 1. How clients perceived the treatment they received thru RPH. 2. What was experienced among clients as promoting change?

Method: Qualitative focus group interviews were applied. Two semi-structured focus group interview with four and five participants, respectively, were performed. Data were analyzed in a stepwise fashion in accordance with the Giorgi, as modifies by Malterud.

Findings: : What seemed to contribute most in terms of promoting positive effects of the treatment were as follows: learning self-help methods to address challenges, being sufficiently "mirrored" by the RPH therapist, and lastly, getting quickly assigned to the program.

Emneord/Keywords

Rask psykisk helsehjelp; kognitiv terapi; myndiggjøring; rask respons
Cognitive behavioral therapy; empowerment; recovery expectations

Introduksjon

Psykiske vansker er et av vestens største helseproblemer. Bortimot en fjerdedel av den norske befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og en femtedel vil bli rammet av depresjon. Depresjon er av WHO identifisert som en av hovedårsakene til sykdom i det 21. århundre (Helsedirektoratet 2013). I tillegg til de som får en diagnose er det en stor gruppe mennesker som får søvnproblemer eller symptomer på angst og/eller depresjon som går ut over daglige gjøremål, sosialt samvær, yrkesliv og trivsel. Underbehandling av disse vanskene er et problem, og en har grunn til å tro at tidlig intervensjon kan bidra til å redusere nedsatt arbeidsførhet, sykefravær og uførepensjon.

I England lanserte de i 2006 IAPT-modellen (Improving Access to Psychological Therapies, Helsedirektoratet 2013). Dette var en satsning for å gjøre evidensbasert behandling for angst og depresjon tilgjengelig for «folk flest».

Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) bygger på IAPT og er det norske motsvaret med henblikk på det å forebygge psykiske lidelser via en styrking av behandlingstilbudet til mennesker med mindre alvorlige psykiske vansker og lidelser. Behovet for et lavterskeltilbud til mennesker med angst og lettere til moderat depresjon er omtalt i Meld. St. 16. (2010-2011). Målet med RPH er å komme tidlig til ovenfor disse personene for herved å forebygge mer alvorlige lidelser. RPH har også et mer overordnet og langsiktig mål om å sikre befolkningen en bedret psykisk helse.

I tillegg til å redusere belastningene for den enkelte og hans familie, styrker RPH den enkeltes arbeidsevne. Ved å forhindre at folk blir sykmeldt over lengre tid, eller at symptomene befester seg og blir varige, vil RPH kunne fylle et «tomrom» i behandlingsskjeden mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet organiseres som en trappetrinns modell der 1.trinn er veiledet selvhjelp, 2.trinn er kurs i forebygging og mestring av angst eller depresjon og 3.trinn er et tidsavgrenset strukturert individuelt psykologisk tilbud basert på kognitiv terapi med en ramme på 2-15 behandlings timer. Først får alle et tilbud om en vurderingssamtale, der man avklarer hva som passer for brukeren etter BEON- prinsippet (Beste Effektive Omsorgs-Nivå). Brukerne av RPH kommer fortrinnsvis etter selvhenviing. Hver gang brukerne kommer til samtale blir opplevd symptomtrykk målt med selvregistreringsverktøyene GAD-7 og PHQ-9 (Spitzer, Kroenke, Williams og Lowe 2006), som sier noe om effekten av behandlingen i form av opplevelsen av angst eller depresjonssymptomer.

Våren 2013 startet alle RPH-terapeutene uavhengig av bakgrunn og tidligere erfaring i et veiledet opplæringsløp i kognitiv terapi spesielt tilrettelagt for RPH. Norsk forening for kognitiv terapi sto for utformingen og gjennomføring av opplæringen. De som besto eksamen etter endt utdanning, fikk tilbud om å ta en skriftlig hjemmeeksamen tilsvarende 60 studiepoeng i regi av Diakonhjemmet Høgskole. Det er siden startet to nye kull, og flere kommuner er med.

De ulike pilotene består av tverrfaglig team ledet av psykolog. Opplæringen var i all hovedsak rettet mot angst, lett til moderat depresjon og søvnproblematikk, men vi fikk også kunnskap om behandling av enkeltstående traumer og jobbfokusert terapi. Vi hadde månedlige samlinger som gikk over tre dager i en periode på 1,5 år. To dager med undervisning, mens den siste dagen hadde hovedvekt på veiledning av rollespill og videoklipp fra praksis. Hele teamet deltok på samlingene og fikk samme undervisning. Det

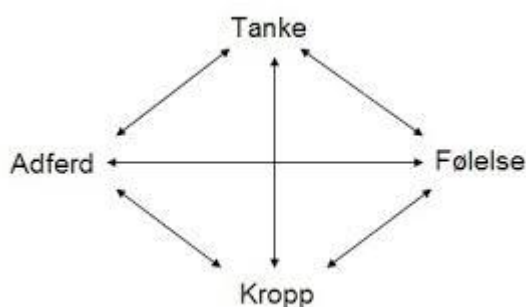
gjorde at vi ble faglig trygge på at alle kunne utføre de samme oppgavene, samt at vi blei en sammensveiset gjeng som både stoler på, og tør å utfordre hverandre. Vi har fremdeles samlinger med faglig påfyll og refleksjoner en gang i halvåret, men nå med NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, som arrangør.

Parallelt har det skjedd en endring innen psykisk helsearbeid i kommunen. Tidligere har de fleste som jobbet med psykisk helsearbeid ligget under helse- og omsorgssektoren, der sykdomsmodellen, hvor vi behandlet den syke ut i fra symptomer, var dominerende. Nå drives psykisk helsearbeid etter recoverymodellen, med fokus «Hva er viktig for deg?» istedenfor «Hva feiler det deg?» Det har vært med på å øke interessen for å finne ut ikke bare om det hjalp, men hva som bidro til bedring for brukeren i møtet med RPH.

Betegnelsen «bruker», fremfor «pasient» er valgt fordi det signaliserer en deltakende rolle og er i tråd med Mental Helse sine føringer, selv om en som oppsøker RPH er pasient i følge Pasient- og Brukerrettighetsloven (2001, § 1-3 a).

Teoretisk bakgrunn

Kognisjon er betegnelsen på den menneskelige hjernes uavbrutte bearbeidelse av informasjon. Gjennom en stadig pågående indre samtale blir våre handlinger kommentert, og vi forestiller oss hva som vil skje. Dette skjer uten at vi vanligvis legger så mye merke til det. Hvordan vi tenker rundt ulike situasjoner vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. (Berge og Repål 2009). Kognitiv adferdsterapi er et begrep som viser til en rekke ulike terapeutiske metoder som bygger på kognitiv psykologi og læringspsykologi. Metoden er godt dokumentert i form av evidensbasert dokumentasjon både på fremgangsmåter og resultater. Målsetningen i kognitiv adferdsterapi er å fremme brukerens evne til selv å identifisere selvdestruktive «onde» sirkler, for så å bryte disse (Berge og Falkum 2013). For å kartlegge disse mekanismene brukes den kognitive diamant, et terapeutisk verktøy brukt i KAT(se Figur 1; Berge et. al. 2009). Den tar utgangspunkt i en situasjon som brukeren har opplevd som vanskelig.



Figur 1: Den kognitive diamant (fra Berge et.al. 2009).

Dette har likhetstrekk med recovery-tradisjonen, der mennesker med psykiske utfordringer ikke blir sett på som ofre for sykdom, men aktører som selv kan endre sine liv. Gjennom å bli myndiggjort ved selv å sette mål for behandlingen og lære seg en metode for å nå dette målet, oppleves mestring. Lazarus` kognitive teori for mestring skiller mellom en persons vurdering av situasjonen og hvilke tiltak han så foretar seg: «Kognitive og adferdsmessige bestrebælses, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ydre og/eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller overskride personens ressurser» (Lazarus 2006:139). Mestringsstrategiene deles i problemfokuset mestring

der tiltak blir rettet mot å endre situasjonen enten ved hjelp av planlegging, prioritering, målsetting, analyse og ved å søke praktisk hjelp, eller ved emosjonsfokuset mestring som tar sikte på å redusere det følelsesmessige ubehaget situasjonen medfører. Mestringen kan skje både før, under og etter en utfordrende situasjon.

Gjennom å spørre brukeren hva som er viktig for han, bygges den terapeutiske allianse der brukeren føler seg sett, forstått og anerkjent (Kåver 2012). Heintz Kohut, selvpsykologiens far, hevder at empati i seg selv har en legende virkning. Terapauten skal være empatisk og affekt- inntonende. Ved slik å forstå brukeren følelsesmessig og bekrefte hans opplevelser, skjer det en styrkning av selvet (Hartmann 2000). Gjensidighet og likeverd i relasjonen vektlegges ved at begge er aktive. I denne settingen skjer det som kalles speilende selvobjektrelasjon der brukeren blir anerkjent som den han er, blir forstått og verdsatt. Den speilende relasjonen innebærer noe mer enn affekt-inntonning; både anerkjennelse og korrigerende. I tillegg til anerkjennelsen, gis brukeren mulighet til å lære en ny respons, ved at han i tillegg til å få anerkjent sine følelser, får tilført noe nytt når den gis tilbake (Karterud og Monsen, 2002). Kohut beskriver også to andre selvobjektrelasjoner mennesket har behov for. Den første er idealisert selvobjektrelasjon der personen erfarer å få støtte og bli holdt oppe av noen med større ro, klokskap og mestringskapasitet enn en selv. Den siste kalles alter ego selvobjektrelasjon og der føler personen en grunnleggende likhet med den andre der relasjonen oppleves likeverdig og jevnbyrdig (Hartmann 2000).

Forforståelse

Å tydeliggjøre forforståelsen min for leseren er en av kravene til refleksivitet i en kvalitativ studie (Malterud 2013). Tidligere arbeid i psykisk helsearbeid i kommunen har vært i forhold til hjemmeboende brukere med store utfordringer og til dels alvorlig psykisk lidelse. Erfaringen derfra var å måtte bruke lang tid på alliansebygging, motivasjonsarbeid og støttesamtaler før en var i gang med å arbeide målrettet med utfordringer knyttet til den enkeltes psykiske lidelse.

Siden jeg hadde en antagelse om at alliansebygging og speiling ikke var det som betydde mest for brukeren av RPH, men heller å få lære seg kognitiv adferdsterapi og slik bli i stand til å mestre egne utfordringer, ble målet å finne ut om dette stemte, eller om det var andre årsaker som vi burde vektlegge mer i RPH. Dette var noe jeg bevisst så etter underveis, både i intervjusituasjonen og i analysen av materialet. Dette for å sikre at jeg ikke bare etterspurte og fant bevis for det jeg mente å vite.

Metode

Utvalg

Utvalget består av 9 personer, og av disse var to menn og syv kvinner. Alle hadde rapportert oppnådd terapeutisk effekt. Dette blir registrert ved at brukerne ved hvert møte fyller ut skåringskjemaene GAD-7 OG PHQ-9 (Spitzer et.al.2006). Informantene skulle ha samtykkekompetanse, forstå og snakke norsk. Det dreier seg altså ikke om et stratifisert og randomisert utvalg i statistisk forstand, men en kvalitativ studie med strategisk bekvemmelighetsutvalg der de som først takket ja deltok (Malterud 2012). De fleste informantene hadde mottatt behandling i form av individuell samtaleterapi, men det var også deltagere som hadde vært på kurs eller fått veiledet selvhjelp. Et sentralt inklusjonskriterie var at informantene ikke hadde mottatt behandling hos forfatter. Ut over

det var bakgrunnen deres eller årsaken til at de hadde tatt kontakt med RPH ukjent. Utvalget hadde stor variasjon med hensyn til alder, kjønn, utdanning, jobb og sivilstatus.

Fokusgruppeintervjuer

Studien har et relasjonelt beskrivende kvalitativt design forankret i humanvitenskapen og i hermeneutikken. Med en kvalitativ forskningsmetode og en fenomenologisk tilnærming søker studien å innhente gode beskrivelser av den subjektive opplevelsen brukerne av RPH sitter igjen med etter endt behandling som opplevd årsak til bedring (Thornquist 2006). Wogn-Henriksen (1997) viser til at det er blitt utprøvd utallige metoder for å oppnå kunnskaper om menneskers erfaringer rundt ulike fenomener, men at konklusjonen mange kommer frem til, er at verdifull og nyttig informasjon om menneskers subjektive verden oppnås best ved å la vedkommende beskrive den. Med den vektlegging kvalitativ datainnsamling har på erfaringer og opplevelser, passer den også til å utforske den mening som mennesker legger i hendelser og prosesser i sine liv.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med henholdsvis fem og fire informanter. I utgangspunktet var det invitert åtte stykker til hvert intervju, men frafallet var stort, så møtet måtte utsettes flere ganger. Dette var som forventet (Morgan 1997). Å ha så mange informanter at det ikke lenger kan komme frem til ny kunnskap er lite sannsynlig i en så begrenset studie som dette er. Intervjuene ble foretatt i lokalene til RPH og varte en time.

Fokusgruppe ble valgt som metode for datainnsamling både fordi mer kunnskap kan komme frem fordi gruppedeltagere påvirker hverandre, men også fordi det er en rasjonell metode for å hente inn kvalitative data, da de krever mindre tid og ressurser enn ved individuelle intervju (Malterud 2012). Ved individuelle intervju kunne en også risikere at informantene gikk i «pasientmodus» og da lettere dreie samtalen inn på årsak til at han oppsøkte RPH. Det var utarbeidet en intervjuguide, som bidro til refleksjoner rundt tema relevant for forskningsspørsmålet (Malterud 2013). Intervjuene var preget av en uformell og dialogisk form knyttet til forskningstemaet, og de ble tatt opp på to ulike opptakere og transkribert ordrett.

Analyse

Analysen ble så gjennomført i fire faser inspirert av Georgi og modifisert av Malterud ved bruk av systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse (Malterud 2013). Systematisk tekstkondensering er et anerkjent redskap for tverrgående analyser. Siden informasjonen er fra flere informanter og to ulike fokusgruppeintervju som skal sammenfattes ble dette valgt. Georgi sier at hensikten med den fenomenologiske analysen er å finne kunnskap om informantenes livsverden og erfaringer samtidig som vi er oss bevisst våre egne for-dommer og setter forforståelsen vår i parentes (Malterud 2013). Dette finner er spesielt viktig å ha fokus når en forsker på eget arbeidssted. Som nybegynner innen forskningsfeltet er det trygt å kunne følge en analyseprosedyre.

Hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering består av fire deler som gjennomføres trinnvis:

- 1). Bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk, og her må jeg jobbe aktivt for å sette mine for-dommer i parentes.
- 2). Identifisere meningsbærende enheter, der jeg skiller relevant fra irrelevant og systematiserer eller koder dem.
- 3). Abstrahere eller skille ut fellestrekk ved innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.

4). Sammenfatte eller rekontekstualisere betydningen av dette (Malterud 2013). Denne analytiske teksten vil da representere resultatet av mitt forskningsarbeid.

Tolkingen begynte allerede under intervjusamtalen, der samtalen genererte nye spørsmål som igjen førte til ny forståelse. Slik fikk informantene en klarere forståelse av hensikten med samtalen og spørsmålene ble mer konkretiserende.

Etikk og personvern

Studien er helsetjenesteforskning som ikke tar i bruk journaldata eller navnelister. Det kreves derfor ikke godkjenning fra Regional etisk komite (Helseforskningsloven 2008). Prosjektet er innmeldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Alle deltagerne ble informert både muntlig og skriftlig om hensikten med studien og at de når som helst og uten grunn kunne trekke seg fra prosjektet, uten at dette ville ha konsekvenser for et eventuelt fremtidig tilbud ved RPH. De forespurt om de ville delta fra kontorpersonalet. Dette var gjort med hensikt for at brukerne skulle føle seg friere til å kunne takke nei. Krav til konfidensiell behandling og anonymisering av datamaterialet ble ivaretatt i transkribering og alt datamateriale er avidentifisert. Samtykkeskjema ble utlevert og returnert med underskrift. Informantene har ikke hatt tilbud hos meg, for at de i minst mulig grad skulle føle seg forpliktet til å delta.

Funn

Helhetsinntrykket fra deltagerne var at de beskrev tilbudet som unikt i den forstand at det ikke krevde henvisning, at det var høyt faglig nivå i behandlingen preget av en hyggelig og imøtekommende atmosfære. At både terapeutene og kontorpersonele la vekt på å finne løsninger som passet den enkelt, ble ansett som positivt. Funnene er presentert under ulike overskrifter, men gikk i praksis ofte over i hverandre, i den forstand at å få komme raskt til gjorde at en følte seg anerkjent og forstått eller at metoden virket fordi den var fleksibel og tilpasset den enkelte bruker.

I analyseprosessens første del kom det frem fire tema som jeg festet meg med: lære en metode, speiling, faglighet og rask behandling.

Andre del av analysen ble å sortere ut den delen av teksten som var med på å belyse problemstillingen min. Jeg leste igjennom teksten og streket under meningsbærende enheter som sa noe om årsaken til opplevd bedring. Etter at disse var merket av i teksten, skrev jeg ut intervjuet igjen med stor skrifttype. Så klypte jeg ut setninger og begynte å systematisere dem. Jeg var i gang med kodingen. Dette blir gjort for å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som har sammenheng med de temaene jeg festet meg med under gjennomlesningen. Jeg kom da frem til følgende koder av de meningsbærende enhetene: mestring, empati, kognitiv terapi, tidlig intervensjon.

I analysens tredje del sammenfattet og skilte jeg ut fellestrekk ved de ulike svarene informantene hadde oppgitt. Jeg hadde nå fire bunker med kortere og lengre sitat og materialet omfattet flere ulike nyanser. Dette ble så sortert i subgrupper som ble analysert gjennom å fortette og kondensere innholdet i hver gruppe til et kunstig sitat forankret i data.

I analysens fjerde del satte jeg bitene sammen igjen i det Malterud (2013) kaller rekontekstualisering. Da sammenfattet jeg først kunnskapen fra hver kodegruppe og subgruppe for deretter å lage en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe. Denne

prosessen ble så gjentatt for hver gruppe. Til slutt satt jeg igjen med fire innholdsbeskrivelser. Jeg gikk da tilbake til de meningsbærende enhetene jeg hadde klipt ut tidligere og fant noen sitater som ga et treffende bilde av det som ble sammenfattet til slutt. Disse var:

«jeg liker godt den kognitive metoden som er en jobb som jeg er nødt til å gjøre selv, men så er det dette med å ha noen å gjøre det sammen med seg»

«følte meg ivaretatt og sett»

«det ble fokus på akkurat det som var viktig for meg i dag» og

«å få komme fort i gang opplevdes veldig positivt og ga forventninger om bedring»

Da gjensto det å finne navn til mine funn over hva informantene sitter igjen med som bidrag til bedring: «Kognitiv metode gir nyttig kunnskap og mestringsfølelse», «Sett og forstått», «Fleksibelt tilbud», «Raskt i behandling».

Kognitiv metode gir nyttig kunnskap og mestringsfølelse

Å komme i en behandling der man får verktøy som gjør at man i større grad takler hverdagens utfordringer ble sett på som en viktig årsak til endring. Brukerne var blitt mer bevisst på at tankene og følelsene var naturlige og at de selv kunne mestre utfordringene som måtte komme. Informantene beskrev det slik;

..også er det det at du forstår at du kan endre disse tankemønstra – på egen hånd- selv om det er vanskelig.med de oppskrifter og redskaper jeg har lært så tror jeg at jeg kunne taklet situasjonen sjøl.

Videre ble det å lære en evidensbasert metode ble sett på som nyttig;

Jeg synes det er viktig å møte folk som kan noe, det mener jeg er ganske vesentlig, og ikke få noen som bare jatter med deg, men noen som både gir inntrykk av og viser at de kan noe.

Flere av informantene sa at de hadde blitt roligere både i forhold som har med privatlivet å gjøre, men også i forhold til arbeidslivet. En sa at årsaken til at han fremdeles var i arbeid kom av at han hadde fått et nytt verktøy. Redselen for utfordringene som oppsto på arbeid var blitt mindre. Bruk av skåringskjema ble av noen trukket frem som positivt, da det ga dem et synlig bevis på at de var bedre, selv om det kanskje ikke føltes slik akkurat der og da. Andre syntes at skjemaene ikke alltid passet med hvordan de hadde de. Bruk av arbeidsbøker og psykoedukasjon var nyttige ikke bare i den tiden de mottok et tilbud ved RPH, men var et verktøy de så i og brukte senere i andre settinger. Det at de fikk utlevert små hefter om ulike tema som var utfordrende for dem, var med på å øke forståelsen over hvorfor de tenkte og følte som de gjorde.

Sett og forstått

Informantene fremhevet det å bli tatt på alvor, føle seg sett og forstått. Dette ble vektlagt som viktig i bedringsprosessen, og som det kommer frem i følgende utsagn;

Jeg synes det var veldig viktig at terapeuten jeg gikk til var faglig flink, men empatisk også. Det synes jeg var veldig godt- at vi klikka- og hadde god kjemi...følte meg litt...ja ikke det at jeg ble dikkedulla med, det var ikke det jeg ville heller, men en god blanding av både; Ok nå retter vi oss opp og går igjennom og finner ut av dette her...og samtidig litt sann

stryk på kinnet- jeg trengte det. Det synes jeg var veldig godt. Da fikk jeg senket litt skuldrene og kom meg litt dypere inn i materien.

Mange følte på skam og nederlagsfølelse når de ba om hjelp. De hadde gjerne en ide om at problemene var får små at de kunne få hjelp eller at de ikke burde oppta plassene for andre som trengte hjelp mer enn dem. De hadde fått høre at de måtte ta seg sammen, eller tenke på hvor mye de hadde å være takknemlige og glade for, noe som bare gjorde samvittigheten dårligere og terskelen til å søke hjelp høyere. En av informantene uttrykte det slik;

Følte meg tatt på alvor når det gikk så raskt for innerst inne er det en terskel på en måte å søke hjelp.

Flere poengterte likeverdet i situasjonen, og at de følte terapeuten hadde en genuin interesse av hva vedkommende slet med. Ved å bli stilt spørsmål rundt problemstillingene sine fikk de tak i hva som var viktigst for dem akkurat nå, noe som bidrog til motivasjon for endring.

Fleksibelt tilbud

Et annet sentralt funn var at både behandlingen og tilbudet ble sett på som fleksibelt og tilrettelagt den enkelte brukers behov. Informantene uttrykte i forhold til tilbudet;

Jeg fikk bestemme opplegget selv-komme tre dager i uka når det var behov- eller vente en måned, vist det var bedring. Jeg skulle følge den selvhjelpssaken, men vi fulgte den ikke helt, men kunne ta litt samtaler og prate litt utenom og det synes jeg var veldig godt.

Videre beskrev flere at det var godt å kunne ta opp uventa ting som hadde skjedd, selv om det ikke sto på agendaen, og at dette hadde stor betydning i bedringsprosessen deres. Hyggelig kontorpersonale var av flere poengtert som positivt og det opplevdes positivt at de alltid ble spurt om når det passet for dem, og ikke bare fikk tildelt et tidspunkt. At det ikke er «*kroken på døra*» etter endt behandling, men at de kan ta kontakt igjen om de skulle trenge en «boost»-samtale ble opplevd som trygt. Det at de bare var en sms, en mail eller en telefonsamtale unna om de skulle få et tilbakefall var godt å vite.

Raskt i behandling

Sist, men ikke minst, var at samtlige informanter påpekte hvor viktig det hadde vært å få komme så raskt til behandling. Det var flere årsaker til at dette opplevdes positivt. For mange var det en terskel å skulle be om profesjonell hjelp, men når de først gikk til det skrittet å be om det følte de seg anerkjent og tatt på alvor når de fikk så rask respons. Mange var også redd for at problemene var for små og ubetydelige og at de ville bli avvist. Som en informant uttrykte;

Det viktigste var at en kom til så fort med dette tilbudet. Det er det vesentligste, for jeg gikk vel på det som en kaller; Å gå på en smell.

Flere hadde utsatt å ta kontakt, og de satte stor pris på å slippe å gå hjemme å grue seg når beslutningen var tatt, som to informanter uttrykte slik;

Jeg tror jeg ble oppringt samme dag jeg var hos legen og ble tilbudt å komme hit....man unngår en lang «grubletid. ...og da ringte jeg og snakka med kontordama som sa jeg skulle få komme i morgen! Hadde det vært om 14 dager, da hadde jeg sikkert ikke kommet.

Det å få komme så raskt til opplevdes positivt, vekket forventninger om bedring og var som en informant sa;

....du vet at i morgen skal du faktisk dit- istedenfor om et halvt år- det var ganske behagelig.

Flere ga uttrykk for manglende motivasjon for å søke hjelp. De hadde lest om lange ventelister for å komme i behandling og kviddet seg på å stå i kø. Desto mer positivt opplevdes det når de ble kontaktet fra Rask psykisk helsehjelp kort tid etter å ha tatt kontakt. Mange sier de tror de hadde falt helt sammen og blitt mye verre om de hadde måttet vente i flere uker. Noen mente at det hadde blitt vanskeligere å snu tankemønstrene om de hadde blitt gående lenge uten hjelp, for de fleste hadde strevd ei stund før de tok kontakt.

Diskusjon

Hovedfunnene fra studien viste at å lære en metode og ta tak i egne problemer, samt det å kjenne seg forstått og speilet, med fokus på «Hva er viktig for deg?», ble opplevd som viktige bidrag til bedring. I tillegg var det å få raskt tilbakemelding på henvisning med tilbud om time med en RPH terapeut noe som ble trukket frem som svært positivt av brukerne. Studier har vist at bedring kan skje i de tidligste stadier av psykoterapi, og allerede før klienten har lært nye teknikker eller mekanismer for endring (Ilardi og Craighead 1994). Det er på bakgrunn av slike funn det antas at bedringen er et produkt av flere faktorer som er felles på tvers av terapier. Her er det funn som tyder på at bedring faktisk kan skje før det har vært kontakt mellom bruker og terapeut i det hele tatt.

Den indre samtalen kan bli overdreven eller usann og forsterke negative følelser (Berge et al. 2009). I RPH er målet å hjelpe brukeren til å identifisere slike selvdestruktive tanker som fører inn i onde sirkler, slik at han blir i stand til å bryte dem. Dette verktøyet læres gjennom kognitiv terapi. Når brukeren blir oppmerksom på angstfremkallende, urimelig selvkritiske eller negative tankemønstre gir det mulighet til å drøfte muligheten for nye og alternative tanke- og atferds måter. Det hele er et vekselspill mellom allianse, der tillit og trygghet skapes og innsikt der terapeut og bruker sammen kartlegger problemer, følelser og uhensiktsmessige tankemønstre. Kartleggingen fører så til endring i form av problemløsning med utprøving av nye ferdigheter og/eller tenkemåter. Slik får brukeren et verktøy som gjør han i stand til å bli sin egen terapeut.

Mestring blir sett på som en ressurs i behandlingsprosessen (Lazarus 2006). Med recoveryorientert praksis, er ikke målet i behandlingen brukers ferdigheter, men evne til selvstendighet og deltagelse. Med mestring menes det å klare noe, takle et problem, tolerere en situasjon eller beherske en vanskelighet. Det vil si å kunne mobilisere styrke og ikke være maktesløs eller gi seg over, men ha kontroll over situasjonen (Sandstrand 2001). Mestring handler om å håndtere livshendelser, situasjoner eller påkjenninger som overstiger det en vanligvis klarer å gjennomføre på ren rutine. Med andre ord de hendelsene som gjør at brukerne kontakter RPH.

Mestring kan forklares ut i fra en psykologisk/atferdsmessig modell eller en pedagogisk/læringsmessig modell. I høringsnotatet til Lov om spesialist-helsetjenesters paragraf om opplæring av pasienter og pårørende heter det: «*Opplæring er en forutsetning for mestring av livet som kronisk syk og for å forhindre forverring av sykdommen*». Mestringstiltak knyttet opp mot disse forklaringsmodellene har sterke røtter til funksjonsforbedringstradisjonen. Men mestring kan også forklares ut i fra et recoveryperspektiv med fokus på deltakerrollen. Nasjonalt kompetansesenter i Læring og mestring ved Aker sykehus definerer mestring slik: «*Mestring handler om at man har tro på at man kan klare å løse en oppgave, ha en viss kontroll over sin egen tilværelse og kunne justere handlingene, følelsene og forestillingene i en ønsket retning*» (Normann og Sandvin 2001:59). Her blir mestring og forventninger knyttet sammen, med at forventninger og tro er en del av forutsetningen for å oppnå mestring. Fokuset blir personlig recovery og ikke klinisk recovery (Slade 2015).

Av mestringsmekanismer skiller en mellom emosjonelt fokuserte mekanismer som har til hensikt å dempe det følelsesmessige ubehaget i situasjonen, og problemfokuserte mekanismer som har til hensikt å løse problemene ved å endre situasjonen (Lazarus 2006). Ved bruk av den kognitive diamant(jfr.Figur 1; Berge et al. 2009) plukkes situasjonen fra hverandre og settes inn i fire ulike dimensjoner. Det blir da tydelig for brukeren hvorfor han følte og handlet som han gjorde når han får systematisert hva som skjedde i kroppen (eks; hjertebank) med hva han tenkte (eks; de syns jeg er rar) med hva han følte (eks; angst) og hva han gjorde (eks; ble hjemme). Ved å bli bevisst hvilke betydning de psykologiske og fysiologiske prosessene som skjer forut for de kognitive har på betydningen av mestringsmekanismer, kan brukeren bli i stand til å gjøre andre vurderinger eller endre adferd.

Kåver (2012) presiserer at i tillegg til høye krav til terapeutisk effektivitet, struktur, teoretisk og vitenskapelig evidens, er respekt, empati og en god relasjon verdigrunnet i kognitiv terapi. Også for brukergruppen til RPH, viste terapeutisk allianse å være et viktig bidrag til opplevd bedring. Dette bygges ved hjelp av å gi håp, vise engasjement og ved følelsesmessig inntoning (Karterud et al. 2002). Terapirommet bør føles som et trygt sted, både følelsesmessig og fysisk, og at terapeuten gjennom å spørre brukeren. «Hva er viktig for deg?» sikrer enighet om mål for behandling og om teknikker og strategier for å nå disse målene. Ved hjelp av åpne, undrende spørsmål, også kalt sokratiske dialog, føler brukeren seg sett og anerkjent. Som terapeut er en seg også bevisst hvordan kroppsspråket, mimikk, øyekontakt og tonen i stemmen skal bidra til en trygg atmosfære.

Kognitiv metode er kjent for å bruke mange skjema, og en RPH terapeut bruker ulike skåringskjemaer for å kartlegge opplevd symptomtrykk på depresjon, søvnproblemer eller angst. Disse er noen av utallige skåringsinstrumenter som kan brukes i KAT. Terapiformen har således sterke røtter til positivismen og det naturvitenskaplige syn på mennesket. Kvantitative metoder tallfester og gir objektive data. Hadde terapeuten kun tolket brukeren ut i fra disse skåringene, hadde hun gått glipp av mye informasjon som hun får gjennom å kommunisere med han. Derfor tar hun også i bruk kunnskap som bygger på Husserl`s fenomenologi og humanistisk psykologi for å få en beskrivelse av hans subjektive opplevelse av tanker, følelser og atferd, ved å se situasjonen slik den oppleves for ham. Dette gir et bedre utgangspunkt i hvordan behandlingen skal foregå. Terapeuten kommer brukeren i møte med tidligere tankemessig og erfaringsmessig «håndbagasje» som er med på å bestemme hva hun forstår og hvordan hun tolker dette. Å være seg dette bevisst er viktig for å bruke denne bakgrunnskunnskapen på en nyttig måte. Terapeuten vil derfor

tilstrebe seg å være bevisst sin egen forforståelse og tidligere erfaringer i møtet med brukeren (Thornquist 2006). Dette springer ut i fra hermeneutisk vitenskapsteori, og den hermeneutiske sirkel eller spiral er et begrep og et fortolkningsmessig prinsipp som er systematisk brukt i KAT.

Kohut la også stor vekt på at relasjonen med andre er viktig for menneskers utvikling og at gjensidige relasjoner er et grunnleggende behov vi har med oss gjennom hele livet (Karterud et al. 2002). Kohut bruker begrepet selvobjekt, som «er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfullt selv». (Karterud i Karterud et al. 2002:18). Kohut beskrev tre ulike selvobjektrelasjoner som viktige, men det er den speilende selvobjektrelasjonen som er viktigst i behandlingssammenheng. Brukeren blir forstått, verdsatt og anerkjent i møtet med terapeuten. Dette skal ikke forveksles med affekt-inntoning som er å respondere på den andres følelse (Bråten 1998: 272). Speiling handler om å gjenkjenne den andres følelse og legge til noe før en gir den tilbake. I tillegg til å føle seg anerkjent, får en også en mulighet til å lære en ny respons. Selvpsykologi ser på betydningen av forventet og ønsket respons gjennom å bli gjenkjent, sett, akseptert, verdsatt, anerkjent og forstått. Det som endrer og gir innsikt er menneskets evne til å se på seg selv og spørre: «Hvem er jeg?» Dette kan gjøres via introspeksjon, eller med andre ord- vi ser på oss selv med vårt indre språk og forestillingsbilder. Disse trenger ikke nødvendigvis være hensiktsmessige. Da er det i den terapeutiske sammenheng en kan ved hjelp av empati og følelsesmessig inntoning gi uttrykk for den andre på en slik måte at han oppdager og ser seg selv på nytt gjennom vårt blikk. Inntoning er noe en gjør- og kan ikke «spilles». Vi kan med andre ord ikke si at vi er anerkjennende og empatiske før brukeren føler seg anerkjent og sett. Hartmann (2000) sier at ifølge Kohut har empati en legende virkning, gjennom at man som terapeut har evnen til å plassere seg kognitivt og emosjonelt og så konsekvent som mulig i den andres sted. Slik bidrar man til styrking og utvikling av selvet.

Alle RPH terapeutene i studien har minimum treårig høyskoleutdanning i helse- og sosialfag og videreutdanning i psykisk helsearbeid, samt praksis fra arbeid innen psykisk helsearbeid. I tillegg har samtlige ansatte bestått hjemmeeksamen i KAT tilsvarende 60 studiepoeng. Dette kan være med på å sikre at terapeutene ikke blir «skjema-styrte», men ser hele mennesket og evner å tilrettelegge fleksibel behandling og balanse mellom teknikk og relasjon. Dette gjør at brukeren føler seg sett og forstått som igjen bidrar til bedring. Terapeutens fleksibilitet og undring over hva som oppleves som viktig, fremfor reduksjon av symptom, kan være avgjørende for om brukeren og terapeuten kommer til enighet omkring behandlingsmål og arbeidsoppgaver.

Samtlige brukere av RPH poengterte at det å raskt komme i gang, var noe av det beste ved tilbudet. Et annet slående moment var at flere av deltagerne hadde kjent på bedring allerede før de kom i gang med behandlingen. Den korte ventetiden ga de følelsen av å bli tatt på alvor og at det fantes hjelp å få. Det ga de en forventning om at dette skulle de klare og at de igjen skulle mestre sine liv. Løvik (2015) fant i sitt doktorgradsarbeid at forventning er den største prediktor på om folk kommer tilbake i jobb etter å ha vært sykmeldt på grunn av CMD (common mental disorder, som tilsvarende målgruppen til RPH). Faktisk var forventning en større prediktor enn symptomtrykk, og de som var fortsatt sykmeldt etter 6 måneder i denne undersøkelsen, var de med lavest forventninger om retur. Dette underbygger viktigheten av at RPH har garantier for rask behandling, og at folks

egne forventninger er viktig og bør undersøkes og styrkes tidlig hos dem som det blir vurdert sykmelding for.

Både forventninger og håp er begrep som handler om å se fremover. Joyce Travelbee (1999) definerer håp som en mental tilstand som er karakterisert av ønsket om og nå et mål, kombinert med forventning om at det er oppnåelig. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2016 (Meld. St. 16 2010-2011) beskriver angst og depresjon som viktige årsaker til sykemeldinger og uføretrygd. Når da samme melding sier at tre av fire personer med depresjon går ubehandlet, er det ikke uventet at forventningene om å bli bedre svekkes. Har man evner og mulighet til å nå målet gjennom handling, skaper man samtidig en forventning om bedring knyttet til både psykisk helse og funksjon. Slik er tilbudet i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om forebygging og tidlig intervensjon. Ved å gi et kommunalt tilbud før og istedenfor at brukerne får behov for spesialisthelsetjenester, bidrar RPH også til bedre ressursutnyttelse. RPH søker ved hjelp av en fleksibel struktur og recoveryorientert praksis å lære brukeren et verktøy som gjør ham i stand til å mestre utfordringene sine. Brukerne av RPH poengterte viktigheten av at hjelperne ikke bare var faglig dyktige, men at de følte seg sett og møtt på en empatisk måte. Dette krever erfaring og fleksibilitet.

Metodekritikk

Datamaterialet i denne undersøkelsen er begrenset og funnene kan ikke uten videre overføres til andre. Hadde terapien fått «all ære» for opplevd endring, ville overførbarheten være usikker da det kan være forskjell i hvor tro de ansatte i de ulike pilotene er til prosjektets protokoll, både med hensyn til bruk av kognitiv terapi og med hensyn til utvelgelse av de personer som får et tilbud. De ulike terapeuters «stil» i utførelsen av terapien vil naturligvis også virke inn. På den annen side kom det frem årsaker til endring som kan være av interesse for de andre pilotene, fordi disse årsakene er fullt mulig å overføre til andre behandlingssituasjoner. Uansett må man passe seg for å bruke fokusgruppefunn ukritisk. Det er et viktig å få poengtert at statistisk representativt ikke er målet med fokusgrupper, og at resultatene aldri kan overføres til en hel befolkning (Malterud 2012).

Svarene i undersøkelsen indikerer at det kunne kommet frem mer informasjon dersom ikke intervjuguiden hadde blitt fulgt så strengt. Informantene svarte på det de ble spurt om, men hadde det blitt åpnet opp for mer tid til refleksjoner istedenfor å gå videre i spørsmålsrekken kunne det kommet frem noe mer. En var kun ute etter årsaker til opplevd bedring. Ved å åpne opp for mer kritiske tanker om RPH og hva som opplevdes mindre bra, ville nok det også bidratt til nyttig informasjon som kunne bidratt til å gjøre RPH enda bedre. På grunn av oppgavens størrelse ble dette valgt bort. Også ytre faktorer kan ha påvirket informantene og dermed bidratt til bedring, kanskje uten at de selv ser sammenhengen. Dette kan være alt fra forelskelse til bedret økonomi eller faglige utfordringer på arbeidsplassen.

Samme person både gjennomførte og transkriberte intervjuene. Dette kan både være en styrke og en svakhet. Styrken ligger i at det bør være et stringent mønster for hvordan spørsmålene kodes og tolkes. Å være til stede under intervjuet gjør at en husker tilbake og vet hva som utspant seg i eventuelle pauser. Dette er med på å styrke validiteten i analysedataet. En svakhet med å være alene om å analysere og kode materialet kan være at muligheten for flerfaglige refleksjoner blir borte. Viktig informasjon kan gå tapt

fordi en ut i fra for-dommer vil se etter og søke å få bekreftet det en tidligere har erfart og gjort seg opp en mening om, men å ha med en erfaren person under intervjuene som gjør notater er nyttig, da hun kan korrigere underveis ved å stille noen oppfølgingsspørsmål.

Konklusjon

Funnene viser at personer som har hatt kontakt med RPH og opplevd bedring, har kjent på mestring ved å lære en metode og følt seg sett og forstått. I tillegg var rask respons og kort ventetid til behandling en så enstemmig opplevd årsak til endring, at en ikke kan unngå å stille spørsmålet: Hva er raskt nok? Når vil denne effekten forsvinne?

Rask psykisk helsehjelp skal gi hjelp uten venting og lang saksbehandlingstid. Helt konkret tilsier dette at brukere som henvender seg skal kunne få kontakt med en behandler og tilbys en kartleggings samtale innen 48 timer og være i gang med behandling innen to uker senere. Et stadig økende krav til kommunalt ansvar for behandling kan føre til at inntakskriteriene endres. Vi kan da risikere at RPH vil ende opp med ventelister, og få brukere som krever lengre behandlingstid enn de nå 15 samtaler, som de maksimalt tilbyes pr i dag. Når ventetiden forlenges, kan effekten av forventning, eller tidlig fokus på forventninger svekkes. Likeså kan kravet om effektivisering føre til at stadig flere blir henvist til selvhjelp, og at man da mister effekten av fleksibilitet, å føle seg sett, anerkjent og forstått. Den terapeutiske alliansen blir brutt. Dette kan innebære at terapeut og bruker ikke lenger har en følelsesmessig binding som gjør at de trekker i samme retning. Det bør fortsatt være høye krav til utdanning og faglighet hos RPH terapeutene. Dette er viktig for at brukerne skal få et så godt faglig og fleksibelt tilbud som de opplever at de har i dag, der brukerne er førende i utforming av egen behandlingen der de blir hjulpet til å bli sin egen terapeut.

Litteratur

Berge, Torkild & Erik Falkum (2013) *Se Mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Berge, Torkil & Arne Repål (2009) *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Bråten, Stein (1998) *Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug.

Hartmann, Ellen (2000) *Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi*, i Arne Holte et.al (red) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2013) *Rask psykisk helsehjelp-12 pilotkommuner*. Veiledende materiell.

Helseforskningsloven (2009) Lov av 1.september 2009. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.

Karterud, Sigmund & Jon T. Monsen (2002) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kåver, Anna (2012) *ALLIANSE. Den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus, Richard S (2006) *Stress og følelser- en syntese*. Oslo: Akademisk forlag.

Løvvik, Camilla (2015) *Common mental disorders and work participations- the role of return-to-work expectations*. Dissertation for the degree of PhD. Universitetet i Bergen.

Malterud, Kirsti (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, Kirsti (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial-og helsedepartementet (Meld. St. 16 2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2016)*.

Morgan, David L (1997) *Focus groups as qualitative reserch*. 2nd ed. SAGE Publications. Thousand Oaks, CA.

Normann, Trine og Johans Tveit Sandvin (2001) *Om moderne rehabilitering - En start på dialogen mot en felles forståelse*. Oslo: Kommuneforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter. Sist endret: LOV-2015-05-22-32 fra 01.11.2015. <http://www.lovdatab.no>

Sandstrand, Turid (2001) *Rehabilitering og mestring- to sider av samme sak?* SKUR- notat nr.6/2001.

Slade, Mike (2015) *100 råd som fremmer recovery*. En veiledning for psykisk helsepersonell. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA. Rapport nr 1/2015.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B (2006) *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder*. Arch Inem Med. Oversatt til norsk av Sverre Urnes Johnson, Asle Hoffart, Pål Ulvenes, Harold Sexton og Bruce E Wampold.

Thornquist, Eline (2006) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Travelbee, Joyce (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendals akademiske forlag.

Wogn-Henriksen, Kjersti (1997) *Siden blir det vel verre....? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. INFO-bankens temabøker.