



Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Kandidat:

Silje-Marie Gangsø Grytting

Masteroppgave

**«Hvordan opplever unge tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene?»**

“How do young service receivers experience their health and quality of life and what experiences do they have with the services?”

Master i psykisk helsearbeid

4PM791-1 22 V Masteroppgave

**2022**

Antall ord: 24477

## **Forord**

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en krevende, altoppslukende og spennende prosess, der jeg virkelig har fått utløp for mitt engasjement ovenfor psykisk helsefelt. Jeg har de siste 2 årene benyttet enhver anledning til å dukke ned i spennende litteratur om feltet og er takknemlig for å ha hatt denne muligheten.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til piloten og informantene som har delt verdifull informasjon om sine opplevelser og erfaringer i undersøkelsen, uten dere ville ikke oppgaven blitt den samme. En stor takk rettes også til min arbeidsplass som gav meg tilliten til å gjennomføre undersøkelsen og kollegaer for bistand i rekrutteringsprosessen.

Jeg vil som student takke til min veileder Anne Signe Landheim for god, faglig og grundig veiledning igjennom hele prosessen. Det har vært lærerikt å ha deg som veileder og din balanse mellom tydelighet og direkte tilbakemeldinger, i kombinasjon med støtte og oppmuntring i krevende perioder setter jeg stor pris på. Jeg vil også takke alle til lærere og medstudenter som har beriket mastertilværelsen de siste 2 årene, dere har alle vært til stor inspirasjon.

Videre ønsker jeg å takke de jeg omgir meg med i det daglige, kollegaer, venner og bekjente for tålmodighet når jeg på inn og utpust under dette masterforløpet har sneket psykisk helseproblematikk inn i enhver samtale der muligheten har bydd seg. Jeg kan dessverre ikke love at jeg er ferdig med dette selv om oppgaven er fullført, alle har jo tross alt en psykisk helse og ingen anledning er for liten til å snakke om dette. Og sist, men ikke minst mine nære kjære, både øvrig familie og de nærmeste i samme hus; Torstein, Elise, Leonora og Victor. Tusen takk for deres tålmodighet og støtte i de mangfoldige timene som har gått med til prosjektet, det har vært så fint å ha dere som heilagjeng! Og jeg gleder meg skikkelig til å ha litt kvalitetstid og «vanlige» hverdager med dere igjen!

## **Sammendrag på norsk**

**Bakgrunn:** Kommunehelsetjenesten forventes å ivareta behandling, forebygging og helsefremming ovenfor sine tjenestemottakere. Det er lite kunnskap om unge voksne tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten med psykiske milde til moderate helseplager og behov for brukermedvirkning på ulike nivåer. Unge oppgir å ha lavere livskvalitet enn befolkningen, fysiske og psykiske helseplager og utenforskap settes i sammenheng med dette. Teori som presenteres er salutogenese og beskyttelses faktorer, recovery og medborgerskap. Forskning som presenteres tar for seg mild til moderat psykisk helseproblematikk, helse og livskvalitet samt utenforskap.

**Formål:** Formålet er å belyse hvilke behov unge tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten beskriver at de har, og hvilke erfaringer de har med tjenestene de mottar. Kunnskapen kan være nyttig for hvordan hjelpeapparatet kan tilrettelegge for god psykisk og somatisk helse for unge voksne mennesker, og for videreutvikling i tjenestene. Dette for å øke brukermedvirkningen på ulike nivåer og treffer de unges behov bedre.

**Metode:** Datainnsamlingen er gjennomført som kvalitative individuelle intervjuer av 5 informanter. Intervjuguide ble utformet på forhånd. Stegvis deduktiv induktiv metode er benyttet i datainnsamling, bearbeiding og analyse.

**Resultater:** Informantene ønsker å fungere i en forutsigbar hverdag, med stabil inntekt og en trygg plass å bo. De ønsker å leve et så normalt liv som mulig, der de har noe å drive med, kjenner tilhørighet og er selvstendige. Å få dekket sine behov for hjelp er viktig, der de blir sett, hørt og forstått. De ønsker å slippe å kjempe mot klokka og systemet ved å få riktig hjelp til riktig tid, så lenge de trenger det, der de blir trodd og tatt på alvor.

**Diskusjon:** Resultatene diskuteres oppimot salutogenese, recovery, medborgerskap og gjenstridige problemer.

**Oppsummering:** De unge voksne har behov for fleksible tjenester som har fokus på helhetlige forhold som bolig, jobb, aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse og nettverk, for å fremme brukermedvirkning, håp, mestring, helse og livskvalitet, samt forhindre utenforskap.

**Nøkkelord:** bærekraftsmål, sosial bærekraft, psykisk helse, kommunehelsetjenesten, unge voksne, forløp 2, helse og livskvalitet, salutogenese, recovery, medborgerskap, utenforskap og gjenstridige problemer

## **Summary in English**

**Background:** The community health service is expected to take care of treatment, prevention and health promotion for its service receivers. There is little knowledge about young adult service receivers in the community health service with mild to moderate mental health problems and the need for user participation at various levels. Young people state that they have a lower quality of life than the population, physical and mental health problems, and exclusion, are linked to this. Theories presented are salutogenesis and protection factors, recovery and citizenship. Research that is presented addresses mild to moderate mental health problems, health and quality of life, as well as exclusion.

**Purpose:** The purpose is to shed light on what needs young service receivers in the community mental health service describe that they have, and what experiences they have with the services they receive. The knowledge can be useful for how the support system can facilitate good mental and somatic health for young adults, and for further development in the services. To increase user participation at different levels and meet the needs of young people better.

**Method:** The data collection was conducted as qualitative individual interviews of 5 informants. Interview guide was designed in advance. Stepwise deductive inductive method is used in data collection, processing, and analysis.

**Results:** The informants want to function in a predictable everyday life, with a stable income and a safe place to live. They want to live as normal a life as possible, where they have something to do, feel a sense of belonging, and are independent. Meeting their needs for help is important, where they are seen, heard and understood. They want to avoid fighting against the clock and the system, by getting the right help at the right time, as long as they need it, where they are believed and taken seriously.

**Discussion:** The results are discussed towards salutogenesis, recovery, citizenship and wicked problems.

**Summary:** The young adults need flexible services that focus on holistic approaches such as housing, work, activity, finances, physical and mental health and networks, to promote user participation, hope, coping, health and quality of life, and prevent exclusion.

**Keywords:** sustainability goals, social sustainability, mental health, community health services, young adults, health and quality of life, salutogenesis, recovery, citizenship, need, and wicked problems

## **Liste over forkortelser**

FN: De forente nasjoner

FHI: Folkehelseinstituttet

WHO: World Health Organization

ICD 10: International Classification of Diseases 10th Revision

LAR: Legemiddel assistert rehabilitering

NEET: Not employed in education or training

AAP: Arbeidsavklaringspenger

KVP: Kvalifiseringsprogram

ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder

ROP: Samtidig ruslidelse og psykisk sykdom

SDI: Stegvis deduktiv induktiv metode

IPS: Individuell jobbstøtte (individual placement and support)

TSD: Tjenester for sensitive data

NSD: Norsk senter for forskningsdata

LEFK: Lokal etisk forskningskomite

REK: Regionaletisk forskningskomite

HINN: Høgskolen i Innlandet

EAR: Empirisk analytiske referansepunkter

OAS: Opplevelse av sammenheng

## **Liste over tabeller**

Utvalgstabell

Kodegrupperingstabell

## Innholdsfortegnelse

### Innhold

1. Introduksjon .....	1
1.1 Utfordringsbilde og bakgrunn for prosjektet .....	1
1.2 Formål med studien .....	4
1.3 Problemstilling.....	4
1.4 Begrepsavklaring .....	5
1.4.1 Unge voksne .....	5
1.4.2 Kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer/lidelser.....	5
1.4.3 Helse og psykisk helse .....	6
1.4.4 Livskvalitet.....	6
1.4.5 Bærekraftige tjenester .....	7
1.4.6 Psykisk helsearbeid .....	7
1.5 Relevans for psykisk helsearbeid .....	8
1.6 Forforståelse .....	9
1.7 Litteraturgjennomgang .....	10
1.7.1 Litteratursøk .....	10
2. Forskning og teori .....	11
2.1 Unge voksne tjenestemottakere .....	11
2.1.1 Utenforskap .....	12
2.2 Føringer for lokalt psykisk helse og rusarbeid .....	13
2.3 Forskning på kommunale tjenestetilbud.....	15
2.4 Den medisinske og den kontekstuelle modellen.....	17
2.5 Helse og livskvalitet i lys av salutogenese .....	18
2.5.1 Opplevelsen av sammenheng og generelle motstandsressurser .....	19
2.6 Recovery og medborgerskap .....	21



3.	Materiale og metode.....	25
3.2	Steg 1 generering av empiriske data.....	26
3.2.1	Design.....	26
3.2.2	Setting, rekruttering og utvalg.....	27
3.3	Steg 2 datainnsamling og bearbeiding av rådata .....	30
3.3.1	Kvalitativt intervju .....	30
3.3.2	Forberedelser til og gjennomføring av intervjuene .....	30
3.3.3	Transkribering .....	31
3.4	Analyse .....	32
3.4.1	Steg 3 koding.....	32
3.4.2	Steg 4 gruppering av koder .....	32
3.4.3	Steg 5 konseptutvikling.....	35
3.5	Etiske overveielser.....	36
3.5.1	Håndtering og oppbevaring av data .....	37
3.5.2	Samtykke.....	37
3.6	Metodediskusjon.....	38
3.6.1	Reliabilitet (pålitelighet) .....	38
3.6.2	Validitet (gyldighet) .....	40
3.6.3	Refleksivitet .....	42
4.	Resultater.....	43
4.1	Opplevelsen av helse og livskvalitet .....	43
4.1.1	Ønsket om å fungere i en forutsigbar hverdag .....	43
4.1.2	Å leve et så normalt liv som mulig .....	46
4.2	Erfaringer med tjenestene i kommunen og øvrig hjelpeapparat .....	50
4.2.1	Å få dekket sine behov .....	50
4.2.2	Å kjempe mot klokka og systemet .....	53

5. Diskusjon av resultater: Hvordan opplever unge voksne tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene? .....	58
5.1 Konsepter som kommer til syne .....	58
5.1.1 Kontinuumet av helse og opplevelse av sammenheng .....	58
5.1.2 Recovery, å leve et så normalt liv som mulig .....	60
5.1.3 Medborgerskap og utenforskap .....	62
5.1.4 Gjenstridige problemer .....	64
6. Oppsummering og implikasjoner for praksis .....	67

# 1. Introduksjon

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvilke opplevelser unge tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten har når det gjelder egen helse og livskvalitet, og hvilke erfaringer de har med tjenestene de mottar fra kommunen og øvrig hjelpeapparat. Kunnskapen kan være nyttig for hvordan tjenestene kan tilrettelegge for god helse for unge voksne med psykiske helseutfordringer. Det er gjennomført en intervjuundersøkelse med 5 unge tjenestemottakere i en kommune på Østlandet om deres behov og erfaringer med psykisk helsetjeneste og hjelpeapparatet. Stegvis deduktiv metode er benyttet som metode og vil igjennom 5 steg belyse hvordan undersøkelsen har blitt gjennomført. Oppgaven vil først introdusere et utfordringsbilde, bakgrunn for prosjektet og problemstilling. Deretter vil teori om saltuogenese, recovery og citizenship, samt forskning om psykisk helseproblematikk, unge voksne og utenforskap presenteres. Videre vil innsamlingen av data og analyser redegjøres for i materiale og metodekapittelet. De unges opplevelser, erfaringer og behov vil vises i resultatkapittelet. I diskusjonskapittelet vil resultatene i undersøkelsen drøftes og belyses opp imot konseptene som har kommet til syne, ved hjelp av teori og forskning. Til slutt oppsummeres det med hvilke implikasjoner funnene kan ha for teori, praksis og samfunnet.

## 1.1 Utfordringsbilde og bakgrunn for prosjektet

Det foreligger forventninger til at helsetjenestene skal sikre bærekraft, deriblant FN's bærekraftsmål nr 3: God helse «Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» Delmål 3.4) «[...]å innen 2030 redusere prematur død av ikkesmittsomme sykdommer med en tredjedel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet» (Regjeringen.no, 19.02.2018). Rapporten livskvalitet i Norge 2021 fra statistisk sentralbyrå viser at den samlede livskvaliteten i befolkningen generelt er synkende og spesielt for aldersgruppene 18-24 og 25-44 (Statistisk sentralbyrå, 2021, s. 17). Den yngste gruppen rapporterer mindre tilfredshet med livet. Rapporten peker på at livssituasjonen til den enkelte henger sammen med livskvaliteten. Lavere utdanning, lavere inntekt, arbeidsledighet, uførhet og helseutfordringer er forbundet med lavere livskvalitet. Av helsemessige forhold er særlig angst og depresjon sett i sammenheng med størst risiko for lav livskvalitet (Statistisk sentralbyrå, 2021, s. 4). Personer med psykiske helseplager scorer lavest på tilfredshet med livet

i undersøkelsen (Statistisk sentralbyrå, 2021, s. 21). Aldersgruppen 18-24 år har de laveste skårene på tilfredshet med psykisk helse, 34 prosent oppgir dette (Statistisk sentralbyrå, 2021, s. 27). Gustavsen, Møller og Klyve ser med uro på den økende graden av marginalisering på områdene arbeidsliv og utdanning som ses på som forhold som påvirker levekårene til unge og unge voksne helt konkret. De trekker frem unge med lav eller ingen utdanning, unge med innvandrerbakgrunn, funksjonsnedsettelse eller dårlig fysisk eller psykisk helse. Videre at antall unge med risiko for utestenging i de siste årene har økt blant annet i Norge (Gustavsen et al., 2016, s. 45). De trekker frem at det er for liten grad av tilrettelegging både på mesonivå og strukturnivå når det kommer til tilrettelegging for økt bruk av kultur og fritidsarenaer for alle sosioøkonomiske lag i befolkningen (Gustavsen et al., 2016, s. 49). Deretter peker de på at en mulig forklaring på feilslått innsats kan henge sammen med innhenting av ulike former for kunnskapsdata. «At vi ser et økende antall unge utsatt i Norge, viser at vi ikke har klart å «knekke koden» for hvordan vi utvinner og utvikler kunnskap som bidrar til tiltak, tilrettelegging og tjenester som treffer godt nok» (Gustavsen et al., 2016, s. 50).

Behovet for psykisk helsehjelp skal imøtekommes av tjenestene. Det forventes at tjenestene skal tilby hjelp når behovet oppstår, samtidig som de har et forebyggende og helhetlig helseperspektiv ovenfor mennesker som har psykiske helseplager, for å forebygge sykdom og fremme helse: «Helsetjenestene skal ikke bare behandle syke, men også fremme helse og forebygge sykdom» (Helsedirektoratet.no,2018, s.15). Målet er at forløpet i tjenestene og veien tilbake til bedre fungering, skal være kortere: «Dersom man raskt iverksetter effektive tiltak vil veien tilbake til mindre symptombelastning og høyere funksjonsnivå være kortere» (Helsedirektoratet.no,09.2018, s 60). Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 og samhandlingsreformen 2012, har lagt føringer for et større ansvar på kommunens helse og omsorgstjenester. Veilederen «sammen om mestring» trekker frem at å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelbruk vil være en hovedoppgave for å sikre individet bedre livskvalitet og minske belastningen på samfunnet. I veilederen presenteres de nasjonale føringene og forventningene til kommunen innenfor psykiske helse og rusfeltet. Veilederen vektlegger blant annet at tjenestene skal utformes med et bruker- og mestringsperspektiv (Helsedirektoratet, 2014, s. 3).

Det blir stadig flere henvendelser til primærhelsetjenesten (Fhi.no, 2021). Psykiske lidelser og ruslidelser ligger på 2.plass på listen over de største helseutfordringene i Norge, basert på tall

fra sykdomsbyrdeprosjektet (Helsedirektoratet, 2018, s. 3). Pandemien i 2020 som fremdeles pågår, har ytterligere økt behovet for psykisk helsehjelp på ulike nivåer, noe regjeringens rapport om livskvalitet, psykisk helse og rusbruk under pandemien påpeker (Regjeringen.no, 2021). I rapport om folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling fra 2018 står det i oppsummeringen følgende:

Psykkiske lidelser og skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er den viktigste årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder. I løpet av et år vil rundt en av fem voksne ha en psykisk lidelse, og vanligst er angst, depresjon og avhengighet av rusmidler. Psykisk lidelse er hoveddiagnose for en av tre som uføretrygdes, og de er i gjennomsnitt yngre enn andre som uføretrygdes (Helsedirektoratet, 2018, s. 22).

BrukerPlan,undersøkelse for 2020 bekrefter utfordringene som er skissert over. BrukerPlan viser 8 levekårsområder som totalt utgjør en samlet levekårsindeks. Denne indeksen er et uttrykk for mottakerens livssituasjon og daglige funksjon. Hovedvekten av de kartlagte tilhører forløp 2; brukere med moderate psykiske problemer uten rusproblem (Bjørge Hustvedt et al., 2021, s. 26). Det er særlig innenfor områdene meningsfull aktivitet, fysisk, psykisk helse, nettverk og sosial fungering, brukernes utfordringer kommer til syne i denne undersøkelsen. (Bjørge Hustvedt et al., 2021, s. 13–26).

De kommunale helsetjenestene forventes å utvikle tjenester som er orientert imot å kunne mestre økningen i henvendelser og imøtekomme det stadig økende behovet for kommunale tilbud, innenfor psykisk helse og rus, samt involvere brukerne på ulike nivåer mer enn det gjøres i dag. Disse brukerne har økt risiko for sammensatte helseplager, både flere psykiske lidelser, ruslidelser, somatiske lidelser og risiko for tidlig død (Helsedirektoratet, 2018, s. 22). Parallelt med økende henvendelser og økte forventninger til kvalitetsutvikling står kommuneøkonomien i krevende prioriteringer, som fordrer at man utnytter ressursene på en så fornuftig måte som mulig. I dette skjæringspunktet står kommunalt ansatte og kommunehelsetjenesten og skal levere tjenester ut ifra faglig forsvarlighet, kunnskapsbasert praksis, tjenestemottakerens individuelle behov, økonomiske rammebetingelser og politiske lokale, nasjonale og internasjonale føringer. Ved å rette fokus mot unge tjenestemottakere, gruppen av brukere som enda ikke har utviklet langvarig alvorlig problematikk, vil man muligens kunne imøtekomme de ulike forventningene på en bedre måte. Utvidet kunnskap om disse brukernes egne opplevelser og behov, ved å få innsikt i hva de trenger, vil forhåpentligvis kunne fremme sosial

bærekraft, brukermedvirkning, helse, forebygge sykdom og forhindre at de unge tjenestemottakerne får langvarige sammensatte helseplager og havner utenfor arbeidslivet og samfunnet for øvrig.

## 1.2 Formål med studien

I denne oppgaven er formålet å belyse hvilke behov unge tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten beskriver at de har, og hvilke erfaringer de har med tjenestene de mottar. Kunnskapen kan være nyttig for hvordan hjelpeapparatet kan tilrettelegge for god psykisk og somatisk helse for unge voksne mennesker i tråd med de nasjonale og internasjonale forventningene og føringene som er presentert innledningsvis. Målet er å tilføre kunnskap som kan bidra til en videreutvikling i tjenestene. Økt innsikt i unge voksnes opplevelser, behov og erfaringer vil også kunne fremme brukerperspektivet på ulike nivåer, samt å videreformidle dette perspektivet slik at tjenestene får mulighet til å øke brukermedvirkningen på ulike nivåer og treffer de unges behov bedre.

## 1.3 Problemstilling

På bakgrunn av forventningene om tjenestetilbud som imøtekommer utfordringsbildet skissert innledningsvis, og behovet for økt kunnskap om brukerperspektivet, er det interessant å innhente kvalitative data om hvilke behov unge tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten har, hvordan de opplever sin livssituasjon, og hvilke erfaringer de har med hjelpen de mottar. Jeg har derfor kommet frem til følgende problemstilling:

**«Hvordan opplever unge voksne tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene»?**

I denne oppgaven er utvalgsavgrensningen unge voksne mellom 20 og 30 år som kan defineres inn i forløp 2 i «sammen om mestring» «kortvarige alvorlige problemer/lidelser eller langvarige mildere problemer/lidelser» (Helsedirektoratet, 2014, s. 52). De er inne i tjenestene og har mottatt psykisk helsetjeneste individuelt som vedtak, i minimum 1 år. De har vært i systemet en stund og står i fare for å fortsette å være i systemet en stund fremover også. De har sammensatte utfordringer og behov. Opplevelser er avgrenset til deres

opplevelse av helse og livskvalitet, det å være i den aktuelle aldersgruppen, og de erfaringene de har med å ha behov for hjelp til sine psykiske helseutfordringer. Tjenestene er primært psykisk helsetjeneste, men også andre aktuelle tjenester som informantene har delt sine erfaringer og opplevelser rundt under intervjuene vil bli tatt med der det ansees som relevant. Problemstillingen består av 2 hovedkomponenter; 1 - de unge voksnes opplevelser, og 2 - deres erfaringer med tjenestene. Derfor vil oppgaven i data og resultatkapittelet organiseres som delproblemstilling 1 og 2 mens den i diskusjonskapittelet samles igjen.

## 1.4 Begrepsavklaring

### 1.4.1 Unge voksne

Ung.no definerer unge voksne om personer som er fra 18 oppimot 30 år. Videre at begrepet særlig er brukt om unge mennesker i etableringsfasen (Ung.no, 2010). Unge brukere i denne oppgaven vil være 20-30 år. De vil tilhøre forløp 2 i «sammen om mestring» som innebærer forløp 2: kortvarige alvorlige problemer/lidelser, eller langvarige mildere problemer/lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 12). I denne oppgaven vil de unge voksne omtales som brukere, tjenestemottakere, de unge, unge voksne og informantene.

### 1.4.2 Kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer/lidelser

I litteraturen, forskning og kunnskapsoppsummeringer, retningslinjer og veiledere finnes det mange ulike betegnelser på psykisk helseproblematikk. Uttrykk som blir benyttet er blant annet psykiske helseproblemer, psykiske lidelser, psykiske helseplager, psykiske forstyrrelser, psykiske vanskeligheter og psykisk uhelse. Det skilles mellom psykiske plager og psykiske lidelser og «sammen om mestring» benytter begrepene milde, kortvarige, langvarige og alvorlige for å nyansere problematikk, varighet og alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2021, kapittel 2). Psykiske plager er ifølge folkehelseinstituttet beskrevet som symptomer som kan gi store vansker, men ikke nødvendigvis i en slik grad og utstrekning at det beskrives som en diagnose. Betydelige helseplager kan oppleves av mange i kortere eller lengre perioder uten at det kvalifiserer til en psykisk lidelse som diagnostiseres. Når symptombelastningen blir av en slik karakter, og så stor at det kan stilles en diagnose benyttes betegnelsen psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2021, kapittel 2). Hvilke begreper som benyttes til å beskrive psykiske

helseplager varierer og forstås ulikt, og det rapporteres fra flere kanter at det er behov for klarheter i hva som ligger i uttrykkene milde og alvorlige helseproblemer (KS.no i Helsedirektoratet, 2021, kapittel 2). I denne oppgaven tilhører utvalget forløp 2 som spenner fra kortvarig alvorlig til langvarig milde problemer/lidelser. En variasjon av uttrykkene som er beskrevet i dette underkapittelet vil derfor benyttes. Oppgaven er avgrenset til de i forløp 2 med en problematikk som har vart i minimum 1 år og som har psykisk helseproblematikk/lidelser.

### 1.4.3 Helse og psykisk helse

I denne oppgaven er det WHO sin definisjon av helse og psykisk helse som legges til grunn:

WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (WHO, 1946). Nærmere definert er psykisk helse «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker». WHO's definisjon er en positiv helsedefinisjon som tar utgangspunkt i hva helse er eller bør være. I Ottawa-charteret vektlegges det at for å oppnå en slik tilstand av velvære må individet eller gruppen være i stand til å realisere sine drømmer, tilfredsstille behov og håndtere endringer i omgivelsene (WHO, 1986) (Regjeringen.no, 2021, s. 11).

### 1.4.4 Livskvalitet

Livskvalitet kan deles inn i subjektiv og objektiv livskvalitet der den subjektive livskvaliteten dreier seg om enkeltindividets opplevelser av eget liv Bang Nes skriver:

Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering -som vitalitet, interesse, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har – som objektiv helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler (Bang Nes, 2016).



Den fysiske og psykiske helsen påvirkes positivt dersom man har høy livskvalitet. Forhold som hever livskvaliteten, ser også ut til å fungere som beskyttelsesfaktorer mot psykisk uhelse. Også hjerte, kar og immunforsvar ser ut til å ha positive effekter av god livskvalitet. Positive innvirkninger på blant annet opplevelsen av mestring, sosiale relasjoner, stress og helseadferd er trolig noen av årsakene til dette. Det er fremdeles mye man ikke vet om sammenhengene mellom helse og livskvalitet da forskningsfeltet er forholdsvis nytt. Elementer som påvirker livskvaliteten er: «[...]gener og personlighet, mestringsressurser, sosial støtte, positive og negative livshendelser, tilknytningsforhold, kultur og objektive faktorer som samfunnsforhold og økonomi» (Bang Nes, 2016). Videre skriver Bang Nes om hvordan man kan fasilitere god livskvalitet og helse, både i og utenfor helsetjenestene, og at systematiske tiltak ser ut til å ha bedre effekt enn tiltak direkte rettet om psykiske lidelser:

[...] positive faktorer som opplevelse av glede, sosial deltakelse, mestring, autonomi og mening, kan være viktige mål i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet må åpenbart foregå på mange arenaer både innenfor og utenfor helsetjenestene. Mye tyder også på at systematiske styrkende tiltak kan forebygge psykisk uførhet mer enn tiltak som bare retter seg direkte mot psykiske lidelser» (Bang Nes, 2016).

#### 1.4.5 Bærekraftige tjenester

Brundtland (red.) (1987) i Helsedirektoratet (2018) betegner bærekraftige tjenester som «[...]en samfunnsutvikling som kan vedvare over tid uten å forringe nåværende eller kommende generasjoners muligheter» (Helsedirektoratet, 2018, s. 13).

I denne oppgaven vil bærekraft primært avgrenses til å dreie seg om sosial bærekraft. Helsedirektoratet skriver at den sosiale delen av bærekraftig utvikling har fått minst oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2018, s. 13).

FHI beskriver sosialt bærekraftige samfunn som «[...]samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø.» (Fhi.no, 2020)

#### 1.4.6 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid kan ifølge Bøe og Thomassen sees på som en samlebetegnelse som har etablert seg for å dekke bredden av tilnærminger hvis mål er å gi mennesker bedre psykisk

helse. Hovedsakelig brukes psykisk helsearbeid som et samlebegrep på alle tjenester og tilbud rettet mot mennesker med psykiske helseplager. Begrepet kan også forstås som en ny innfallsvinkel og et supplement til psykoterapi og psykiatri. Psykisk helsearbeid som fag har en intensjon om å tilføre noe annet enn psykoterapi og psykiatri i måten mennesker blir hjulpet på. Bøe og Thomassen hevder at psykisk helsearbeid både er fag, praksis, forskning og utdanning (Bøe & Thomassen, 2017, s. 24–25). Med en «visjon om å utvikle et nytt innhold og ny retning» (Andersen og Karlson, 2011 i Bøe & Thomassen, 2017, s. 24–25). På bakgrunn av Anderson et al sin definisjon i 2008 fra tidsskrift for psykisk helsearbeid trekker Bøe og Thomassen ut «nøkkelingrediensene»:

«- Helsefremmende arbeid,

- Endre samfunnsforhold som skaper psykisk uhelse,
- Motvirke stigmatisering og utstøting
- Styrke egenverd og livskraft hos dem det gjelder
- Bistå til utvikling av opplevelsen av sammenheng og mestring av hverdagen
- Skape inkluderende lokalmiljø» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 25).

Videre skriver Bøe og Thomassen at «Psykisk helsearbeid står kanskje frem mer som et sosialt, eksistensielt, kulturelt og politisk prosjekt og i mindre grad som et medisinsk eller psykologisk prosjekt.» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 25). Nøkkelingrediensene ligger til grunn for oppgavens tilnærming til feltet, og forståelsen av hvordan enkeltindividet bør imøtekommes i helsetjenestene.

## 1.5 Relevans for psykisk helsearbeid

Det ansees som relevant å plassere denne oppgaven innenfor den delen av psykisk helsefelt som omhandler recoveryorienterte tilnærminger og brukerperspektivet, med fokus på en salutogen tenkning rundt psykisk helse. En dypere innsikt i brukerens egne opplevelser og erfaringer vil kunne fremme en mer aktiv brukermedvirkning i utviklingen av psykiske helsetjenester. Brukernes egne opplevelser kan ha betydning for hvordan vi kan utvikle kunnskap om hva som

oppleves som gode helsetjenester innenfor psykisk helsefelt ut fra et førstehåndsperspektiv. Dette er i tråd med de anbefalingene som ligger til grunn i «sammen om mestring». Brukermedvirkning er også en av de tre grunnpilarene i kunnskapsbasert praksis som sammen med forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap har som intensjon å bedre kvaliteten på tjenestene. (Helsebiblioteket.no, u.å.)

## 1.6 Forforståelse

Jeg er selv ansatt i avdelingen som studien er gjennomført i, og ønsker å se på tjenestetilbudet ut ifra brukerperspektivet for å få innsikt i hvordan tjenestetilbudene de mottar fungerer sett ifra brukerens ståsted. Mine sentrale forståelsesrammer av psykisk helse strekker seg i flere retninger. Jeg har jobbet innenfor spesialisthelsetjenesten, somatiske sykehusavdelinger, psykoseavdelinger, LAR-poliklinikk. Jeg har også jobbet i kommunehelsetjenesten både som ruskonsulent, i ambulerende tjenester og som samtaleterapeut individuelt og i grupper, med både rus og psykisk helse. På bakgrunn av dette, legger jeg som kliniker til grunn at en persons psykiske helse består av mange komponenter. Den er kompleks, sammensatt og avhenger av både biologiske, psykologiske, kulturelle og sosiale faktorer. For å imøtekomme kompleksiteten fordres det en helhetlig tankegang rundt hva som kan være årsaken til at en person har helseutfordringer, og slik jeg ser det er ikke en forklaringsmodell alene tilstrekkelig for å imøtekomme de utfordringene som kommer til syne når en person opplever psykisk uhelse. Med en tilnærming der man ser på helheten og ikke delene legger ikke diagnosen føringer for hvordan en person med psykisk uhelse skal få hjelp, snarere hvilke symptomer og utfordringer som kommer til syne, uavhengig av diagnose. Min forforståelse derfor bygget på kunnskap fra ulike forståelsesmodeller innenfor tradisjonell medisin og mer kontekstuelle forståelsesmodeller. Oppgaven vil derfor ta inn ulike perspektiver for å kunne få frem nyansene, motsetningene og fellestrekkene psykisk helsefelt slik jeg ser det fargelegges av. Oppgaven vil bære preg av at jeg er opptatt av å møte mennesker med et helhetlig utgangspunkt, der psyke og soma må imøtekommes på en integrert måte. Som yrkesutøver er jeg opptatt av å legge til rette for å fremme brukerens kunnskap, mestring, forebygge sykdom, lette symptomer, bedre helse og livskvalitet.

## 1.7 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen startet våren 2021 og har pågått frem til innlevering i mai 2022. Gjennomgang og søk har foregått i etapper, først ved utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen, deretter med jevne mellomrom underveis. Metodene som er benyttet er både «snøballmetoden» og dybdesøk. I forbindelse med utarbeidelsen av prosjektskissen ble primært helsebiblioteket, oria og google scholar benyttet. Søkeord som ble benyttet var sosial bærekraft, BrukerPlan, unge voksne, helse og livskvalitet, brukermedvirkning, psykisk helse, m.m. Disse søkeordene har også blitt med videre frem til innlevering av oppgaven. Det var en periode mens datainnsamlingen pågikk der det var et bevisst valg å kun sette søkelys på analyseteori og vitenskapsteori og forstå fra søk, for å bevare det induktive premisset. Etter at analyseresultatene forelå ble det naturlig å gjennomføre fordypning i litteraturen som kunne belyse resultatene i undersøkelsen som ble gjennomført fra ulike perspektiver. Funn i datamaterialet tilførte søkeordene utenforskap, citizenship og medborgerskap, recovery og salutogenese. Både fagbøker, nettbaserte artikler, kunnskapsoppsummeringer, rapporter, veiledere og retningslinjer er benyttet. I tillegg er det gjennomført litteratursøk i databaser.

### 1.7.1 Litteratursøk

Det ble gjennomført søk i databasene Cinahl, PsycInfo og Academic search 25.03.22. Det ble utarbeidet en søkestrategi basert på problemstillingen. Emneord som ble benyttet i Cinahl og Academic search var community mental health care and young adults and mental illness det ga 210 treff i Cinahl. Emneord som ble benyttet i psychinfo/ovid var: Community mental health services and young adults ga 43 treff i psych info/ovid. Det ble avgrenset til å gjelde for 2011-2022 i alle databasene.

## 2. Forskning og teori

På bakgrunn av oppgavens problemstilling og resultatene i undersøkelsen vil dette kapittelet handle om unge voksne med psykiske helseplager, utenforskap, helse og livskvalitet. Salutogenese, recovery og medborgerskap vil være perspektivene som trekkes inn. Til slutt i kapittelet vil den medisinske og den kontekstuelle modellen presenteres. Det foreligger ikke mye forskning på unge imellom 20 og 30 år med psykiske helseplager spesielt, og det er lite kunnskap om tjenester rettet mot mennesker i denne aldersgruppen med sammensatte utfordringer og behov i kommunesammenheng (Andersen & Ness, 2015, s. 111). Det vil derfor være naturlig å trekke inn kunnskap om tilstøtende tematikk, slik som ungdomsforskning, livskvalitets forskning, og arbeidsrettet forskning som tar for seg faktorer som kan sees i sammenheng med psykiske helseplager.

### 2.1 Unge voksne tjenestemottakere

Unge voksne med psykiske helseplager som har vært i systemet en stund, står i fare for å fortsette å være i systemet fremover også (Haugli Bråten & Sten-Gamberg, 2022, s. 14). 20-30 årsalderen er en overgangsfase i livet som for de fleste er forbundet med å etablere seg, fullføre studier, og å få seg jobb og muligens en partner. Fasen inneholder forventninger til seg selv og forventninger fra samfunnet om å bli selvstendige og bidra til samfunnet.

Flere og flere unge voksne oppgir at de føler på stress og press og gir uttrykk for redusert livskvalitet. Hellevik og Hellevik oppsummerer i sin artikkel basert på analysefunn på utvalgte variabler fra Norsk Monitor at unge mellom 15 og 39 har hatt en reduksjon i sin opplevelse av livskvalitet fra 2009 til 2019. Det ser ut til at dette henger sammen med egen økonomiske situasjon og fremtidige jobbmuligheter og en generell frykt for fremtidige hendelser. Også lav tilfredshet med egen fysisk form, kropp, helse og sosiale relasjoner er forhold som spiller inn på opplevelsen av livskvalitet (Hellevik & Hellevik, 2021). Fra et utviklingspsykologisk perspektiv beskriver Erik Homburger Erikson overgangsfasen for «tidlig voksen alder», og som i alle hans 8 faser går individet igjennom en «eksistenskrise», der utfallet kan bli «intimitet eller fortrolighet kontra isolasjon» (Jerlang, 2000, s. 104). Målet for alderen er å «elske og arbeide». Dersom den enkelte lykkes i å få seg jobb og tør å engasjere seg på det intime planet ved å få seg en partner og å involvere seg i andre, vil mennesket oppnå en «basal identitetsfølelse av

kjærlighet og vekst» (Jerlang, 2000, s. 104). I motsatt fall, i tilfeller der individet ikke innfrir kravene til å involvere seg i andre, og mestrer en jobb, vil følelser som isolasjon, ensomhet, fremmedhet og tilbaketrekking kunne være utfallet (Jerlang, 2000, s. 104). Andre forhold som trekkes inn som potensielt negativt for utviklingen i denne alderen er pubertetstidens forlengelse over i ung voksen alder, på grunn av lengre utdanningsløp og økt arbeidsledighet, noe som kan føre til færre muligheter til å involvere seg i meningsfulle aktiviteter (Jerlang, 2000, s. 104). Dersom opplevelsen av mestring i overgangen fra ungdom til ung voksen uteblir, kan dette føre til psykiske helseplager, og en fare for å havne på utsiden av samfunnet. Psykiske helseutfordringer er forbundet med å falle ut av skole og jobb, særlig for mennesker i aldersgruppen 20-30 år (Strand & Svalund, 2021, s. 40–41).

### 2.1.1 Utenforskap

Med utenforskap menes «manglende sosial tilknytning til samfunnet,» i denne sammenheng mennesker som står utenfor samfunnet fordi de ikke deltar i arbeidsliv eller utdanning eller som generelt mangler tilknytning til samfunnet (Tjora, 2021b). Det er funnet flere sammenhenger av utenforskap i Norge der psykiske helseplager ansees som en av komponentene, deriblant jobb og utdanning. Uttrykket «not employed, in education or training" NEET blir benyttet i forbindelse med utenforskap. I Norge viser undersøkelser at i motsetning til andre Europeiske land er Norske NEETs mer sårbare enn sine jevnaldrende, da en høyere andel mottar helserelaterte ytelser, har dårligere psykisk helse, samt lavere utdanning (Fyhn et al., 2021, s. 4). Strand og Svalund viser i sin rapport om bruk av arbeidsavklaringspenger og kvalifiseringsprogram blant unge, ulike kjennetegn ved gruppene som mottar AAP og KVP. De peker på en studie av Strand et.al av unge mennesker under 30, der det kommer frem at hovedgruppen som mottar AAP er mellom 24-29 år. Av disse har 52-60% ikke fullført videregående skole, og 66% av de som mottar AAP er også registrert med en psykisk diagnose. Videre fant studien at lav selvtillit, manglende motivasjon for arbeid og forhold som skolegang, vanskeligheter i oppvekst og familiesituasjon var utfordringer som ble rapportert av de unge selv (Strand & Svalund, 2021, s. 40). I tillegg viser Strand og Svalund sin rapport at veiledere i NAV beskriver at flere unge på AAP har manglende mestringsopplevelser i skolesammenheng, og elementer som mobbing og sosial eksklusjon trekkes frem. Gruppen med AAP har både avklarte, men også diffuse helseplager, gruppen er sammensatt og mange har ikke fått utredet sine helseplager når de kommer til NAV. Veilederne trekker også frem at noen

av de med AAP har sosiale vansker som dårlige boforhold, ustabil oppvekstsituasjon, og langvarig erfaring med det offentlige hjelpeapparatet allerede. Generelt er et kjennetegn i gruppen som mottar AAP at de har liten opplevelse av mestring og håp om jobb (Strand & Svalund, 2021, s. 40–41). Det foreligger mindre informasjon om kjennetegn i gruppen som mottar KVP, ifølge Strand og Svalund. De trekker frem at veiledere i NAV med unge brukere av KVP, informerer om at brukere har redusert arbeidsevne og dokumenterte medisinske diagnoser som ikke kvalifiserer for AAP. Det mest fremtredende for de unge deltakerne i KVP-gruppen er uavklarte helseutfordringer, særlig de psykiske (Strand & Svalund, 2021, s. 41).

For Norge er det kostnadmessig et stort problem at unge voksne med psykiske lidelser havner på utsiden av jobb og skole: «Psykiske lidelser i Norge utgjør mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig i tapt arbeidsfortjeneste, sykepenges og andre trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader, og psykiske lidelser blant ungdom og unge voksne er et økende problem» (Vanvik Hansen et al., 2016, s. 5). Gruppen av NEET under 30 består ikke bare av de som er mottakere av AAP og KVP. Det er også flere i denne aldersgruppen som uføretrygdes på grunn av psykiske helseutfordringer. Andelen unge under 30 som får uføretrygd og blir varig utenfor arbeid, har fordoblet seg siden 2006 (Bragstad, 2018, s. 69). Det viser seg i studien «unge uføre og veien til uføretrygd» at økningen i nye uføre etter fylte 20 år primært skyldes psykiske lidelser som angst og depresjon, samt adferds lidelser som ADHD (Haugli Bråten & Sten-Gamberg, 2022, s. 2). Av gruppen som uføretrygdes med en eller flere psykiske diagnoser viser studien at 92% av de som uføretrygdes i en alder av 24 år hadde blitt diagnostisert minst 1 gang de siste 10 årene. De har i langt større grad enn sine jevnaldrende i alderen 15-24 år hatt psykiske diagnoser i hele 10-års perioden før de får innvilget uføretrygd. Av de som får innvilget ufør i en alder av 29 år har 20% hatt en diagnose definert som psykisk lidelse fra de fylte 20 år, som de har fått i spesialisthelsetjenesten. Andelen diagnostiserte i spesialisthelsetjenesten øker til 60% det året de fyller 28 år. De siste 10 årene før de blir uføretrygdet har gruppen i 20 årene hatt økende kontakt med helsetjenesten (Haugli Bråten & Sten-Gamberg, 2022, s.13–14).

## 2.2 Føringer for lokalt psykisk helse og rusarbeid

Sammen om mestring beskriver viktige faktorer som bør legges til grunn for lokalt psykisk helse og rusarbeid. Veilederen trekker frem at problematikken må imøtekommes med et

helhetlig utgangspunkt der utførelsen av tjenestene bør avspeile recoveryorientering og empowerment, og at somatisk og psykiske helse bør behandles under ett (Helsedirektoratet, 2014, s. 34). Betydningen av gode levekår og helsefremmende tjenester for å redusere risikofaktorer og fremme beskyttende faktorer trekkes også frem som forebyggende for utvikling av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 38). Det å ha tilgang på tjenester og tilbud som er lett tilgjengelig, der man får rask hjelp er forbundet med større sannsynlighet for kortvarig problematikk. Tidlige intervensjoner er forbundet med kortere forløp og hurtigere gjenvinning av helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 48). Veilederen trekker frem at det vil være overlapp og glidende overganger mellom forløp 1,2 og 3, og at det må gjøres kontinuerlige vurderinger som tilrettelegger for at alle får individuelt tilpassede tilbud for sine utfordringer, som ofte kan være i endring. «Lett tilgjengelige, fleksible, individuelle tilpassede tjenester er hovedprinsippet for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte oppunder brukerens egen bedringsprosess» (Helsedirektoratet, 2014, s. 48). Beskrivelsen av hvordan tjenestene kan tilrettelegges for det enkelte forløp er delt inn i mål, tiltak og tilnæringsmetoder og videre delt inn i kategoriene «forebygging», «kartlegging og utredning» og «behandling og oppfølging» (Helsedirektoratet, 2014, s. 48). «Sammen om mestring» beskriver at for brukere med «etablerte problemer» vil forebygging særlig rette seg mot å redusere omfanget og konsekvensene av utfordringene den enkelte har på grunn av sine psykiske helseplager. Tiltak som setter søkelys på symptomlette og tilbakefallsforebygging, og som forhindrer utvikling av komplikasjoner, kan forkorte forløpet og redusere tilbakefall. «God behandling kan lindre plagsomme symptomer som angst, depresjon, labilitet, og ha stor betydning for funksjonsevne, livskvalitet og forholdet til nærstående» (Helsedirektoratet, 2014, s. 52). For forebygging av langvarige problemer, slik som fare for å falle ut av jobb og medfølgende dårlig økonomi, tap av bolig, utfordringer i det sosiale nettverket, isolasjon og ensomhet, anbefales det samhandling mellom de involverte instanser (Helsedirektoratet, 2014, s. 52–53).

Kartlegging og utredning beskrives som et felles ansvar for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, gjerne i samarbeid. Det pekes også på at denne kartleggingen bør gjennomføres raskt for å danne grunnlag for hvilke tiltak som bør iverksettes (Helsedirektoratet, 2014, s. 52). Behandlingen som anbefales er problemmestringsstrategier og samtalerapi, der metodene motiverende intervju og kognitiv adferdsterapi er blant forslagene. Videre peker veilederen på at metodene som velges nødvendigvis ikke er like viktig som relasjonen mellom



behandler og tjenestemottaker for utfallet av den psykologiske behandlingen (Helsedirektoratet, 2014, s. 53). Når det kommer til oppfølging og koordinering og ansvaret for å forhindre at problemene den enkelte har utvikler seg, skriver veilederen følgende:

Oppfølging og koordinering av tjenester kan forankres i psykisk helse og rustjenestene som kan motivere brukerne til å delta i helsefremmende aktiviteter som i fysisk aktivitet eller sosiale tiltak. Psykisk helse-, rus- og velferdstjenestene har et særlig ansvar for å hindre at problemene medfører alvorlige psykososiale konsekvenser. NAV-kontoret har en viktig oppgave i å bistå brukere med arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Tjenesteutøvere inne psykisk helse og rustjenester eller NAV-kontoret kan være koordinator og motivere brukerne til å benytte individuell plan (Helsedirektoratet, 2014, s. 54).

## 2.3 Forskning på kommunale tjenestetilbud

Det kan se ut som at få studier er gjort spesifikt på unge voksne med forløp 2, milde til moderate helseplager, og deres bruk av psykisk helsetjenester i kommunehelsetjenesten i Norge. Noe av forskningen som trekkes inn i teori kapittelet er derfor hentet fra utvalg med samtidige lidelser, der det finnes mer forskningslitteratur.

Forskningen som er gjort på tjenestene retter seg primært mot lettere psykiske lidelser eller ROP-lidelser, og viser ulike utfordringer knyttet til gruppene. For lettere psykiske lidelser er fokuset stort sett folkehelse og livsmestring knyttet til styrkeperspektivet og recovery-tankegangen (Healy, 2014 i Øydgard et al., 2020, s. 114), der mestring, egne ressurser og aktivitet fremstår som sentrale områder (Nordaunet, 2019 i Øydgard et al., 2020, s. 114). I en kvalitativ undersøkelse av to kommuner som trekkes frem av Øydgard, uttrykker en av kommunene bekymring for hvordan de skal imøtekomme ungdommens økte behov og at situasjonen er i ferd med å forverre seg. «Vi greier ikke helt å få tak i hva det er som foregår, og hvorfor vi får så utrolig mange psykisk syke» (Øydgard et al., 2020, s. 116). Ansatte i begge kommunene gir uttrykk for en opplevelse av at det i hverdagen er krevende å prioritere arbeidsoppgaver og at det blir en dragkamp mellom gruppene de følger opp, der tidspress gjør at de må prioritere de med mest alvorlig problematikk. Brukere som kunne blitt hjulpet til økt selvstendighet og mestring blir værende i tjenesten i lengre tid, fordi de med mer alvorlig

problematikk blir prioritert. Dette er med på å opprettholde kapasitetsutfordringene. For gruppen med mindre alvorlige helseplager er det manglende rutiner og uklarheter i hvordan de skal håndteres: «Tjenesteytere forteller at både mangel på rutiner og tid til dokumentasjon og systematikk gjør at det blir lite planmessighet i arbeidet med brukere med lettere psykiske lidelser» (Øydgard et al., 2020, s. 120).

En annen norsk nasjonal tverrsnittstudie undersøker sammenhengen mellom livskvalitet og tjenestetilfredshet hos to grupper med pasienter på distriktpspsykiatrisk nivå. Alvorlige og ikke alvorlige psykiske lidelser ble sammenliknet i undersøkelsen. 76.3% av de som deltok (637 personer) tilhørte gruppen ikke alvorlige psykiske lidelser og var under 40 år.(Ådnanes et al., 2019, s. 717). I denne undersøkelsen oppga mennesker med ikke alvorlig psykiske lidelser lavere livskvalitet enn de med alvorlig psykiske lidelser. Studien konkluderer med at det er stor forskjell mellom gruppene når det kommer til tilfredshet med tjenestene de mottar som ser ut til å henge sammen med udekkede behov for behandling og aktivitet. I tillegg oppgir gruppen med ikke alvorlige psykiske lidelser en positiv sammenheng mellom terapeutisk relasjon og opplevd livskvalitet som ikke ble funnet i gruppen hos alvorlig psykisk syke. Studien påpeker også at for begge gruppene er det en positiv sammenheng mellom kontinuitet i tjenestetilbudet og livskvalitet. Sosiale faktorer spiller også en positiv rolle i forhold til livskvaliteten og studien peker på viktigheten av å rette fokus på enkle hverdags aktiviteter som å styrke sosial støtte og mer målrettet bruk av familie og venner og forhold som påvirker tjenestemottakernes sosiale liv (Ådnanes et al., 2019, s. 721).

Også internasjonalt kan det se ut som om det mangler studier direkte på unge voksne med psykiske helseplager og deres tilknytning til kommunehelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. Dataene Babajide et al de har undersøkt i sin oversiktsstudie peker mot at behandlingen rettet mot denne gruppen er mangelfull og at de studiene som er gjort i USA ofte inkluderer andre aldersgrupper. De trekker også frem at unge voksne er i en spesielt sårbar fase og at forekomsten av psykiske helseplager og lidelser samtidig er høyere sammenliknet med andre aldersgrupper. Allikevel ser det i USA ut til at det er færre i denne aldersgruppen som oppsøker hjelp for sine psykiske helseplager enn i andre aldersgrupper. I artikkelen påpekes det at det er flere årsaker til dette, både på individ og systemnivå. En av faktorene som trekkes frem er at tjenestene ikke er godt nok tilpasset aldersgruppen, en annen faktor er at det kan virke som at overgangen fra ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri i hjelpeapparatet ikke

henger godt nok sammen og at unge som strever derfor faller ut av behandling. Stigma rundt psykiske lidelser blant unge ser også ut til å være en faktor som gjør at de unge ikke oppsøker hjelp selv om de kunne være i behov av det. Helseutfordringene og barrierene trekkes frem som et hinder for å oppnå viktige milepæler i livet og viktigheten av å tilpasse tjenestene til aldersgruppen for å minske barrierene trekkes frem som vesentlig. De anbefaler derfor å utvikle integrerte tjenester i primærhelsetjenesten som er spesielt tilpasset aldersgruppen (Babajide et al., 2020).

## 2.4 Den medisinske og den kontekstuelle modellen

Det er multifaktorielle grunner til at mennesker utvikler psykiske helseproblemer og lidelser. Det kan komme av både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker. (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). Ontologisk og epistemologisk kan psykiske helseplager som fenomen forstås og forklares på ulike måter. Forståelsen danner utgangspunktet for hvordan helseplagene imøtekommes. Forenklet hevder Bøe og Thomassen at det finnes to metamodeller innen forståelsen av psykiske lidelser og trekker frem «den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70). Den medisinske modellen blir også omtalt som sykdomsmodellen og strekker seg forbi biokjemiske tilnærminger og medisinsk behandling og involverer alle tilnærminger som forutsetter at «..behandling først gjennom diagnose identifiserer en avgrensbar lidelse/sykdom/forstyrrelse og at man deretter «..finner en teknikk som skal være virksom for akkurat denne lidelsen/sykdommen/forstyrrelsen.» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70). Fra et medisinsk perspektiv forstås og klassifiseres psykiske lidelser i Norge ved å benytte diagnosesystemet IDC-10. (legeforeningen.no, u.å.). Systemet bidrar til å klassifisere sykdommer og beslektede helsetilstander, og fungerer som et verktøy for å føre statistikk over sykdommer og for koding av dødsårsaker. ICD-10 er også utgangspunkt for hvordan spesialisthelsetjenesten i Norge melder inn diagnoser og kontaktårsaker i Norske pasientregistre. Alle land som er medlem av WHO skal benytte systemet og kodeverket er organisert og eies av WHO. ICD danner et felles utgangspunkt for å samle helsedata på tvers av landegrensener (Direktoratet for e-helse.no, u.å.).

Den «kontekstuelle modellen» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70) bygger på at psykiske lidelser ikke kan forstås uavhengig av personen det gjelder. At personlighet, livssituasjon, de sosiale relasjonene og omgivelsene spiller en rolle, og at diagnoser i seg selv bør sees på med skepsis

da de kan tas ut av konteksten de oppstår i, og utvikler seg i slik at sammenhengene ikke blir synlige (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71). Ved en kontekstuell tilnærming vil kunnskap om sykdom, diagnoser, metoder og teknikker være av underordnet verdi fordi «innenfrakunnskapen» står i sentrum. Med «innenfrakunnskapen» menes brukeren egen kunnskap. Kunnskapen brukeren bærer med seg, virkelighetsforståelsen, livssituasjonen, opplevelsene, erfaringene og nettverket. I den kontekstuelle modellen er det først i møte med brukeren kunnskap at fagpersonens kompetanse får betydning og først i lys av erfaringskunnskapen kan endringsarbeidet komme i gang. På denne måten blir kunnskap som skal danne grunnlaget for bedring alltid individuell, situasjonsbetinget og personlig. Fagperspektivet skaper muligheter, men er ikke premisset for arbeidet. (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71–72). På bakgrunn av den kontekstuelle modellen, som også blir kalt lokalbasert psykisk helsearbeid, trekker Bøe og Thomassen inn noen grunnelementer til hva psykisk helsearbeid bør inneholde:

«- Erfaringskunnskapen

- Den personlige relasjonen som oppstår mellom hjelper og bruker
- Den kilden til etisk engasjement og moralsk handling som ligger i det konkrete møtet med den andre
- Den enkeltes omgivelser, nettverk, familie og lokalsamfunn»(Bøe & Thomassen, 2017, s. 72).

## 2.5 Helse og livskvalitet i lys av salutogenese

Som beskrevet tidligere er helse og livskvalitet er begreper som er tett knyttet til hverandre (Bang Nes, 2016). Den salutogene modellen og boken «health stress and coping» av Aaron Antonovsky, var den første som systematisk undersøkte fenomenet helse som et kontinuum mellom helse og uhelse (Antonovsky:79 i Antonovsky:87 i Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 7). Antonovsky ser på helse som et fenomen som igjennom livet er i bevegelse fra uhelse på den ene siden til helse på den andre siden. I motsetning til patogenesen som ser på mennesker som friske eller syke, der psykisk uhelse sees på som sykdom som skal repareres, beskriver Antonovsky helse som et fenomen som alltid er i bevegelse mellom helse og uhelse, der stress ikke nødvendigvis innebærer noe negativt som skal fjernes, men noe som ved opplevelse av håndterbarhet kan føre til mestring (Antonovsky, 2012, s. 36). Antonovsky forklarer at salutogenesens kjerne er antakelsen om at «den menneskelige organismen er i heterostatisk

ubalanse.» Vi utsettes alle for ulike stressfaktorer fra både innsiden og utsiden, både av akutt og kronisk karakter. Uansett om stressfaktorene er ufrivillige eller selvvalgte er tilværelsen full av stimuli som vi må håndtere uten «automatisk adekvat respons». Beskjeden til hjernen er klar, du har et problem, problemet har to sider; et problem du må løse og en følelse som må reguleres. Hjernen forstår at det har oppstått et «udekket behov» og at man for å dekke dette behovet må foreta seg noe, for å kunne nå målet. Med andre ord er en handling påkrevd uansett hvilken stressfaktor det dreier seg om (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 141-142). Antonovsky ønsket at den salutogene tilnærmingen skal være et supplement til den patogene tilnærmingen og anerkjenner viktigheten av å fortsette «..arbeidet med å forske på, forebygge og behandle kreft, å vurdere sykdomsfremkallende konsekvenser av stressfaktorer og fortsette å lete etter trylleformler.» (Antonovsky, 2012, s. 36). Han hevder at «En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme teori om mestring» (Antonovsky, 2012, s. 36–37).

### 2.5.1 Opplevelsen av sammenheng og generelle motstandsressurser

Opplevelsen av sammenheng (OAS) er sterkt knyttet til utvikling av god helse og begrepene «begripelighet», «håndterbarhet» og «meningsfullhet» (Antonovsky, 2012, s. 39). OAS defineres slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man gjennomgående har en varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene disse stimulene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2012, s. 41).

OAS utvikler seg fra spedbarnsalder og igjennom ungdomstiden der den kan bli styrket eller svekket helt frem til man er kommet inn i voksen alder, der den etter etablering forblir mer eller mindre permanent. Dersom individet igjennom de ulike fasene i livet har utviklet gode erfaringer med begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet og det har vært balanse mellom over og underbelastning i møte med spenning og stress, vil individet ha et godt utgangspunkt for opplevelsen av sammenheng når det i ung voksen alder begynner å etablere seg. På dette tidspunktet vil opplevelsene man har fra tidlig barndom og ungdomstid forsterkes eller svekkes, og påvirke om OAS er sterk eller svak, og videre påvirke personens kontinuum mellom helse

og uhelse (Antonovsky, 2012, s. 103–120). I tillegg til at OAS og begrepene begripelighet, meningfullhet og håndterbarhet er sterkt knyttet til hverandre, forklarer Antonovsky at de tre begrepene også i all hovedsak opptrer sammen, og beskriver begrepene som: «fenomener som skaper komplekser av livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning» (Antonovsky 1979 s.187 i Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 42).

De generelle motstandsressursene er nært forbundet med begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet (Antonovsky, 2012, s. 42). De er en forutsetning for utviklingen av OAS (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 30). Antonovsky beskriver generelle motstandsressurser som hensiktsmessige måter å håndtere ulike stressfaktorer eller ytre spenninger på (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 50). De generelle motstandsressurser er ifølge Antonovsky selve livsopplevelsene: «[...] livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning. På den måten skaper eller styrker de en sterk OAS. Dette gjelder også stressfaktorer» (Antonovsky, 2012, s. 50). Både personlige ressurser og ressurser som er utenfor personen vil påvirke. Forhold i samfunnet personen er omgitt av slik «[...]som penger, husvære, selvbilde, kunnskap, sunne holdninger, kontakt med indre følelser, eksistensielle forhold, overbevisninger, religion, meningen med livet» (Antonovsky 1979,1987 i Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 30). For utviklingen av en sterk OAS er minst fire tilgjengelige motstandsressurser essensielle: «Meningsfylte aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner. Poenget er ikke bare å ha disse ressursene til rådighet men også å kunne bruke dem på en måte som ganger helsen» (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 30).

Antonovsky hevder at OAS kan være vanskelig å påvirke i voksen alder, men at det allikevel er mulig for helsepersonell å fremme OAS hos voksne som er i kontakt med helsetjenestene. Han trekker frem at psykososiale faktorer og helse kan påvirkes på tre måter (Antonovsky, 2012, s. 135). Ved å gi god informasjon og på den måten å forsøke å fremme opplevelsen av kontroll (Antonovsky, 2012, s. 136). Helsepersonell kan også legge til rette for at tjenestemottakerens opplevelse av «indre sammenheng, belastningsbalanse og medbestemmelse» (Antonovsky, 2012, s. 137). Videre kan helsepersonell ifølge Antonovsky gjennomføre planlagte endringer hos i pasientenes OAS ved å:

[...] sette folk i stand til å selv å oppsøke det jeg vil kalle OAS-fremkallende erfaringer, innenfor rammene av sitt liv. Dette gjelder enhver form for terapi som skaper en langvarig, stabil endring i de livsopplevelsene som pasienten har om det virkelige liv (Antonovsky, 2012, s. 137).

Opplevelsen av sammenheng og den salutogene tankegangen kan benyttes både på individ, gruppe og samfunnsnivå. De sosiale forutsetningene som samfunnet tilrettelegger for, har en påvirkning på folkehelsen (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 60). Antonovsky (93) trekker frem at samfunnet har et ansvar for å tilrettelegge for opplevelsen av sammenheng, han hevder at «[...]nøkkelen ligger i samfunnet og at mennesker har omsorg for hverandre» (Antonovsky, 1993 i Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 60). Lindstrøm og Erikson trekker frem salutogenesens potensial på samfunnsplan og påpeker at effekten kan påvirke andre nøkkelsektorer enn helsevesenet:

[...]ved å fokusere på hvilke faktorer og strukturer som kan skape en varig, sammenhengende orientering mot sunnhet og helse i samfunnet...å stryke eksisterende generelle motstandsressurser, danne nye generelle motstandsressurser og gjøre befolkningen oppmerksom på dem og i stand til å identifisere og bruke dem (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 61).

## 2.6 Recovery og medborgerskap

Recovery som tilnæringsmetode til psykiske helseproblemer er både en sosial og personlig prosess, som retter seg mot at alle mennesker er likeverdige, og at alle skal ha de samme mulighetene og rettighetene for å være fullverdige medlemmer av samfunnet. Den enkeltes mestringsressurser er sentral, og tanken om at en person med psykiske helseplager har unik kunnskap om seg selv og ressurser som kan bidra inn i den personlige tilfriskningsprosessen og bedring. Det er ikke hjelperen som besitter eksperterfaring og løsningen på problemene, hjelperen skal snarere være en medvandrer og en støtte. Borg et al. trekker frem at en grunnleggende sentral holdning i recovery er at vi alle er en del av den samme menneskeheten med de samme rettighetene, der alle har ressurser, kompetanse og potensiale for utvikling og vekst (Borg et al., 2013, s. 10). Recovery er ikke et strømlinjeformet forløp, men en prosess som foregår gradvis: «Recovery er en unik prosess som er personlig, sosial og relasjonell. Helse

og velvære, personlig og sosial identitet, tilhørighet og deltagelse på ulike samfunnsarenaer, støtte fra omgivelsene og gode materielle forhold er viktige» (napa.no, 2010).

Recoverybevegelsen startet med en opprørsbølge på 60-tallet fordi mennesker med alvorlig psykiske lidelser i forbindelse med borgerrettighetsbevegelsen ønsket å ha like muligheter og rettigheter som mennesker i samfunnet generelt. «Recovery var på 60-tallet et opprør mot undertrykkelse, marginalisering, sosialt utenforskap og mot biomedisinske og psykiatriske forståelser av psykisk helse» (Karlsson, 2021). Det finnes ulike definisjoner på recovery og forståelsen av begrepet innenfor psykisk helsefelt har siden 60 tallet utviklet seg i forskjellige retninger, og har blir benyttet i ulike sammenhenger både på individ, gruppe og samfunnsnivå. På individnivå benyttes begrepet å være i recovery og beskriver «en personlig prosess» som dreier seg om enkeltindividet. Bill Anthony 1993 har en av de mest kjente definisjonene som blir benyttet om individuell forståelse av recovery:

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 mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheten til å vokse og utvikle seg» Norsk oversettelse av definisjonen (Anthony, 1993. s.17 i Møller Olsø, 2014).

Recoverybegrepet innenfor helsetjenestene dreier seg om recoveryorientering, og har fått økt fokus de siste årene igjennom utviklingen av psykiske helsetjenester. Et sterkere fokus på menneskerettigheter og brukermedvirkning har påvirket den økte bruken av begrepet (Borg et al., 2013, s. 9). Recoveryorienterte praksiser blir anbefalt som tilnærming til mennesker med langvarige alvorlige psykiske lidelser, og forskningen som er gjort innenfor feltet er ofte basert på gruppen av mennesker som har alvorlige psykiske lidelser, og eller ruslidelser, samt deres egenerfarte opplevelser med bedringsprosessene (Borg et al., 2013, s. 9). «Det unike med recovery som begrep og forskningsormåde er at kunnskapen er utviklet gjennom personer levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring. Fokus har særlig vært på hva personene selv mener skal til for å komme seg» (Borg et al., 2013, s. 10).

I denne oppgaven, som omhandler unge voksne med milde til moderate lidelser, ansees både recovery som individuell prosess som relevant, samtidig som funnene i undersøkelsen som er



gjort peker på at det særlig er interessant å se på de sosiale sidene ved recovery i et medborgerskapsperspektiv.

Topor et al. (2020) har forsøkt seg på en dreining i Anthony sin definisjon på recovery. De peker på at recovery også er en grunnleggende «sosial prosess», der «materielle livsbetingelser er avgjørende», og har mer fokus på de sosiale sidene ved recovery, og ikke i rammen av en «sykdomsmodell», deres reformulerte versjon, en definisjon som de påpeker at i seg selv er i en prosess er foreløpig:

Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess der våre levekår, materielle omgivelser, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/eller roller endrer seg. Det er en måte å leve tilfredsstillende håpefulle liv sammen med andre på, selv om vi fremdeles kan være fortvilet, ha uvanlige opplevelser, og forstyrrende væremåter. Recovery innebærer at vi engasjerer oss i nye sosiale og materielle sammenhenger, og i åpne dialoger der nye måter å forstå og håndtere situasjonen på skapes i takt med at vi overskrider den psyko-sosiale-materielle krisen (Topor et al., 2020).

En annen artikkel av Topor et al. (2011) trekker også frem at det i tillegg til de individuelle prosessene i recovery, er viktig å fokusere på at recovery også er en sosial prosess, og påpeker at relasjonelle og sosiale faktorer og strukturer samlet enten kan forenkle eller vanskeliggjøre enkeltindividets inkludering i samfunnslivet (Topor et al., 2011, s. 91). Støtte fra vennskap, familie, og ansatte i helsetjenestene er viktig. Hos helsepersonell hevder Topor et al. at nærværet og handlingen til den ansatte er særlig virksom og at det virksomme ikke er knyttet til en spesiell metode. Videre er det ofte i sammenheng med at ansatte har gjort mer, eller noe annet enn det som var forventet av dem at relasjonen oppleves som virksom (Topor et al., 2011, s. 92–93).

Videre skriver Topor et al 2011 at sosiale faktorer spiller en rolle for recoveryprosessen på ulike nivåer i samfunnet, både på micro, meso og makronivå: “Stigmatization, marginalization and social exclusion are both individual experiences and social and political factors. Recovery is promoted by good material conditions – i.e. proper housing; meaningful occupation; access to the community’s cultural resources; and an adequate personal economy” (Mezzina et al., 2006) I (Topor et al., 2011, s. 93). Bolig trekkes frem som en faktor som spiller en vesentlig rolle i den enkeltes recoveryprosess. både i forhold til opplevelse av trygghet, personlig vekst,

etablering av håp og tillit til at mestring av dagligdagse utfordringer var innenfor rekkevidde. I en ellers fragmentert livssituasjon blir hjemmet sett på som en som en forutsigbar arena der det er kontinuitet, og der man kan være seg selv. (Topor et al., 2011, s. 93–94)

Penger og jobb er en annen faktor som sees som essensiell i forhold til opplevelsen av å være en del av samfunnet. Penger skaper en mulighet til å delta på sosiale arrangementer. Topor et al trekker frem studien til Davidson et al 2004, som gjennomførte en randomisert kontrollert undersøkelse av tjenestemottakere med lave forventninger, som var tidlig i sitt forløp, og sammenliknet dem med en gruppe som hadde alvorlige psykiske lidelser og sosial tilbaketrekking. Begge gruppene fikk ekstra penger hver måned. 9 måneder senere var resultatene i begge gruppene symptomreduksjon, høyere funksjonsnivå og høyere tilfredshet med livet (Topor et al., 2011, s. 94) .

Rowe og Davidson argumenterer også for en mer sosial orienteringstilnærming i forståelsen av recovery. De retter fokuset konkret mot medborgerskap (citizenship) i sin artikkel, og trekker blant annet de frem de «5 r'er» som de definerer som muligheter for å styrke personens tilknytning til samfunnet:

Rights, responsibilities, roles, resources and relationships that a democratic society makes available to its members through public and social institutions, the «associational life» of voluntary organizations such as churches and neighborhood organizations, and social networks and everyday social interactions (Rowe & Davidson, 2016, s. 17).

For at en person skal føle sterk tilknytning til samfunnet og at ens rettigheter, ansvar, roller, ressurser og relasjoner er tilgjengelige, må samfunnet fordre og fordres av en sterk tilknytning til de 5r'er og verdsette og anerkjenne den enkeltes deltakelse i samfunnet (Rowe & Davidson, 2016, s. 17).

### 3. Materiale og metode

I denne oppgaven er stegvis deduktiv induktiv metode av Aksel Tjora benyttet. Det kvalitative grunnlaget i SDI er basert på sosiologiske forskningstradisjoner og teorier fra 1890-tallet og fremover. Tjora trekker frem at SDI er inspirert av symbolsk interaksjonisme, etnometodologi, fenomenologi, sosialkonstruktivisme og Chicagoskolen (Tjora, 2021a, s. 29–34). Han skriver at disse fem perspektivene i kombinasjon danner «[...]et analytisk grunnlag med basis i et fortolkende vitenskapssyn, og interaksjonisme, med både empirisk nysgjerrighet og teoretiske ambisjoner» (Tjora, 2021a, s. 34). Slik jeg ser det egner SDI seg godt som metode når det er brukerperspektivet som skal fremmes og er et verktøy for å holde seg så empirinær som mulig. I og med at jeg har intervjuet en brukergruppe jeg jobber med til vanlig ser jeg på SDI som et middel for å bevare gjennomsiktigheten i undersøkelsen, og en måte å la datamaterialet være synlig uten at mine fortolkninger trekker forhastede eller forutinntatte konklusjoner, basert på egen forforståelse. Spesielt ansees SDI vektlegging av datanære koder og ivaretagelse av det originale innholdet i intervjuene i kodingen som et viktig grep i denne undersøkelsen, for å bevare brukerstemmen. Tjora refererer til Saldana og trekker frem at «in vivo koding», er koder som ligger tett på intervjuutdrag, og som ivaretar det helt spesifikke i materialet (Saldana 2013, s. 7 i Tjora, 2021a, s. 218). Metoden er i tillegg til at den er induktiv også systematisk. Med sin systematikk har SDI intensjoner om å hjelpe studenter fremover i arbeidet med innsamling av data og i analysen (Tjora, 2021a, s. 252).

#### Stegvis deduktiv induktiv metode

SDI er delt inn i 6 trinn der man arbeider etappevis fra rådata til konsepter eller teorier. SDI starter induktivt med en oppadgående prosess fra data trinn 1-4, deretter med nedadgående tilbakekoblinger fra «det mer teoretiske» til det «mer empiriske» i trinn 4-6 (Tjora, 2021a, s. 20). Tjora peker på at forskning er å se på som et håndverk der det intellektuelle håndlaget med datagenerering og analyse, samt analytisk blikk, utvikles gjennom iherdig arbeid over tid. Å utvikle ny forståelse på et teoretisk nivå er en forventning man kan ha til erfarne forskere og gode forskerteam, men ikke krav som stilles til en masterstudent (Tjora, 2021a, s. 252). Denne oppgaven vil derfor ikke ha som ambisjon å komme helt til trinn 6 som kalles for teori. Foruten om at jeg ikke har som ambisjoner å utvikle teorier basert på min undersøkelse har jeg forsøk å følge de 5 foregående trinnene i SDI så godt jeg kan. SDI vil illustreres i dette kapittelet ved at jeg først beskriver hvordan trinn 1 og 2 er gjennomført. Først ved å presentere detaljert

informasjon om av hvordan jeg har gjennomført trinn 1 generering av empiriske data, og trinn 2 bearbeiding av rådata. Deretter ved å vise min fremgangsmåte i trinn 3, koding i analysekapittelet og trinn 4, gruppering av koder i resultatkapittelet. I trinn 5 som i SDI kalles for konseptuavvikling vil man gå fra induksjon til abduksjon, dette vil beskrives nærmere under presentasjon av trinnene i analysekapittelet og vises i teori og diskusjonskapittelet.

## 3.2 Steg 1 generering av empiriske data

Tjora vektlegger det å ha gjennomgående god systematikk og å være grundig i alle trinn i metoden (Tjora, 2021a, s. 217). Ved å først designe det opplegget som best genererer empiriske data (trinn 1), der man stiller seg spørsmål om utvalget er riktig og bredt nok, og om metode for innsamling av data er den beste (Tjora, 2021a, s. 217). Jeg vil i de følgende punktene redegjøre for hvordan jeg har generert empiriske data.

### 3.2.1 Design

Jeg har benyttet en fenomenologisk tilnærming med individuelt eksplorerende intervju og intervjuguide utformet på forhånd, for å få dybdekunnskap om brukernes opplevelser, behov og erfaringer. Dette designet er valgt fordi individuelle dybdeintervjuer i tilknytning til fenomenologi «[...]forsøker å få deltakere til å sette ord på hvordan de forstår sin verden, hvordan ting er, og hvorfor de er slik i forbindelse med et avgrenset fenomen» (Tjora, 2021a, s. 31). Intensjonen i undersøkelsen er å kunne gi et rikt og detaljert innblikk i informantenes erfaringer fra deres perspektiv, for å fremme brukermedvirkning, og for å få økt kunnskap om brukernes opplevelser, behov og erfaringer med tjenestene.

Jeg har trukket et strategisk utvalg, og forsøkt å få til et utvalg med maksimal variasjon (Johannessen et al., 2016, s. 118). Det innebærer som kommende utvalgstabellen viser, at de utvalgte er både kvinner og menn, i ulike faser av sine avklaringsforløp, med variasjon i sine aktiviteter og boligsituasjon. De har derfor til sammen et bredt erfarings og opplevelsesgrunnlag som utgangspunkt for undersøkelsen.

Temaene i intervjuguiden er basert på definisjonene på sosialt bærekraftige tjenester og god helse, og har dannet utgangspunktet for spørsmålene i intervjuguiden.

Det har blitt gjennomført en pilot før prosjektets oppstart. Etter at intervjuene ble gjennomført er de transkribert og analysert for å belyse problemstillingen kvalitativt. Både utformingen av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuene, transkriberingen og analysen er gjennomført av meg.

### 3.2.2 Setting, rekruttering og utvalg

#### Setting

Datainnsamlingen har foregått i avdeling for psykisk helse og rustjeneste i en kommune på Østlandet med ca 50,000 innbyggere. Avdelingen er organisert ut ifra «sammen om mestings» definisjoner og anbefalinger, og har brukere i de 3 kategoriene veilederen beskriver; «Forløp 1 milde og kortvarige problemer/lidelser, forløp 2 kortvarige alvorlige problemer/lidelser eller langvarige mildere problemer/lidelser, forløp 3 alvorlige og langvarige problemer/lidelser» (Helsedirektoratet, 2014, s. 12). Mennesker i aldersgruppen 20 år og oppover med psykisk helse og rusutfordringer, får et bredt tilbud for problematikken som beskrives under alle tre forløpene i veilederen. Det finnes både lavterskeltilbud individuelt uten vedtak, som «drop in», og kortvarig psykisk helsehjelp med inntil 5-7 individuelle samtaler (forløp 1). Deretter har avdelingen vedtaksbaserte tjenester, både som individuelle samtaletilbud så lenge det er behov, og gruppetilbud både i form av samtalegrupper og manualbaserte grupper (forløp 2 og 3). Det tilbys også kurs uten vedtak, som alle tjenestemottakere i de 3 forløpene kan benytte seg av. Tilbudene foregår på dagtid, primært i avdelingens lokaler, utendørs som «walk and talk», eller via koordinering og samarbeid med andre tjenester og offentlige instanser. Samarbeidspartnere er blant annet andre kommunale tjenester, fastlege, individuell jobbstøtte (IPS startet opp høsten 2021), NAV, spesialisthelsetjeneste, attføringsbedrifter, frivillige organisasjoner og pårørende. Avdelingens ansatte består av 3 psykologspesialister og ca 30 tverrfaglig høgskoleutdannede vernepleiere, sosionomer, sykepleiere, barnevernspedagoger og lærere. I tillegg har de fleste minimum en videreutdanning innenfor rus, psykisk helsearbeid, kognitiv terapi og gruppepsykoterapi. De har tilleggskompetanse innenfor tryggere traumeterapi, motiverende intervju og førstehjelp ved selvmordsfare (VIVAT). De ansatte er delt inn team der det ene teamet følger opp de som primært har rusrelaterte utfordringer, og det andre teamet følger opp de som primært har psykisk helseutfordringer forløp 2 og 3. Utvalget i denne oppgaven er hentet fra det psykiske helseteamet i avdelingen. De følges opp med individuelle vedtak tilhører,

forløp 2 og forholder seg hovedsakelig til en sin primærkontakt, og har hatt faste avtaler og vedtaksbasert tjeneste i minimum 1 år.

## Utvalg

Basert på kriteriene presentert over ble alle de ansatte i teamet som følger opp denne brukergruppen innenfor psykisk helse informert om prosjektet i plenum, individuelt og på e-post, og bedt om bistand til å velge ut kandidater de allerede har i individuell behandling som de vurderer som samtykkekompetente, og som kunne være interessert i å bli med på en slik kvalitativ individuell undersøkelse. Utvalget er rekruttert av 5 ulike ansatte med ulik utdanning. Yrkesgruppene som er representert i rekrutteringen er psykologspesialist, spesial sykepleier, spesialvernepleier og klinisk sosionom. Alle følger til vanlig opp brukere individuelt i den aktuelle avdelingen, og har spurt samtykke-kompetente tjenestemottakere de har i oppfølging om de ønsker å delta.

I denne undersøkelsen ble utvalget avgrenset til å motta vedtaksbaserte tjenester innenfor psykisk helse. De som mottok tjenester for rus, ble ikke forespurt i denne undersøkelsen. Det var 8 informanter som ble forespurt innledningsvis. Etter veiledning besluttet jeg å ikke spørre flere enn disse 8, for ikke å risikere at utvalgsstørrelsen gikk utover den planlagte rammen for oppgaven. 5 unge samtykket og deltok i denne undersøkelsen. De var mellom 20 og 30 år og hadde variasjoner i sin livssituasjon. Felles for dem alle var at de hadde psykiske helseutfordringer som de hadde mottatt psykisk helsehjelp for i den utvalgte kommunen, i mer enn 1 år og kunne defineres under forløp 2 etter «sammen om mestring». Noen fikk i tillegg hjelp for sine psykiske helseutfordringer i spesialisthelsetjenesten, eller hadde ønske om å utredes i spesialisthelsetjenesten. De mottok alle en form for stønad fra det offentlige. Noen var delvis i jobb, andre var utenfor arbeidslivet, eller var under avklaring i forhold til arbeidsevne. Noen av dem hadde avklart diagnose, andre var under utredning eller ønsket utredning. Noen hadde avklart bolig og stønadstype, andre var på jakt etter nytt sted å bo. På neste side presenteres en utvalgstabell.

Utvalgstabell			
Hva som kjennetegner de unge		Hvilken hjelp de får	
<b>Alder</b>	25, 25, 26, 27, 28	<b>Hjelp fra kommunen</b>	Psykisk helse, ergoterapi
<b>Sivil status</b>	Single og kjæreste	<b>Varighet av hjelpen</b>	1-4 år i psykisk helsetjeneste 1-10 år i NAV
<b>Boligsituasjon</b>	Uavklart, leie, barndomshjem, eie	<b>Hypighet</b>	Ukentlig-hver 14.dag
<b>Form for sysselsetting</b>	Jobber redusert, sykemeldt, ikke i jobb, under avklaring, ung ufør	<b>Hvor treffes dere</b>	På kontor, utendørs, hjemme, samarbeidsmøter på offentlige kontorer
<b>Stønadform</b>	AAP, lønnstønad, sykemelding, sosialstønad, uføretrygd	<b>Type hjelp i kommunen</b>	Samtaleterapi, walk and talk, praktisk hjelp med søknader og papirer, råd og veiledning, samhandling og koordinering, tilrettelegging av utstyr
<b>Hobby og fritidsaktiviteter</b>	Tegne, male, høre på musikk, være med venner, spille spill, gaming, rollespill, se film, motorsport, ut i naturen, gå tur	<b>Hjelp i øvrig hjelpeapparat</b>	Fysioterapi, fastlege, NAV, DPS, Somatisk spesialisthelsetjeneste

## 3.3 Steg 2 datainnsamling og bearbeiding av rådata

I steg 2 skal man spørre seg om dataene man samler inn er hensiktsmessige og relevante, detaljerte nok og riktige, og at man benytter gode nok hjelpemidler for å innhente dataene (Tjora, 2021a, s. 21–22). Gode transkripsjoner vil være et godt utgangspunkt for å kode det empiriske materialet i detalj. Databearbeiding handler i tillegg til transkribering om å renskrive utdrag fra feltnotater. Ved å utvikle tiltro til empirien, ta steg for steg og unngå å trekke forhastede slutninger er intensjonen å dempe panikken som kan oppstå når man skal i gang med analysen (Tjora, 2021a, s. 217). I følgende punkter redegjøres det for hvordan jeg har samlet inn og bearbeidet dataene i undersøkelsen som er gjennomført.

### 3.3.1 Kvalitativt intervju

I en undersøkelse der brukerstemmen var essensiell, ble det vurdert at individuelle intervjuer med brukere, der intervjuguide utformet på forhånd ble benyttet, ville være hensiktsmessig, relevant og gi detaljert innsikt. Intervjuguiden til de individuelle intervjuene ble utformet i juni og revidert i juni og august etter gjennomgang av Lokal etisk forskningskomité og Norsk senter for forskningsdata.

Temaer jeg ønsket å berøre i intervjuguiden, med åpenhet for at temaene muligens ville ha behov for å endres eller justeres etter pilot og i tidlige faser av datainnsamlingen, var: Deres opplevelser av livskvalitet og helse, hva som var viktig for dem i deres situasjon og aldersgruppe, hvilke utfordringer de sto i, og hvilke behov de hadde (se vedlagt intervjuguide).

### 3.3.2 Forberedelser til og gjennomføring av intervjuene

Pilotintervjuet ble gjennomført med samme intervjuguide som i undersøkelsen, med en tjenestemottaker som oppfylte kriteriene for utvalget. Dette var en bruker som har gått i samtaler hos meg over en lengre periode, og som ble vurdert som samtykkekompetent og ærlig i sine tilbakemeldinger. Derfor også vurdert som godt egnet til å komme med direkte tilbakemeldinger på hvordan intervjusituasjonen fungerte, og på hvordan hen opplevde intervjuguiden. Det ble ikke gjort endringer i intervjuguiden etter piloten, da både informanten og jeg opplevde at spørsmålene var detaljerte nok. Jeg hørte igjennom intervjuet før jeg satte i gang med selve undersøkelsen som forberedelser til intervjuene. Dette var nyttig både med tanke på å teste det tekniske, som lyd kvalitet, overføring fra nettskjema og inn i tjenester for



sensitive data (TSD) og ga meg en trygghet i at hjelpemidlene som ble benyttet var riktige og gode nok til å innhente dataene. Jeg har under hele intervjuprosessen bearbeidet data gjennom å skrive feltnotater og har satt av tid etter hvert intervju for å reflektere rundt innholdet, min forforståelse og egen tolkning av innholdet i intervjuet. I tillegg har jeg kun gjennomført 1 intervju om dagen for å ha tid til og rom for å reflektere.

Både pilotintervju og prosjekt-intervjuene foregikk i avdelingens lokaler. Alle informantene fikk velge sted for gjennomføring av intervjuene. De valgte å gjennomføre i lokalene de vanligvis treffer sin kontaktperson i kommunen de får tjenester. Kandidatene møtte for et dybdeintervju i et lyst og nøytralt samtalerom. De varte i cirka 1 time (45-65 minutter). Intervjuene startet med at jeg presenterte meg og gav informantene muligheten til å gjennomgå samtykke-skjemaet en gang til. De fikk informasjon om prosjektets formål og gangen i intervjuet, samt mulighet for å trekke seg på nytt. Jeg benyttet vedlagte intervjuguide, nettskjema diktafon koblet opp imot TSD, samt analog diktafon. Alle samtykket til lydopptak. Jeg fulgte intervjuguiden gjennom hvert intervju, men endret noe på min intervjuteknikk etter hvert som intervjuene skred frem. Oppfølgingsspørsmål i selve intervjusituasjonen var også individuell fra intervju til intervju. Under intervjuene benyttet jeg også oppsummeringer og oppklaringsspørsmål som «forstår jeg deg riktig» for å rette opp i uklarheter underveis og til slutt i alle intervjuene.

### 3.3.3 Transkribering

Etter å ha gjennomført pilot og 2 intervjuer begynte jeg å transkribere intervjuene. Dette var en tidkrevende prosess og en viktig del av hvordan intervjuteknikken ble tilpasset utover i undersøkelsen, ved at jeg ble mer bevisst på hvor mye jeg snakker og hvordan jeg kommuniserer med informantene. I tillegg økte bevisstheten min rundt hvilke oppfølgingsspørsmål som kunne berike og nyansere datamaterialet. For å bevare nærhet til datamaterialet og nyansene i meningsinnholdet, valgte jeg å transkribere ordrett og gjengi pauser som punktum, sukk og «pauselyder» som eh,hm,heh også videre. Jeg fjernet under transkripsjonen kjønnsinformasjon og detaljer som kunne føre til gjenkjenning, for å sikre anonymiteten. Jeg ble markert som 0: og informanten som 1: i teksten. Totalt ble det 35889 ord etter transkripsjonene.

## 3.4 Analyse

### 3.4.1 Steg 3 koding

Jeg har kodet “in vivo” i word. “In vivo” koding innebærer empirinær koding med innfødte uttrykk (Saldana, 2013, s. 7 i Tjora, 2021a, s. 218). Jeg har benyttet Tjoras kodetest for å kvalitetssikre at kodene er empirinære. Den foregår i 2 trinn der man først stiller seg spørsmål om kodene kunne være laget på forhånd, og dernest om hva kodene forteller om innholdet. Hvis man svarer nei på det første spørsmålet og ja på at koden gjenspeiler konkret innhold fra intervjuet, anser Tjora det som en kvalitetssikring av at koden er empirinær (Tjora, 2021a, s. 224). Alle kodene som er kodet i min undersøkelse har gjennomgått kodetesten og forsøkt å beholdes så empirinære som mulig.

Tjora forklarer at intensjonen med kodingen er å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, redusere materialets volum, samt legge til rette for idègenerering, på basis av detaljer i empirien. Typisk for empirinære koder er: Uttrykk som allerede ligger i datamaterialet, som stikker seg ut, virkningsfulle substantiver, aksjonsorienterte verb, stemningsfulle ordvalg, smarte eller ironiske fraser, liknelser eller metaforer. Uvanlige utsagn som koder er gode knagger for forskerens hukommelse, slik at koblingen mellom kode og empirisk materiale ivaretas nærmest på refleks (Tjora, 2021a, s. 218–219). Transkripsjonene mine er først kodet intervju for intervju ved å bruke kommentarfeltet i word. Jeg har benyttet kommentarfunksjonen i word til å kode/markere meningsinnholdet/dialogen, og trukket ut innhold som nyanserer og belyser datamaterialet fra ulike sider. Deretter er alle intervjuene sortert i ett dokument etter intervjuguidens oppbygging, for lettere å få oversikt over hva de ulike informantene har svart på samme spørsmål, på den måten har jeg forsøkt å lage en kobling. Tjora peker på viktigheten av at det er en god kobling mellom kodene og utdrag fra datamaterialet som kodene er hentet fra. Dette kaller han for kodestrukturert empiri, noe som blir ansett som et godt utgangspunkt for neste trinn, kodegruppering (Tjora, 2021a, s. 225).

### 3.4.2 Steg 4 gruppering av koder

I trinn 4 beskriver Tjora at koder grupperes på en måte der hver gruppe har en indre konsistens og samtidig skiller seg fra de andre tematisk. 3-5 kodegrupper egner seg som basis for analyse i en masteroppgave (Tjora, 2021a, s. 232). En presentasjon av mine kodergrupper,

hovedkodegrupper og underkodegrupper følger i en tabell på neste side. Etter kodingen har jeg gått igjennom alle intervjuene på nytt og fargesortert de i det som endte opp med 13 kodegrupper. Disse kodegruppene er deretter delt inn i temaer og undertemaer til det som endte opp som 4 hovedkodegrupper (temaer), med og 9 underkodegrupper (undertemaer), sortert under delproblemstilling 1 og 2. Både det fargesorterte dokumentet og dokumentet som er sortert etter intervjuguide har vært benyttet under analyseprosessen, for å se på likheter, ulikheter og hvilke temaer som går igjen og peker seg ut. Jeg vil på neste side presentere en tabell der problemstilling, alle kodegruppene og sortering av disse i hovedkodegrupper og underkodegrupper er presentert ut ifra delproblemstilling 1 og 2. Som det kommer frem i tabellen, er det noen fenomener som ikke så lett lar seg kategorisere. Noen har derfor blitt slått sammen mens andre har blitt splittet. Dette gjelder «selvstendighet/egenmestring/autonomi/stå/på egne ben». I resultatkapittelet vil dette presenteres samlet i en oppsummering til slutt i delkapittel 1. «Hjelpebehov/erfaring» er splittet i 2 kategorier. «Behov» som går igjen i hele materialet vil fremkomme underveis der informantene har trukket det frem, både i delkapittel 1 og 2 mens «erfaring» primært vil presenteres i delkapittel 2. Kodegrupperingen danner ifølge Tjora en struktur for rapporteringen av et prosjekt og beveger seg fra å starte som en induktiv (empiristyrte) kodegruppering, til å bevege seg over til å danne strukturen for rapporteringen fra prosjektet. Temaene og undertemaene som kommer til syne i resultatkapittelet danner utgangspunktet for hvilken teori og forskning som ansees som empirisk interessante å fordype seg i. (Tjora, 2021a, s. 32–34). I resultatkapittelet som følger vil utvalgte sitater presenteres, og jeg har lagt vekt på å ta med sitater som representerer utvalget. Sitatene er avkjønnet ved å bruke hen av anonymiseringshensyn, og sitatene er merket med tall for å skille informantene fra hverandre. I denne oppgaven har både temaene i teorien og diskusjonskapittelet fremkommet med bakgrunn i temaer og undertemaer som er funnet i resultatkapittelet.

«Hvordan opplever unge tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene?»	Hovedkodergrupper til Delproblemstilling1	Hovedkodegrupper til Delproblemstilling2	Endringer i kodegruppene underveis:
<b>Alle kodergrupper</b>	<b>1.1.Ønsket om å fungere i en forutsigbar hverdag</b>	<b>2.1.Å få dekket sine behov</b>	<b>Kodegrupper slått sammen:</b>
1. Bolig/boligsituasjon	<b>Opplevelsen av egen helse og fungering</b>	<b>Bli sett hørt og forstått</b>	-Egenmestring/ selvstendighet /autonomi
2.Hobby			
3.Hjelpebehov/erfaringer	<b>Betydningen av stabil inntekt og trygg plass å bo</b>	<b>Samhandling og kommunikasjon</b>	-Selvstendig/ stå på egne bein <b>(Kodegr 11 og 12)</b>
4.Økonomi			
	-Opplevelsen av egen helsesituasjon og seg selv	-Erfaringer med hjelpen -Samhandling og kommunikasjon <b>(Kodegr 3)</b> -Bli tatt på alvor/trodd <b>(Kodegr 6)</b>	<b>Kodegruppe splittet:</b>
5.Rettigheter/info			
6. Bli tatt på alvor /trodd	-Hjelpebehov <b>(Kodegr 9, og 3)</b>	<b>2.3.Å kjempe mot klokka og systemet</b>	-Hjelpebehov/ erfaring <b>(Kodegr 3)</b>
7.Tidsbruk			
8.Systemavmakt/systemsvikt/byråkrati	-Økonomi -Bolig <b>(Kodegr 4 og 1)</b>	<b>Rask hjelp til riktig tid så lenge de trenger det</b>	
9.Opplevelse av egen helse/ seg selv			
10.Tilhørighet til et felleskap/ utenforskap	<b>1.2.Å leve et så normalt liv som mulig</b>	<b>Å ikke bli trodd og tatt på alvor</b>	
11.Egenmestring/ selvstendighet/ autonomi	<b>Å ha noe å drive med</b>		
12.Selvstendig/stå på egne bein	<b>Tilhørighet til et felleskap</b>	-Tidsbruk -Rettigheter/ informasjon -Systemavmakt/ systemsvikt/ byråkrati - <b>(Kodegr 5, 7 og 8)</b>	
13.Jobb/sysselsetting	<b>Å være selvstendig og ikke være en byrde</b>		
	-Tilhørighet til et felleskap/utenforskap		
	-Hobby <b>(Kodegr 2 og 10)</b>		
	-Jobb/sysselsetting <b>(Kodegr 11,12 og 13)</b>		

### 3.4.3 Steg 5 konseptutvikling

Etter koding og kodegruppering forklarer Tjora at det teoretiske vil ta mer styring. Med blikket på kodegrupper eller hovedtemaer fra steg 4, og med relevante teorier og perspektiver i bakhodet, ved å spørre seg om hva dette handler om. Ved å spørre seg om det finnes en relevant merkelapp på fenomenet eller problemet vi har fått innblikk i, og om det finnes relevant teori som allerede omtaler fenomenet. Tjora og SDI kaller dette konsept-test (Tjora, 2021a, s. 234). Teorien som har fremkommet som relevant er i denne oppgaven er presentert i teorikapittelet.

I konseptutviklingsfasen ønsker Tjora at vi skal bevege oss over fra streng systematikk i kode og analyseprosessen, og over i en mer kreativ fase på konseptutviklingsnivå. Dette krever ifølge Tjora at vi beveger oss vekk fra forutinntatte meninger og søker ny innsikt i det vi forsøker å forstå. Han beskriver abduksjon som en «teorimarinert gjetning» der konseptutviklingen har en form for kreativ og abduktiv tilnærming som er sentral, og der man kanskje finner teoretiske muligheter latent i vår analyse (Tjora, 2021a, s. 247). Konseptene som er funnet i denne oppgaven blir presentert i diskusjonskapittelet.

Ved å dele SDI inn i steg som først er induktive og deretter abduktive, forsøker Tjora å opprettholde en datagenerering og analyse som er så lite teoristyrte som mulig ved å være induktiv/empiridrevet, for deretter å la en tydeligere teoretisk motivasjon komme til syne i senere faser av analysen (Tjora, 2021a, s. 247–248). Abduksjonen som har foregått i denne oppgaven vil fremkomme i teori og diskusjonskapittelet.

### Empirisk analytiske referansepunkter

I arbeidet med SDI vil det kunne oppstå det Tjora kaller for analytisk fiksering både under steg 1,2 og 3. Dette beskrives som at de utløses analytiske ideer hos forskeren både direkte i datagenereringen og under kodingen og kalles for empirisk analytiske referansepunkter, EAR. Når elementer i data som utløser analytiske ideer i form av utsagn som antyder relevante analytiske eller konseptuelle retninger, hevder Tjora at de indikerer en mulig utvikling av analytiske konsepter og dermed generaliserbar kunnskap (Tjora, 2021a, s. 225–226). EAR som har dukket opp i arbeidet med denne oppgaven har blitt notert, og blitt lagt til side. De har dukket opp under alle trinnene i datagenereringen. Tjora skriver at når EAR oppstår: ta vare på dem ved ekstra notater (memoer) ved å ta godt vare på slike referansepunkter ved for eksempel

datagenerering kan man konsentrere seg om den empirinære induktive analysen (Tjora, 2021a, s. 227–228). Tjora hevder at EAR ikke er premature konklusjoner da EAR ikke styrer den videre analysen, men tas vare på som den umiddelbare innsikten som man kan komme tilbake til. Ved å legge disse notatene til side bevarer man induksjonen i datagenereringen (Tjora, 2021a, s. 228). Jeg har som tidligere beskrevet i trinn 1 og 2 tatt notater og skrevet loggbok. På den måten har jeg forsøkt å legge til side EAR som har oppstått, og ikke latt de forme trinn 3 eller starten av trinn 4. Når jeg beveger meg over fra trinn 4 til 5 har disse fått en mer sentral rolle under utformingen av teori og diskusjonskapittelet i oppgaven.

### 3.5 Etske overveielser

I forhold til det å utarbeide kvalitative undersøkelser i en avdeling der jeg selv er ansatt og kjenner kollegaene, og med brukere som er definert som å være i en sårbar gruppe, var det etiske dilemmaer som har blitt belyst før under og etter jeg gikk i gang med arbeidet. I forkant av undersøkelsen ble det drøftet med veileder om jeg skulle søke lokal etisk forskningskomite (LEFK) ved høyskolen i innlandet, (HINN) eller regional etisk komite (REK). Jeg ringte og forhørte meg med Anne Sofie Lofthus som sitter i LEFK og som er forskningsrådgiver ved HINN og ble anbefalt å søke LEFK først. Grete Nettland som er leder for denne komiteen sitter også i REK. Det ble vurdert at oppgaven falt innenfor helsetjenesteforskning og ble derfor vurdert til ikke å være søknadspliktig til REK. (Se vedlegg). I tillegg ble norsk senter for forskningsdata søkt (NSD) (se vedlegg). I tillegg har jeg vært i dialog med virksomhetsleder for den aktuelle avdelingen som undersøkelsen ble gjennomført i, og fått godkjenning til å gjennomføre prosjektet i avdelingen (se vedlegg).

Jeg har lagt til rette for åpenhet og egne utfordringer i forbindelse med at jeg er ansatt i avdelingen der undersøkelsen er gjennomført, og ser at det hviler et ansvar på min doble rolle som ansatt og undersøker, blant annet når det kommer til symmetrien mellom meg og informantene. Jeg har vært ekstra bevisst min rolle, hvordan spørsmålene er stilert ved ordvalg, lokalitet, væremåte etc (Leseth & Tellmann, 2018). Ved å benytte prinsipper fra samfunnsvitenskapelige metode generelt og SDI spesielt, har jeg tilstrebet å bevare en profesjonell objektivitet i denne rollen, blant annet ved å forholde meg til de juridiske og etiske aspektene i form av søknader til NSD og LEFK (se vedlegg), oppbevaring og sikring av data etter gjeldende lovverk, frivillig informert samtykke, og sist, men ikke minst prinsippet om å

ikke skade. I tillegg har intervjuguiden kunnet bidra inn som et verktøy for å sikre objektivitet da intervjuene er godt planlagt og gjennomtenkt på forhånd (Johannessen et al., 2016, s. 148).

Det er også fordeler ved å være en del av arbeidsplassen. Jeg kjenner feltet godt, og vil ved å benytte strategisk utvalg forsøke å skape god variasjon og bredde i opplevelsene og synspunktene som best mulig kan belyse problemstillingen ut ifra ulike perspektiver, og forhåpentligvis fremme informasjonsstyrken (Malterud, 2017, s. 63–64). Samtidig er det viktig at jeg under hele prosessen er bevisst på min nærhet til feltet, slik at jeg som Malterud påpeker ikke identifiserer meg så sterkt til en løsning at jeg ikke klarer å se alternativene (Malterud, 2017, s. 20).

### 3.5.1 Håndtering og oppbevaring av data

Informantene samtykket i at jeg benyttet meg av lydopptaker i intervjuene, og at opptakene ble oppbevart i et sikkert system etter retningslinjer for opptak og bearbeiding av intervjuer i studentprosjekter (inn.no, u.å.).

Da mitt prosjekt er klassifisert som røde data benytter jeg meg av tjeneste for sensitive data, etter avtale med personvernråd giver (inn.no, u.å.).

Informantenes personopplysninger som telefon-nummer og navn blir oppbevart på papir innlåst i en safe som kun jeg har tilgang til. I tillegg har jeg benyttet en analog diktafon uten tilknytning til internett som backup for nettskjema og TSD, denne er også innlåst. Dette anbefales også av TSD da nettskjema diktafon i perioder kan være ustabil (Universitetet i Oslo, 2017).

### 3.5.2 Samtykke

Etter at den enkelte behandler hadde informert om at de hadde aktuelle kandidater, har de innhentet et informert samtykke på samtykkeskjema printet ut av meg, og fått en forklaring på at innholdet måtte presenteres for informantene. Deretter har de gått igjennom samtykket, gitt informasjon om at de når som helst kan trekke seg, at dataene vil bli sikkert oppbevart, og at informantenes anonymitet vil bli ivaretatt.

Første kontakt med informantene og meg ble opprettet etter informert samtykke ble gitt skriftlig til deres behandlere. Deretter kontaktet jeg aktuelle informanter på telefon, og forhørte meg om de fremdeles ønsket å være med på prosjektet.

Informantene fikk også spørsmålet på nytt når de møtte til intervjuet. Før oppstart av intervju fikk samtlige informanter tilbud om gjennomgang av samtykket på nytt, samt muligheten til å oppklare usikkerheter og anledning til å trekke seg. De ble også informert om at de kunne trekke samtykket i etterkant. De fikk også et telefonnummer de kunne ringe i etterkant hvis de hadde behov for en samtale eller noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen. En av informantene ringte dette nummeret etter undersøkelsen med noen spørsmål om undersøkelsen som ble besvart og informanten ga uttrykk for at hen var tilfreds med samtalen. (Samtykkeskjema er vedlagt.)

## 3.6 Metodediskusjon

Jeg har i dette kapitlet tilstrebet å gjengi den trinnvise SDI prosessen så detaljert som mulig med intensjon om å styrke reliabiliteten og validiteten. I kvalitativ metodelitteratur benyttes ulike begreper for å beskrive reliabilitet, validitet og overførbarhet. Jeg vil forsøke å definere begrepene, og sammen med disse trekke frem styrker og svakheter i undersøkelsen redegjort for i dette metodekapitlet, samt trekke inn min rolle som forsker og refleksivitet.

### 3.6.1 Reliabilitet (pålitelighet)

Tradisjonelt sett handler reliabilitet om det er mulig for en annen forsker å komme frem til samme resultat ved å gjennomføre samme undersøkelse på et senere tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Johannessen hevder at dette ikke er mulig i kvalitative undersøkelser (Johannessen et al., 2016, s. 232). Informantene kan ha blitt fargelagt av at jeg jobber i avdelingen, og deres svar kan derfor ha blitt påvirket av dette. En som ikke er ansatt i avdelingen hadde trolig kommet frem til andre svar. Samtidig sitter jeg på kunnskap som en som ikke er ansatt mangler, noe som har gjort meg i stand til å stille spørsmål som forhåpentligvis beriker datamaterialet. Malterud påpeker at «ved kvalitative forskningsstrategier er det et mål å utnytte det mangfoldet som dette representerer, og at vi erkjenner at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen» (Malterud, 2017, s. 24). Tjora beskriver at i SDI handler reliabilitet om pålitelighet (Tjora, 2021a, s. 259). Påliteligheten fremmes ved stringens i trinnene: «Enkelt sagt handler pålitelighet om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet» (Tjora, 2021a, s. 259). Videre skriver han at SDI «[...]underbygger slik pålitelighet med tydelige krav til datagenerering, kriterier for



hvordan analysen utvikles fra empiri gjennom koding og kodegruppering, og hvordan teorier gjøres relevante for mer abduktivt stadium senere i arbeidet (Tjora, 2021a, s. 259). Det har vært et bevisst valg å benytte en metode som har tydelige trinn og beskrivelser med, tilhørende spørsmål i hvert steg som hjelpemiddel i alle ledd av undersøkelsen. Det er første gang jeg gjennomfører en slik undersøkelse og det har vært en fordel å benytte et verktøy som hjelper til med systematikk på en etterrettelig måte, spesielt fordi jeg jobber i avdelingen der undersøkelsen er gjennomført. Tjora påpeker at det er viktig å tydeliggjøre forskerens forkunnskap og posisjon (Tjora, 2021a, s. 259). Det faktum at jeg jobber i den aktuelle avdelingen er belyst fortløpende i oppgaven og har ført til at jeg har vært ekstra bevisst på å la brukerstemmen komme tydelig frem igjennom hele undersøkelsen, og var avgjørende for å velge en metode der datamaterialet er med på å styre den teoretiske retningen. En styrke i forhold til pålitelighet i undersøkelsen er at jeg har forsøkt å ivareta transparens ved å gi detaljerte redegjørelser for alle trinn i prosessen. Tjora skriver at transparens handler om hvor godt valg formidles i forskningsrapporteringen (Tjora, 2021a, s. 264). En slik transparens vises også gjennom å «[...]illustre mangfoldet i datamaterialet,» ved å benytte sitater fra intervjuer (Tjora, 2021a, s. 265). Som det fremkommer i mitt resultatkapittel har jeg vektlagt å trekke inn sitater. Samtidig påpeker Tjora at utvelgelsen av sitater er en sårbar prosess og problematiserer hva sitatene som ikke ble utvalgt representer i forhold til de som ble valgt (Tjora, 2021a, s. 263). En svakhet i min studie er at jeg alene har stått for intervjuene, transkriberingen og kodingen. Det er dermed en fare for at jeg har gått glipp av nyanser i disse delene av prosessen som andre ville ansett som relevante. Imidlertid har intervjuene blitt gjennomført etter intervjuguide som er utarbeidet i samråd med veileder og gjennomgått av NSD og LEFK, revidert før gjennomføring av intervjuene og testet på en pilot, før oppstart av prosjektet. Det var nyttig å gå igjennom intervjuet med noen som kunne gi konkrete tilbakemeldinger på hvordan situasjonen opplevdes. Jeg fikk testet mine ferdigheter som intervjuer, samt fikk utfordret min egen forforståelse. Dette skapte en bevissthet rundt egne reaksjoner i intervjusituasjonen allerede før selve undersøkelsen startet. Informantene ble valgt ut av andre enn meg og vi kjente hverandre ikke fra før. Intervjuene er tatt opp og lagret forsvarlig. Transkripsjonene er gjengitt ordrett og kodene er kodet med empirinære koder med innfødte uttrykk for å ivareta meningsinnholdet. I tillegg har skrevet feltnotater og reflektert over egne tanker og refleksjoner, lagt empiriske referansepunkter til side og sist, men ikke

minst drøftet problemer og utfordringer i alle trinn i prosessen med veileder. På den måten er denne svakheten bevisstgjort under hele prosessen.

En annen svakhet ved min undersøkelse er at jeg ikke har benyttet dataprogramvare på den måten Tjora anbefaler for å lage kodestrukturerte rapporter og ryddige og oversiktlige dokumenter, når man har mange koder å forholde seg til (Tjora, 2021a, s. 256–257). Kodeprosessen har derfor muligens blitt lengre og mer komplisert, fordi jeg måtte lage mitt eget system. Dersom jeg hadde benyttet et ferdig dataprogram som var egnet til formålet ville dette muligens vært mer oversiktlig og effektivt. Jeg vurderte å benytte NVIVO som verktøy for sortering av kodene. Jeg hadde imidlertid allerede startet å benytte word og valgte derfor heller å fortsette med egne systemer i word da det ikke gikk an å konvertere kommentarer i word over i NVIVO og fordi programmet var komplisert og for tidkrevende å sette seg inn i dette prosjektet.

### 3.6.2 Validitet (gyldighet)

Kvale og Brinkmann snakker om validering i syv stadier og hevder at validering bør foregå gjennom hele forskningsprosessen som en «kontinuerlig prosessvalidering» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277). Dette sammenfaller slik jeg forstår det med stegvis deduktiv metode og den trinnvise sjekkingen underveis i prosessen der man stiller kontrollspørsmål i hvert trinn som vist tidligere i dette kapittelet. Malterud skriver at «spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen kan åpne opp for viktige overveielser angående gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Tjora beskriver validitet som gyldighet: «gyldighet handler om en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn, og de spørsmål man søker å finne svar på, altså om forhold mellom undersøkelsen og den verden den undersøker» (Tjora, 2021a, s. 260). Det er vanlig å skille mellom intern og ekstern validitet, der den interne handler om forskeren gjennom sitt valg av metode finner svar på spørsmålene som stilles (Johannessen et al., 2016, s. 232). I undersøkelsen jeg har gjennomført er det en svakhet at jeg ikke har tilbakeført transkripsjonene til informantene i etterkant for sitatsjekk. Dette kunne ifølge Johannessen et al styrket den interne validiteten (Johannessen et al., 2016, s. 232). På en annen side har jeg forsøkt å «øke intersubjektiviteten» ved å oppsummere, stille oppfølgingsspørsmål, og ved å spørre informantene underveis om jeg har forstått dem riktig (Kvale 2007 i Malterud, 2017, s. 193). Tjora påpeker at sitatsjekk sjelden benyttes innenfor samfunnsforskning og at

man er opptatt av å rydde misforståelser av veie, men er varsom med å gjennomgå hele transkripsjoner med informantene i etterkant (Tjora, 2021a, s. 192).

En annen svakhet i undersøkelsen er at utvalget ikke er på mer enn 5 informanter i tillegg til pilot, slik at informasjonsstyrken og metningen i undersøkelsen kunne vært sterkere med flere informanter. Intensjonen var 8 informanter, men etter gjennomføring av 5 intervjuer og medfølgende transkripsjon besluttet jeg i samråd med veileder at omfanget av materialet som allerede var samlet inn var i tilfredsstillende størrelse for et masterprosjekt, samtidig som tidsrammen for prosjektet ville blitt utfordret ved å tilføre ytterligere 3 informanter. Informasjonsstyrken og metningen i min undersøkelse, kan imidlertid allikevel til en viss grad være ivaretatt. Malterud skriver om hvordan metningen og styrken kan ivaretas i kvalitative studier, og jeg har benyttet noen av elementene hun beskriver; strategisk utvalg, gode forberedelser til intervjuene, og deltakere med mye og variert informasjon. I tillegg har jeg som nevnt kjennskap til feltet og presenterer detaljerte resultatbeskrivelser (Malterud, 2017, s. 63–66).

## Ekstern validitet/Overførbarhet (generaliserbarhet)

I følge Johannessen et al handler den eksterne validiteten om resultatene fra prosjektet kan finnes igjen i fenomener som likner (Johannessen et al., 2016, s. 233). Ekstern validitet betegnes også som generaliserbarhet og overførbarhet. I kvalitativ metode hevder Malterud at «[...]generaliserbarhet inviterer til urealistiske invitasjoner om allmenngyldig overførbarhet» (Malterud, 2017, s. 66). I denne oppgaven vil generaliserbarhet som begrep allikevel benyttes da Tjora har oversatt begrepet til å passe inn i konteksten til kvalitativ forskning og SDI (Tjora, 2021a, s. 259). Han skriver at «Generaliserbarhet er knyttet til forskningens relevans ut over de enheter som faktisk er undersøkt[...]» videre at SDI har generaliserbarhet som mål (Tjora, 2021a, s. 260). I denne oppgaven, som er et lite mastergradsprosjekt, gjennomført på et lite utvalg, over en begrenset tidsperiode, av en person som gjør dette for første gang, vil jeg i all ydmykhet ikke påberope meg generalisering. Imidlertid har jeg sett at det finnes fenomener som kan beskrive funn i mine resultater og forstår derfor at funnene i undersøkelsen kan overføres til å gjelde utenfor de som er undersøkt og deres kontekst. Tjora og SDI kaller dette for konseptuell generalisering: «[...]hvor målet med kvalitativ forskning er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen, og hvor denne innsikten kan presenteres og testes ved en form for konsept eller teoriutvikling» (Tjora, 2021a, s. 268). Jeg har som beskrevet innledningsvis ikke utviklet

teorier i denne oppgaven og har stoppet ved trinn 5. Konseptene jeg har valgt å se nærmere på i trinn 5 vil bli presentert i teorikapittelet og diskusjonskapittelet. Tjora legger vekt på at en konseptuell generalisering ikke skal foregå før etter en systematisk koding og kodegruppering for å bevare det induktive premisset (Tjora, 2021a, s. 272). Når utviklingen av konsepter starter i trinn 5 tar imidlertid teorien overhånd «[...]den konseptuelle generaliserbarhetene er avhengig av teoretiske perspektiver og innsikter» (Tjora, 2021a, s. 273). I denne oppgaven har jeg fulgt dette og som beskrevet flere steder tidligere forsøkt å ivareta det induktive premisset.

### 3.6.3 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 21), dette har jeg også forsøkt å belyse underveis i oppgaven og under eget punkt om forforståelse. Tjora erkjenner at en forsker aldri kan fri seg helt fra teorien, og selv om SDI har induktive premisser, vil teorien uansett ligge som et bakteppe. Teorien og egen fagdisiplin vil alltid ha en innvirkning på hvilke fenomener vi er opptatt av og hvordan vi forsker på disse, og vår forforståelse vil legge føringer på hvordan man formulerer intervjuguiden, hvilke situasjoner som undersøkes, og hva man anser som hensiktsmessig å forske på (Tjora, 2021a, s. 43). Min forforståelse og faglig interesse har med andre ord også innvirket på alle trinn i denne oppgaven. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven lært at feltet og problematikken til de unge voksne er mer sammensatt og kompleks enn jeg hadde trodd på forhånd. Jeg er overrasket over hvor lang tid unge voksne har vært inne i systemet og at de med milde til moderate psykiske helseproblemer hadde såpass omfattende utfordringer som overgriper flere av deres livsområder. Jeg hadde trodd de hadde kortere fartstid i systemet og mindre utfordringer på områder som bolig, økonomi, aktivitet og nettverk. Disse funnene har ført til at recovery og citizenship fikk en større rolle enn jeg kunne sett for meg på forhånd. I og med at de unge har lettere psykiske lidelser kunne litteratur og forskning om positiv psykologi slik som PERMA B også vært relevant. Hadde jeg hatt mer plass ville jeg også integrert kunnskap om kroppen og hjernen i forbindelse med lettere psykiske helseplager. Det får bli ved en annen anledning.

## 4. Resultater

I resultatkapittelet har jeg valgt å legge vekt på de unges egne utsagn gjennom sitater, og de har derfor fått en vesentlig plass når resultatene presenteres. Dette for å bevare det induktive og nærheten til informantenes egne opplevelser og erfaringer, med intensjon om å få brukerstemmen tydelig frem. Hovedkategoriene vil presenteres i 2 hovedkapitler. Under delproblemstilling 1 opplevelsen, av helse og livskvalitet fremkommer hovedkategoriene «**ønsket om å fungere i en forutsigbar hverdag**» med subkategoriene «opplevelsen av egen helse og fungering» og «betydningen av en stabil inntekt og trygg plass å bo» samt «**å leve et så normalt liv som mulig**» med subkategoriene «å ha noe å drive med», «tilhørighet til et felleskap» og «å være selvstendig og ikke være en byrde».

Under delproblemstilling 2, erfaringen med tjenestene fremkommer hovedkategoriene «**å få dekket sine behov**» med subkategoriene «bli sett, hørt og forstått» og «samhandling og kommunikasjon» og hovedkategorien «**å kjempe mot klokka og systemet**» med subkategoriene «rask hjelp til riktig tid så lenge de trenger det og «å ikke bli trodd og tatt på alvor». Deres ytrede behov har kommet til syne på flere områder og vil derfor komme frem flere steder.

### 4.1 Opplevelsen av helse og livskvalitet

I denne undersøkelsen er informantene spurt om sin opplevelse av helse og livskvalitet, hva som oppleves som helsefremmende og hemmende, hva som blir ansett som viktig i deres livssituasjon og hvilke behov, ønsker og drømmer de har.

#### 4.1.1 Ønsket om å fungere i en forutsigbar hverdag

Felles for alle er at de hadde et ønske om å få en hverdag som fungerer. De vektla ulike ting når de snakket om dette. Flere hadde et ønske om utredning og å finne ut av «hva som er galt med meg», eller ønsker om å finne riktig behandlingsform for «å bli frisk». Mens andre jobbet med å «akseptere de begrensingene jeg har» eller å få på plass de hjelpemidlene eller den hjelpen som var nødvendig for å mestre hverdagen.

## Opplevelsen av egen helse og fungering

Om sin psykiske helse fortalte de at de blant annet strevde med angst, depresjon, traumer, tvangstanker, konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, tankekjør, manglende glede og nedsatt fungering. De fortalte at den psykiske helsa kunne svinge og at det i perioder kunne være vanskelig å gjennomføre dagligdagse rutiner. Flere fortalte også at de hadde fysiske helseutfordringer i form av tap av energi, svimmelhet, smerter, muskel og skjelettplager, hjertekar problematikk og funksjonsnedsettelse. De oppleve at helseutfordringene var med på å påvirke mulighetene til å gjennomføre dagligdagse rutiner.

De kunne en del om hva som skulle til for å ha god fysisk og psykisk helse. De trakk blant annet frem behovet for å ha rutiner, det å være i fysisk aktivitet og det å ha sunn kost. De fleste mente at dette var viktig og helsefremmende. Samtidig påpekte flere at det var vanskelig å opprettholde et sunt kosthold og holde seg i fysisk aktivitet av ulike årsaker. En forklarte det slik: «Prøve å spise ordenlig...Veldig bra følelse..Dårlig på..hater å lage mat..og lettvinne løsninger er ofte det beste..eller lettest da..Det å holde liksom sånn..generelt..en sunn livsstil..det funker veldig og hjelper jo for psyken..og det fysiske»(3).

En annen ga uttrykk for at det som har med fysisk aktivitet å gjøre hadde medført mye smerte og skader helt fra hen var liten på grunn av fysiske helseutfordringer, noe som medførte at fysisk aktivitet ble assosiert med redselen for at nye smerter og skader skulle oppstå, fordi de som oftest førte til bevegelsesbegrensninger i tiden som etterfulgte.

Et annet element som flere trakk frem i forbindelse med hva som påvirket helsen positivt var det å gjennomføre småting, og å få til hverdagen: «Kunne få til ting i hverdagen..hverdagslige ting..Da er det sånn..dagligdagse oppgaver i hjemmet..å stå opp..dusje..ja..Småting har betydd veldig mye for meg»(5). Flere gav uttrykk for at det å gjennomføre dagligdagse rutiner kunne være utfordrende. Noen trakk frem at man mangler kapasitet til å fullføre oppgaver på grunn av konstant tankekjør. Andre hadde fysiske begrensninger som gjorde at kapasiteten ble oppbrukt når de for eksempel skulle skifte på sengen. Enkelte trakk frem at opprettholdelsen av egen hygiene kunne være krevende, fordi man ikke følte man var verdt innsatsen. Flere opplevde at det å ikke mestre disse dagligdagse utfordringene påvirket deres livskvalitet. Flere trakk frem det å få hjelp for sine helseutfordringer som en viktig del av hverdagen. Noen trakk

frem det å få fysikalsk behandling som kunne myke opp i muskler og ledd, som fremmede for livsskvaliteten. Andre trakk frem det å ha et helhetlig fokus på kropp og psyke.

### **Betydningen av en stabil inntekt og trygg plass å bo**

De som ikke hadde varig ytelse og stabil bolig trakk frem dette som sine viktigste utfordringer. Økonomi og uavklart bosituasjon var gjennomgangstemaer i disse intervjuene. En av informantene utrykte at det «aldri var nok til noen ting», at det hadde vært «innafor hvis det hadde vært nok til å leve for» og at «økonomi dukker opp i mange situasjoner og ender alltid opp på samme sted» at pengene ikke stopper opp fordi man har et stort forbruk heller at de stopper opp fordi det «ikke kommer nok penger inn»(1). Noen opplevde det som problematisk og frustrerende når de kom i situasjoner der de var avhengig av økonomisk hjelp fra sitt private nettverk, og som begrensende når man ønsket å være sosial. At det var synd at alt nå til dags var avhengig av penger og å måtte telle før man kunne svare venner om de kunne være med å finne på noe. Det å være sosial og at det å skylde familien penger fra før og i tillegg måtte spørre om mer penger i krisesituasjoner var «plagsomt i lengden og opplevdes som «tungt»(1). Mangelen på stabil inntekt ble beskrevet som stoppere for fremtidsutsiktene, ønskene og drømmene:

Mer normal hverdag..Lyst til å bo i en skau der jeg bare kan slippe bikkja løs..Ja og ikke ha det bymaset da..Men da igjen så må jeg jo gjerne..Ha en form for inntekt.for å kunne gjøre det..Så det setter litt stopper på det og..Det er ikke så lett å..bare leie et hus i skogen på en måte..Kontra det å leie en leilighet i byen..og..Hvertfall når man må ha støtte av NAV for å leie i tillegg...Så da får jeg jo ikke..Jeg får jo ikke spart opp noen inntekter..Og da får jeg heller ikke lån..og det..ja..Så drømmene er egentlig bare pakket inn..og lagt bort(3).

Betydningen av å ha en permanent plass å bo ble trukket frem av flere av informantene og at det var vanskelig å fokusere på andre ting, og de problemene man hadde når boligsituasjonen ikke var avklart: «Usikkerhet med bolig..Skaper mye problemer..Bekymringer..Ikke konsentrere seg om problemene du egentlig har...Hvis du har kaos rundt deg når du våkner..så er det litt vanskelig å ikke ha kaos rundt deg når du går ut døra»(1).

Å ha et sted å bo handlet for enkelte ikke bare om å ha en bolig men også det å ha tilgang på det man trenger for å mestre å bo:

Prøve å endelig få en annen ting jeg ikke har greid...Forsikring..Abonnement på strøm og hele den pakka...Alt som handler om å ha et sted å bo..Eneste jeg har til meg selv akkurat nå er en seng..Et sted jeg føler jeg kan være for en stund..Til jeg kanskje en gang får mitt eget sted..også forhåpentligvis få en hund eller noe sånt(2).

Det å mestre å bo handlet for noen om å få den praktiske støtten man trengte for å mestre det å bo alene.

#### 4.1.2 Å leve et så normalt liv som mulig

Alle de unge hadde ønsker å leve et så normalt liv som mulig. De forklarte et normalt liv på ulike vis. En beskrev det på følgende måte:

Vi mennesker er jo lagd for å se. Sammenligne oss med hverandre og..når andre er på jobb i 9-10 time og jeg er på jobb i en halvtime og er mer sliten så er det jo vanskelig å tenke...Nå var du flink istedenfor å tenke at fy f..n du er dritt .Det er vanskelig..for du vil jo..vil jo ha en jobb som alle andre..Du vil jo kunne ha en..hva heter det? Fritid hehe som alle andre og..ja..fungere normalt da..Også når du heller da må..si til deg selv at du var flink som gikk ned trappa liksom..Eller nå gikk du tur i fem minutter...Det virker såå..fjernt..men,,Det hjelper jo absolutt..å ikke...sette seg for høye mål(3).

Flere trakk frem at det var viktig å fokusere på å ikke sette seg for høye mål og heller fokusere på de mindre tingene og få til dem, men at dette var utfordrende. Alle ønsket å ha noe å drive med og å være så selvstendige som mulige. De trakk frem viktigheten av å være sammen med andre. Enkelte opplevde hobby som essensielt. Andre var ekstra opptatt av jobb og så på det som viktig å få til dette. Mange gav uttrykk for at det var mye press og stress på å få til jobb, fritid og å klare seg selv.

#### **Å ha noe å drive med**

Alle i undersøkelsen snakket om å ha noe å fylle tiden med, enten i form av å være sammen med andre eller i form av å ha en hobby, interesse eller en jobb. De unge hadde et variert forhold



til arbeid. Mange hadde opplevd mye press og stress i forbindelse med å skulle være i jobb og at det ofte ikke var så lett å stå i en jobb over tid. Ingen var for øyeblikket i full jobb. Flere hadde et sterkt ønske om å være i fast jobb. De ga uttrykk for at «det å kunne være noe i jobb og føle at man faktisk bidrar med noe eller er en god samfunnsborger» var viktig. En annen opplevde å ha en veldig god ordning med tilpasset stilling og opplevde det som essensielt å kunne tilpasse arbeidsmengden etter dagsformen slik at man kunne jobbe kortere dager og tilpasse etter varierende fungering, men var bekymret for om denne løsningen var permanent både for seg selv og for samfunnet. Vedkommende sa at det var vanskelig fordi det var en opplevelse av at det var «alt eller ingenting» fra NAV sin side og at det ikke var «lagt opp til å gå på jobb når jeg orker» og «at den fleksibiliteten» hen hadde kunne «hjelpa veldig mange» i samme situasjon. At opplevelsen av å ikke være under press var med på å øke den totale arbeidskapasiteten fordi søvnen ble bedre og bekymringene rundt å mestre jobb ble redusert. Andre hadde ikke noe ønske om å være i jobb, og beskrev mange negative erfaringer og manglende mestring i tilknytning til det å være i arbeid, at andre hadde villet mye på vedkommendes vegne, at det ble vanskelig med forventningene:

Jeg kan ikke si at jeg har håp eller drøm om noe arbeid.. Ansvar..jeg har aldri vært flink med det.. Ikke fysisk sterk nok eller frisk nok til å jobbe med diverse ting..Ihvertfall ikke mentalt sterk nok til å håndtere andre folk i 8 timer om dagen som har forventninger til meg..Alt det der..Greier jeg bare ikke(2).

Det var stor variasjon i hva de likte å holde på med på fritiden. Alt fra kreative ting til å spille spill,trene, høre på musikk, game, se film og være med venner. Flere trakk frem at de likte å være ute i naturen i det daglige, at det «ga glede å se natur» og var godt for kropp og sjel. En likte å sove ute og pekte på at selv om det var «beinhardt, var det godt for helsa». En beskrev hobby som en viktig komponent i sitt liv med ulike funksjoner og som essensielt for å ha det bra: «Motvekt og flukt.. Noe å drive med når jeg ikke har jobb.. Fungerer fordi jeg kan styre alt selv.. Pågangsmot..holder energinivået oppe til å gjøre ting..Prate med venner..Du rekker ikke å tenke på annet rundt..»(1). Noen gav også uttrykk for at hobby kunne være stressende, fordi det kostet penger og det fort ble en frustrasjon å sammenligne seg med de som ikke hadde de samme økonomiske utfordringene. Det var også noen som opplevde det vanskelig å opprettholde hobby fordi man ikke fant så mye glede i ting eller fordi den generelle formen var svingende.

## Tilhørighet til et felleskap

Alle opplevde det å være sammen med andre, enten familie, venner, å være del av et miljø tilknyttet en interesse, å ha noe å finne på sammen med andre som viktig for den generelle helse og livskvaliteten. En beskrev det som godt å ha et nettverk der andre med samme interesser kunne møtes, og uttrykte at det å føle seg inkludert «uansett hvem du er så får du være med» og å gi noe til andre «det gir meg selv veldig mye også gir jeg andre veldig mye»(1). En annen opplevde vennene som en viktig støtte og en måte å komme seg ut og i aktivitet på ved at man kunne finne på ting sammen, slik som turer og liknende aktiviteter og hadde til og med valgt å flytte for å få et nettverk:

Hovedgrunnen til at jeg flyttet hit var fordi jeg har venner i området. Vi samles av og til i løpet av en måned. Finne på noe..Førrige stedet jeg bodde hadde jeg ikke noe nettverk. Følte meg skubbet vekk av alle..Glemt rett og slett..Plutselig sluttet å ta kontakt med meg(2).

En opplevde det å lage mat sammen med familie og spise sammen med noen som positivt for livskvaliteten og ga uttrykk for at det var et savn å være mer sosial, men at livssituasjonen gjorde dette vanskelig:

Skulle gjerne hatt noen jeg kunne hatt litt mer kontakt med da..har ikke så stort nettverk..Etter at jeg ble syk var det veldig mange som kuttet meg ut..Har ikke hatt kapasitet til å drive å følge opp...Ikke har jeg gidde heller..holdt jeg på å si(4).

Flere snakket om dette med å isolere seg, eller «selvisolere» seg som en sa. Isolasjon ble satt i sammenheng med redusert helse og livskvalitet:«Hadde blitt veldig..stasjonær..og selvisolerende..ihverfall under korona..Forlot nesten aldri rommet mitt og gikk nesten aldri ut..Førte til at jeg fikk sykdom som jeg nå må på faste medisiner for»(2). I perioder med redusert kapasitet var det vanskelig å være sosial, man kunne isolere seg selv fordi man ikke orket å være sammen med andre. Det å trekke seg tilbake og bare være hjemme, ikke være en del av et felleskap ble beskrevet som negativt av flere. En fortalte at dette hadde blitt ekstra tydelig nå under pandemien, men at det på ingen måte var en ny situasjon, at man ble «sprø i huet av å gå hjemme» og «av å ikke finne på ting» og at de sosiale restriksjonene som pandemien medførte hadde tydeliggjort hvor tøft dette var for mennesker men at dette jo hadde

vært hverdagen til veldig mange i flere år allerede: «.Så..for meg så har egentlig bare koronaen vært..Helt normal..Setter ting i perspektiv..Alle har fått livet snudd opp ned..Mens noen sitter og er..egentlig i samme posisjon..Det er rart å tenke på»(3).

### **Å være selvstendig og ikke være en byrde**

Det alle trakk frem som viktig i sine liv var det å være selvstendig. Det var flere elementer som ble nevnt i sammenheng med selvstendighet. Både god helse, trygg bolig, forutsigbar økonomi, det å generelt få til det man tenker man burde få til, som å opprettholde avtaler med venner og familie, drive med det man ønsker å drive med, være i jobb og få den hjelpen man trenger for å kunne leve så normalt som mulig. Flere påpekte dette med uavhengighet:

Drive med det jeg har lyst til uten at noen stopper det..Ordna opp...Selvstendig jobbmessig og privat...ifølge samfunnet har vi ikke lov til å drive med det vi driver med..noe som, har med penger å gjøre..vi må jukse det til..via familiemedlemmer og sånne ting..har jo ikke lov til å ha et eget telefonabonnement en gang..Det oppleves tungt..Man både..legger seg på noen andre som..kunne hatt bruk for den tingen selv..På grunn av situasjonen du er i så klarer du ikke å holde deg oppe..Også ødelegger du for personen du låner av..Det er litt tungt..Få ordna opp..Sånn at man blir selvstendig på alt på en måte...Altså jeg tenker ikke vinne i lottoselvstendig liksom.. ikke måtte ringe familien din for å få råd til mat...trenger ikke å være masse penger..men bare sånn at det ligger normalt vil jeg si(1).

Flere opplevde det som vondt å «ikke få til ting som det følte som man burde få til». En hadde alltid hatt som mål å flytte for seg selv for å slippe å være en byrde for andre og fortalte at det tok på å «være langt bak alle andre...når målet alltid har vært å være selvstendig»(2).

Noen så på det med støtte i hverdagen til praktisk bistand som et ledd i det å være selvstendig når man lever med funksjonsnedsettelse og opplevde det som begrensende å ikke få innvilget de tjenestene man mente man trengte for å fungere i hverdagen: «Det skal ikke hemme en persons hverdag med..aktiviteter, jobb og fritidsaktiviteter og sånt noe..En person skal kunne gjøre alt det..alle andre gjør..Den skal ikke bare måtte sitte hjemme(4).

## 4.2 Erfaringer med tjenestene i kommunen og øvrig hjelpeapparat

Informantene er også stilt ulike spørsmål rundt sine erfaringer med tilbudene de har mottatt. Tjenestetilbudene og hjelpeapparatet de unge beskriver i denne undersøkelsen er presentert i utvalgstabellen under metodekapittelet.

### 4.2.1 Å få dekket sine behov

De unge forteller om gode og mindre gode erfaringer i møte med tjenestene. Alle opplevde det å motta hjelp for sine psykiske helseutfordringer som viktig både for helsen og livskvaliteten. De som ikke mottok den hjelpen de opplevde å være i behov av gav uttrykk for at dette var hemmende for helsen og livskvaliteten og noe som holdt dem tilbake fra å få til den hverdagen de ønsket seg. For enkelte var det også viktig å få tilgang til den praktiske støtten og hjelpen man har behov for i det daglige for å mestre det å bo alene og for å få hverdagen til å fungere.

#### **Bli sett, hørt og forstått**

De fleste gav uttrykk for at de i stor grad var fornøyd med hjelpen de fikk i psykisk helsetjeneste fra kommunen. Det de vektla som bra var at de følte seg sett, hørt og forstått og møtt på en verdig måte. «Det er første gangen når jeg har fått hjelp noe sted..Alt er veldig bra..Blir hørt og tatt på alvor..Føler meg aldri dum eller mindre verdt..som jeg har gjort på andre steder(3).

Flere opplevde sin situasjon som sårbar og at det var viktig med trygghet og tillit til den man skulle snakke med, og at det var viktig at hjelperen hadde et bevisst forhold til dette med kjemi. Hjelperen kunne være ærlig og uenig og tørre å si imot, så lenge det ble gjort på en måte der brukeren følte seg sett og hørt, at de trengte en som «faktisk gidder å høre på jeg har å si og som kan jobben sin» og videre at det var «greit at noen sa ifra når de fortsatt kunne høre på hva jeg har å si», at det gav en følelse av «å bli tatt på alvor»(4)

Flere trakk også frem at de fikk raskt hjelp i kommunen via «drop in tilbudet» og hjelp så lenge de trengte det, og at hjelpen var tilpasset deres svingende behov og svært fleksibel. Det kunne være alt fra å komme seg ut å gå en tur, til å få råd og veiledning, en å snakke høyt med/bruke som «søplebøtte»(4), en som kunne bistå med papirer og søknader, være med til fastlegen eller ta kontakt med offentlige kontorer og purre på prosesser som trakk ut i tid.

Flere pekte på at det var positivt i møte med kommunehelsetjenesten å få «et spark bak til å gjøre ting». Så godt som alle nevnte dette i ulike sammenhenger, enten for å komme i aktivitet, for å holde orden hjemme, for å gjennomføre/igangsette nye søknader, eller ved at andre instanser ble kontaktet for å bistå i at de unge fikk den hjelpen de trengte andre steder.

Noen pekte også på at kommunehjelperen så hva brukeren hadde behov for, og iverksatte hjelp og tiltak som brukeren selv ikke hadde spurt om:

Jeg har ikke spurt om masse men har fått hjelp til det jeg virkelig trenger..det har vært veldig positivt for meg..det har fått meg til å bli tryggere med å gå ut..være mer aktiv..fått meg til å ta bedre vare på meg selv(2)

Mange gav uttrykk for at de opplevde å få god hjelp i kommunen. Men ikke alle opplevde å få dekket sine behov med de tilbudene de hadde. Selv om kommunen hadde brede, fleksible tilbud opplevde noen det som begrensende at det «stoppet opp der». At det var behov for andre tjenester enn det de fikk i psykisk helsetjeneste, at det var behov for utredning, økonomiske ytelser eller bistand i forhold til praktiske ting og bolig.

### **Samhandling og kommunikasjon**

Flere trakk frem at kommunehjelperen hadde tatt tak i ting de ikke maktet å ta tak i selv. Slik som å kontakte offentlige kontorer, og hjelp til å finne hvilke andre instanser i hjelpeapparatet som kunne bistå med den aktuelle problematikken:

Kjempe glad for at min psykiske helsehjelper har satt seg så mye inn i min sak...og mitt liv..oog..min situasjon. At det..er hen som liksom har tatt den der avgjørelsen med...videreformidling av..tjenester..hva jeg trenger for noe av hjelp(4).

Kommunehjelperen hadde fungert som en slags døråpner på mange måter for å igangsette diverse prosesser de ventet på eller for få den hjelpen de trengte: «Kontakte de som driver med kommunal bolig for å gi de et tidspress ...Har vært en støtte når jeg har hatt vanskeligheter med å for eksempel kontakte nav»(2).

«Kommunehjelperen har hjulpa meg å ta bakveiene for å få legetime..og det skjedde jo med en gang så det er jo helt vilt»(3).

«Mine ord fra en annen voksen i systemet»(1).

De fleste hadde erfaringer med at kommunehjelperen hadde både formalisert arbeid som jevnlig ansvarsgruppemøter og individuell plan, samt mer uformell koordinering og samhandling, der det var møter mellom samarbeidspartene og informasjonsutveksling når det var behov og et ønske om det fra brukerens side. Det at hele apparatet samarbeidet gav en opplevelse av «at alle hadde interesse av å hjelpe» og «trakk i samme retning.» Det var også godt å slippe å videreformidle det som ble sagt videre til alle parter. En forklarte at det å være på et «godt sted når det kom til hjelpeapparatet» skapte håp og hadde fått fremtiden til å se lysere ut:

Det er mer enn jeg hadde for et år siden...Da var det liksom..håper jeg finner et mørkt rom som jeg kan sitte i uten å være en byrde..Et stort steg at jeg har håp om..noe annet..enn det jeg hadde sett for meg..på en lang stund..som egentlig bare...meg låst inne på et lite rom..eller..At jeg sluttet å eksistere egentlig...At jeg føler at jeg ihverfall kan oppnå...noe av det jeg har ønsket hele livet(2).

Flere hadde ønsker om et bedre kommunikasjonssystem. For eksempel et nettsystem der alle samarbeidsparter etter samtykke kunne kommunisere med hverandre, og at de ulike tjenestene hadde mer kunnskap om hverandre og hva de ulike drev med. Både for å slippe å forklare hva problemene om igjen, men også for å slippe å være en byrde. Mange opplevde at de brukte mye tid og energi på å finne ut av hva de hadde rett og krav på, og var selv etter å ha vært i kontakt med kommunen en lang stund ikke helt sikker på hva kommunen kunne hjelpe med:

Bedre formidling av hva dere gjør og kan gjøre..sikker på hva tjenesten innebærer..Er fremdeles ikke helt sikker på..hvilke tilbud jeg kan..egentlig..ha rundt meg...De som reklamerer for disse tingene virker litt usikre på hva det innebærer egentlig..Fikk en veldig lett forklaring på psykisk helseteam fra dps(2).

En annen sa også at kommunen hadde litt å gå på når det kom til samhandling, at det fungerte sånn delvis. Det ble trukket frem at det var viktig at hjelperen tilegnet seg kunnskap om problematikken brukeren hadde og at det var viktig «å lese seg opp». Vedkommende hadde lang erfaring med ulike kommunale tjenester og gav uttrykk for å ha «mye men dårlig erfaring»(4).

## 4.2.2 Å kjempe mot klokka og systemet

De opplevde at det tok lang tid, at de måtte innom veldig mange forskjellige instanser, at det var mye venting og motgang, og at det ble stilt spørsmålstegn ved deres fungering og behov i møte med tjenestetilbudene. Noen beskrev opplevelsen av å stå fast, ikke kom videre i sitt eget liv fordi man ikke fikk den utredningen man hadde behov for. At det tok flere år å få tilpasset hjelp når man ikke hadde en diagnose som utløste rettigheter. En beskrev sorg i forbindelse med å ikke ha bli fanget opp allerede som tenåring, og undret seg over hvordan livet ville vært hvis man fikk hjelp allerede da. Å være ung voksen ble oppfattet som en «kritisk fase» der man «ved å bli møtt tidligere eller bedre» kunne «spart seg selv og samfunnet for mye ressurser» selv om «det kanskje tar litt mer tid der og da», var det ikke nyttig for hverken personen eller samfunnet å være uavklart.

### **Rask hjelp, til riktig tid, så lenge de trenger det**

Alle ønsket rask hjelp, til riktig tid og hjelp så lenge de trenger det. De hadde erfaringer med at det kunne ta lang tid å få den hjelpen de trengte for å få sine behov dekket. De beskrev det som fortvilende at det ble lange venteperioder hver gang man hadde en ny søknad inne, eller ventet på å få svar. Dette var i møte med flere deler av hjelpeapparatet. Både NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. De pekte på ventetid som et stort problem både for seg selv og for samfunnet fordi mennesker som:

I utgangspunktet var ressursterke...Ender de opp med å være flere år sånn halvveis inni samfunnet..og koster seg sjølv og samfunnet..mye ressurser..Hadde det ikke da vært bedre på en måte å tatt det mer på alvor når man faktisk ønsker å søke hjelp..tidligere da..Enn at man prøver å fase det ut fordi det er trangt i systemet og..Dette er en person som per nå ser ut som klarer seg relativt greit nok...Men da lenger utover i linja kanskje trenger mer hjelp igjen(5).

Noen fortalte også at når man først fikk svar så fant man ut at det ikke var riktig sted til å hjelpe. «Innom mange forskjellige folk..Tok 6 år å finne nøkkelpersoner..Ting tar lang tid..Venteperiode...Stanger og venter.. Så får du svar og begynner å prate med noen også viser det seg at det var ikke riktig»(1).

Mange fortalte om mellom 5-10 års fartstid i NAV-systemet med ulike ytelser, uten å få varige avklaringer. Noen hadde vært innom skolehelsetjeneste, bup og hatt tilknytning til hjelpeapparatet i store deler av livet allerede: «..Hørt i 8 år nå at det bare er et par måneder så...er du i 100% jobb..da kommer alt til å bli bedre..men etter 8 år så har det ikke tatt et par måneder liksom»(3).

Flere opplevde også at det var korte behandlingsforløp som gjorde at de følte seg skviset ut eller at de hadde liten tid på seg. Dette skapte mye stress og lite forutsigbarhet og kunne forverre både helse og livskvalitet. En trakk frem det at helsen svinger og at det å bli skrevet ut så fort det går bra, for så å vente et år før man kom inn igjen var alt for sent. At det da var bedre å ha noen i bakhånd som kunne steppe inn når behovet var der og trakk frem kommunens rolle i denne sammenhengen, at det var viktig å ha «noe å falle tilbake på i dårlige perioder, slik at ikke problemene ble for store i venteperioden som kunne vare i oppimot et år. Spesielt når «resten av systemet bare gir opp»(3).

### **Å ikke bli trodd og tatt på alvor**

Flere opplevde det å være i en livssituasjon der man trenger hjelp for å få dekket daglige behov og for leve så normalt som mulig som sårbar. I en slik situasjon vektla de viktigheten av å bli trodd på og tatt på alvor. I flere tilfeller hadde de unge en opplevelse av å bli sittende med problemene på egenhånd uten å få den hjelpen de hadde behov for, at det ble et hinder i å komme i gang med livet sitt. Flere oppga at det tok mye energi og krefter å overbevise ulike deler av systemet om at de hadde utfordringer og å få den hjelpen de trengte for å få sine behov dekket, at man måtte «kjempe» og at:

Det veldig ofte var folk som ikke ville høre og forstå meg og min historie..Greit nok min historie er ikke så veldig lang..Men den er komplisert..Du veit egentlig hva som vil fungere for deg sjøl..Men du får det ikke..På grunn av at kommunen skal spare masse penger...I gåseøyne..for å prøve å hjelpe til..Men så..fungerer det ikke..Også må man da kjempe og kjempe og kjempe og kjempe...For å få det til..det synes jeg er veldig synd....Det er ikke sånn det skal være(4)

Det var også erfaringer med at hjelpetilbudet var ulikt fra kommune til kommune. Dette opplevdes som uforståelig og urettferdig. Som at nasjonale retningslinjer ikke ble holdt av den



aktuelle kommunen: «Det skal ikke være forskjell fra kommune til kommune..det er..satt.,retningslinjer fra stortinget om det»(4)

Flere trakk frem hvor utfordrende de opplevde det å finne ut av hva som var «galt med dem» eller hvorfor man ikke var frisk, mangelen på en diagnose. En fortalte at det å få hjelp i spesialisthelsetjenesten til riktig behandling og utredning hadde opplevdes som problematisk, og at man selv etter gjentatte runder fremdeles fikk tilbud om det man allerede hadde forsøkt, og ikke opplevde at virket som om det var første gang man var i systemet:

Mitt største ønske..en grundigere terapimetode..i og med at nå har det bare vært kort intensiv terapi de gangene jeg har vært i behandling på dps...Når dette har gått over en 10 års periode..Er det noe som kan gjøres bedre? For det..føles som om..det..kan det... Føler at jeg enten har blitt fasa ut..Avslag..opplevdes jo litt vondt..Vært en lengre periode..Føler ikke jeg blir tatt helt på alvor da..Eller i hvert fall ikke godt nok på alvor..Ikke føler jeg får enten den behandlingen eller utredningen jeg ønsker og tror jeg trenger,,,...Hvor mange ganger skal jeg få tilbud om kognitiv terapi når jeg ikke føler det hjelper da?(5)

Noen erfarte at de ikke fikk tid til å finne ut av hvor skoen trykket i sitt eget tempo, men opplevde seg presset ut i tiltak for å kvalifisere for ytelser og ga uttrykk for at særlig det å være innunder NAV-systemet kunne være krevende. Både med tanke på å få det økonomiske til å strekke til, men også i forhold til forutsigbarheten og varigheten på de ulike ytelsene og tiltakene og opplevelsen av å stadig ha et press på seg til å bli frisk innen gitte frister. De opplevde også at det stadig var utskiftning av kontaktperson, at papirer forsvant og at saksbehandlerne ikke var satt inn i saken eller manglet nødvendige opplysninger. En opplevde seg som «et papir som ble flyttet i en bunke», en annen beskrev det som «flere ringer å hoppe igjennom en nødvendig», en tredje som at det var fulltidsjobb å gå på NAV:

Nav største problemet.Motgang.Pushing.Prøv mer og mer før tilby hjelp..Lei og sliten..100% stilling å gå på NAV..Mye usikkerhet enn å faktisk bare møte opp et sted å jobbe..Når man ikke får til noen av delene blir det veldig vanskelig(1).

Det å møte motgang år etter år ble sett på som krevende og noe som gjorde at det i perioder ikke skulle så mye til før det opplevdes som ekstra tungt:

På en dårlig dag har jeg lett for å se motgang ganske hardt. Det blir ekstra tungt å komme seg igjennom det på en måte...I hvert fall etter så mange år med motgang..selv om ting begynner å bli bedre..også kommer det en liten ting til så blir det ekstra dritt da(1)

Enkelte forklarte også at «fastlegen ikke trodde det var noe galt med meg». Spesielt hvis man kom med uspesifikke plager som ikke kunne påvises i blodprøvesvar eller med annen klinisk undersøkelse:

Hvis noen har vondt i beinet for eksempel..Uten at de finner noe..Så er det dårlig gjort å si det bare er psykisk..Eller at det ikke er noe..At man kanskje burde..undersøke litt mer..Uansett hva det skulle være på en måte..Hvis man ikke blør så er det ikke vondt..Det..er..dårlig..dårlig tanke synes jeg(3)

Andre opplevde god støtte i fastlegen, men at legen gav uttrykk for frustrasjon i at vedkommende ikke kom videre i systemet og fikk den hjelpen de begge mente at vedkommende var i behov av.

## **Oppsummering**

Som presentert i delkapittel 1 om de unges opplevelse av sin helse og livskvalitet og hva de er opptatt av så var det stor variasjon i hva de unge opplevde som viktig, hvilke ønsker de hadde for sine liv og hva de hadde behov for. De hadde mye til felles, slik som ønsket om god helse, forutsigbarhet, opplevelsen av å mestre, tilknytning til et felleskap og å være selvstendig. Det var både fellestrekk og ulikheter i de unges opplevelse av sin livssituasjon og sine behov. Behovene så ut til å henge sammen med deres fysiske og psykiske fungering, hva som var på plass i livet, hvilke ønsker de hadde for sine liv generelt og hvor i sine avklaringsforløp og behandlingsforløp de var.

I delkapittel 2 har jeg forsøkt å vise frem variasjonen i informantenes erfaringer med tjenestene og hjelpeapparatet både hva de opplever som gode og mindre gode erfaringer og hvordan de opplever at deres behov blir dekket i møte med hjelpeapparatet, om viktigheten av å bli hørt og tatt på alvor og om å få riktig hjelp til riktig tid så lenge de trenger det.

De unge i denne undersøkelsen er som tidligere beskrevet trukket ut ifra et strategisk utvalg med maksimal variasjon. Informantene viser igjennom sine utsagn hvordan det oppleves å være

i en livssituasjon der opplevelsen av helse og livskvalitet er utfordret. De er i behov av hjelp for å få hverdagen til å fungere og for å leve et liv som er så normalt som mulig. Deres uttalelser viser også hvor kompleks problematikken kan være og hvor ulike og sammensatte behov de har. De viser også at de samlet allerede har en lang karriere i hjelpeapparatet med både gode og mindre gode erfaringer.

## 5. Diskusjon av resultater: Hvordan opplever unge voksne tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene?

### 5.1 Konsepter som kommer til syne

Jeg vil nå diskutere resultatene i undersøkelsen i lys av forskning og teori. Fenomener som har fremkommet under arbeidet med denne oppgaven, i bearbeidelsen av datamaterialet og teori vil bli presentert som konsepter som kommer til syne og vil tilsvare trinn 5 i SDI. Det er flere fenomener som kommer til syne i resultatene og som kan forklares i annen teori og som kan gjelde andre enn de som er undersøkt. 4 konsepter er valgt ut og ansees som relevante for oppgavens problemstilling og presenteres i punktene som følger.

#### 5.1.1 Kontinuumet av helse og opplevelse av sammenheng

Ved flere anledninger i undersøkelsen trekker informantene frem opplevelsen av stress og press, opplevelsen av manglende indre og ytre ressurser og mangel på mening, mestring og kontroll over forhold som påvirker egen helse, livskvalitet og livssituasjon. Forhold de trekker frem er helse og funksjonsnivå, økonomi, bolig, meningsfull aktivitet, tilhørighet til et felleskap, å være selvstendig og ikke være en byrde. Opplevelsene og behovene de beskriver kan settes inn i Antonovskys salutogene modell og oversettes til fenomenene som han kaller for opplevelse av sammenheng (OAS), generelle mestringsressurser, balanse mellom over og underbelastning og opplevelsen av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

Antonovsky mener at mennesker til enhver tid er utsatt for press og stress og at hvordan en person håndterer dette avhenger av graden av mening, mestring og kontroll. En persons evne til å håndtere press og stress påvirkes av personens generelle mestringsressurser og henger sammen med en persons motstandsdyktighet eller motstandskraft. Dersom mennesker opplever et liv der motgangen og utfordringene de møter er forbundet med mening, mestring og kontroll og er mulige å overkomme, vil mennesket utvikle seg i retning av helse. Dersom de ikke har de tilgjengelige ressursene som skal til, vil mennesket kunne utvikle uhelse (Antonovsky, 2012, s. 141–142).

Hvis man skal forstå de utfordringene som beskrives i resultatkapittelet sett ut ifra et saluteogenetisk perspektiv er de områdene i livet som oppleves som manglende helse og livskvalitet et problem, eller som Antonovsky ville sagt, man har et udekket behov og for å få dette dekket må man gjøre noe (Antonovsky, 2012, s. 141). Informantene i undersøkelsen forteller om ulike måter å løse sine problemer på, noen problemer beskriver de at de løser ved å søke hjelp og støtte utenfor seg selv, i private og offentlige arenaer. De beskriver at de opplever at å være sammen med venner og familie, spise sunt, være i fysisk aktivitet, ute i naturen som livskvalitetsfremmende og helsefremmende. På et overordnet nivå kan det se ut som de på egenhånd og ved å få den hjelpen det er behov for søker å gjenopprette opplevelse av sammenheng. På denne måten kan graden av mening, graden av kontroll, og graden av mestring, øke, slik at målet om bedret helse og livskvalitet oppnås. Man kommer da høyere opp på skalaen som Antonovsky kaller for kontinnumet av helse. Faktorer som kan påvirke helsen og livskvaliteten i positiv retning i denne undersøkelsen har blitt trukket frem i flere sammenhenger og de temaene og undertemaene som er presentert i resultatkapittelet viser at det er innenfor mange ulike områder i livet de opplever at påvirker helsen og livskvaliteten. Både på individ nivå og på samfunnsnivå. Som hemmende på helse og livskvalitet trekkes manglende ressurser både økonomisk, fysisk og psykisk frem som av informantene. Antonovsky trekker frem at for å ha en opplevelse av sammenheng er individet avhengig av indre ressurser og ytre ressurser, og at samfunnet og helsetjenestene kan kompensere for mangelen på indre og ytre ressurser ved å legge til rette for at individet styrker sin opplevelse av sammenheng. Ved en slik tilrettelegging der opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet styrkes i møte med samfunnsaktører og tjenestene «...ved å sette folk i stand til å oppsøke det jeg vil kalle OAS-fremkallende erfaringer innenfor rammene av sitt liv (Antonovsky, 2012, s. 137).

Informantenes opplevelse av fysiske og psykiske fungering ser ut til å henge sammen med hvilke behov de opplever at er dekket og hvilke behov de skulle ønske ble dekket.

Forhold som bolig og økonomi peker seg i undersøkelsen ut som en utfordring. Informantene som hadde avklart boligsituasjon og varig økonomisk ytelse tematiserte ikke bolig og økonomi som problemområder i like stor grad. De som derimot ikke hadde avklart bolig og økonomi ga, uttrykk for at dette opplevdes som stressende, og gjorde det vanskelig å jobbe med egen tilfriskning. Det kan derfor se ut som at det er en sammenheng mellom stønadstype og

boligsituasjon og opplevelse av helse og livskvalitet. Antonovsky peker blant annet på ytre forhold slik som penger, husvære som generelle motstandsressurser(Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 30). For å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng må minst fire tilgjengelige ressurser være på plass, og disse må brukes på en måte som gagnar helsen: sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter, eksistensielle tanker og kontakt med indre følelser(Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 30). Dette samsvarer godt med beskrivelsene informantene i undersøkelsen har kommet med.

Antonovskys modell har blitt kritisert for å ha begrepsmessige uklarheter og for å overlape med andre liknende begreper (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 64–65). OAS har også blitt kritisert for å mangle evidens for stabilitet over tid. Lindstrøm og Erikson peker på at OAS nok ikke er så stabil som Antonovsky hevdet (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 65). Det å benytte den salutogene modellen og tilføre helsebegrepet som et kontinuumsbegrep, snarere enn et dikotomisk «frisk-syk»-begrep som et supplement til patogenesen, ved å fokusere på mestring, tilrettelegge for generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng på individ, gruppe og samfunnsnivå kan imidlertid kontinuumet av helse flyttes fra uhelse mot helse. Som Antonovsky fremhever er dette et samfunnsansvar, «nøkkelen ligger i samfunnet og at mennesker har omsorg for hverandre» (Antonovsky 93 i Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 60). På den måten kan folkehelsen, det helsefremmende perspektivet, empowerment og mestringsperspektivet, som helsetjenestene i tillegg til å behandle sykdom også har ansvar for, imøtekommes etter «sammen om mestrings» anbefalinger.

### 5.1.2 Recovery, å leve et så normalt liv som mulig

Recovery overlapper med salutogenesen og tenkningen om å fremme mestring og at veien til god psykisk helse er en prosess, snarere enn et «frisk-syk» perspektiv (Borg et al., 2013, s. 9). Som redegjort for i teorikapittelet handler recovery både om å fremme individets opplevelse av mestring, håp og tilfriskning eller bedring og de sosiale aspektene slik som medbestemmelse og tilknytning og tilhørighet til lokalsamfunnet. På den måten fremstår recovery både som en individuell og sosial prosess (Borg et al., 2013, s. 9–14).

Informantene i undersøkelsen fortalte at de hadde forskjellige tanker om tilfriskning og trakk frem ulike forventninger og ønsker i forhold til sin egen helseutvikling og egen livssituasjon. Alle hadde et ønske om å leve et så normalt liv som mulig. Noen sa at de hadde et ønske om å «bli frisk», «finne ut hva som er galt med meg», «finne riktig behandlingsform», mens «andre ønsket å akseptere de begrensningene de hadde» og «få på plass nødvendig hjelp for å mestre hverdagen». Disse utsagnene kan tyde på at det er et spenn i forståelsen av helsebegrepet og forventninger til helsetjenestene og hvordan helsetjenestene imøtekommer unge voksne med moderate psykiske helseplager som spenner fra det som defineres som lettere plager som ikke er diagnostisert til mindre alvorlige lidelser som er diagnostisert. Det kan se ut som at noen av informantene hadde forventninger om å bli helt kvitt helseplagene og at de muligens har en forståelse av sine helseplager ut ifra «frisk syk dikotomien». Andre igjen var i en prosess der de jobbet med å akseptere en hverdag med begrensninger, og heller legge til rette for at man på noen områder og i noen perioder hadde begrensninger som man måtte tilrettelegge for. Dette gjenspeiler også noe av utfordringen med å imøtekomme unge voksne med moderate helseplager, og at helsetjenestene ikke helt lykkes i å imøtekomme deres behov, noe som er velkjent i forskningslitteraturen både i Norge (Ådnanes et al., 2019) og i USA (Babajide et al., 2020). De unge med moderate plager er på ulike steder i sin livssituasjon, noe som fordrer at tjenestene må tilby individuelt tilpasset, fleksibel hjelp, basert på der den enkelte er i sin prosess. Det anbefales derfor tjenester som er spesielt tilpasset deres aldersgruppe og deres behov (Babajide et al., 2020).

Det ser ut til recoveryorienteringen på individnivå, i møte med den enkelte bruker, benyttes av kommunehelsetjenesten. Informantene opplevde seg sett, hørt, og forstått. De opplevde også at hjelpen hadde gitt dem troen på, eller håp om, at de ihvertfall kunne oppnå noe av det de hadde ønsket med livet. Imidlertid er det flere andre eksempler i resultatene som tyder på at det er en lang vei å gå med tanke på implementering av recovery på systemnivå generelt, og da med tanke på brukermedvirkning og ivaretagelse av meningsfulle aktiviteter slik som jobb og tilhørighet til et felleskap spesielt. Som beskrevet i resultatkapittelet var dette viktig for de unge voksne. De hadde et ønske om å leve et så normalt liv som mulig. Ut ifra resultatene kan se ut som om ansvaret NAV og psykisk helsetjeneste har for å forhindre alvorlige psykososiale konsekvenser (Helsedirektoratet, 2014, s. 54), ikke blir helt ivaretatt. Flere av resultatene peker i retning av at informantene har udekkede psykososiale behov. På individnivå trekker informantene frem sine erfaringer med å møte hjelpere som de opplevde seg sett, hørt, tatt på

alvor og forstått av. De opplevde også at hjelpen de var fornøyde med var fleksibel og tilpasset deres behov. Noe som alle hadde eksempler på i møte med kommunehelsetjenesten. De hadde imidlertid også eksempler på at de ikke hadde opplevelsen av å bli sett hørt og tatt på alvor av personer de møtte i systemet/hjelpeapparatet, og at de i enkelte sammenhenger hadde opplevd å bli sittende med sine problemer alene og at hjelpen de fikk ikke var tilstrekkelig.

### 5.1.3 Medborgerskap og utenforskap

Flere har som redegjort for i teorikapittelet tatt til orde for citizenship eller behovet for medborgerskap og tilknytning til lokalsamfunnet. Informantene ga også uttrykk for at selv om man hadde helsemessige utfordringer og begrensninger, skulle man ikke bli avskåret fra samfunnet og bare sitte hjemme. Recoverybevegelsen har igjennom en årrekke trukket frem menneskets rett til medborgerskap, både ved å føle seg som en del av et samfunn, men også å ha like rettigheter som alle andre, der ens rettigheter, ansvar, roller, ressurser og relasjoner er tilgjengelige og man føler seg verdsatt og som en likeverdig og anerkjent deltaker av samfunnet (Rowe & Davidson, 2016, s. 17). I praksis kan det imidlertid se ut som om samfunnet ikke har lykkes helt med å få til dette på en måte som gjør at alle individer opplever seg like mye verdt. Sommer et al trekker frem uttrykket annen rangs borger, som peker på at mennesker med psykiske helseproblemer kan oppleve sin medborgerskapelige rolle som svekket (Sommer et al., 2013, s. 36). «Medborgerskap handler om å føle seg sett, møtt og respektert som et verdifullt medmenneske og ha en plass i samfunnet på lik linje med andre både rettighetsmessig, økonomisk, sosialt og kulturelt (Tew 2008 i Sommer et al., 2013, s. 36). De unge voksne i undersøkelsen som er gjennomført trekker ved flere anledninger frem at de ikke opplever at deres rettigheter blir ivaretatt i møte med tjenestene og de offentlige instansene. De opplever også at de ikke blir trodd og tatt på alvor når de gir uttrykk for sine hjelpebehov og sin reduserte helse. Også på områder som dreier seg om økonomi, sosial og kulturell tilhørighet gir de uttrykk for at det kan være vanskelig å være delaktig på lik linje med andre fordi de har økonomiske begrensninger. Flere har også et ønske om å være et fullverdig medlem av samfunnet ved å bidra med jobb, men opplever det vanskelig å finne en jobb som er tilpasset deres ressurser og utfordringer og at det fra NAV sin side er «alt eller ingenting» som gjelder. De ønsker også å ha større valgfrihet i forhold til bolig. Liknende barrierer for å oppnå fullt medborgerskap pekes på av (Petttersen og Nesse 2019 i Pettersen, 2022, s. 37). De oppfordrer det psykiske helsefeltet til i større grad å vektlegge forhold som bosituasjon, deltakelse i arbeidsliv, meningsfulle



aktiviteter og økonomi (Pettersen og Nesse i Pettersen, 2022, s. 36). Deltakerne i undersøkelsen ønsket å ha noe å drive med, de opplevde redusert helse og livskvalitet ved å ikke få til det de ønsket å få til og opplevde en følelse av å ikke strekke til når de ikke mestret forhold som andre på deres alder mestret.

Informantene som ikke opplevde medborgerskap og tilhørighet trakk frem dette som tap av livskvalitet og helse. Dette støttes også i forskningen som er presentert i teorikapittelet, der det kommer frem at andelen av unge under 30 som står utenfor arbeid og aktivitet øker, og at majoriteten av de som ender opp som uføretrygdete har hatt psykiske helseplager de siste 10 årene før de ble uføretrygdet (Haugli Bråten & Sten-Gamberg, 2022, s. 2). De unge voksne i denne oppgaven er primært under uavklarte forløp, men flere av dem har overaskende lang fartstid innenfor de offentlige tjenestene. De har ikke nødvendigvis vært så lenge i psykisk helsetjeneste i kommunen, men flere har vært lenge i kontakt med NAV. Flere forteller også at de har vært i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet igjennom flere år slik som skolehelsetjeneste, BUP og DPS. Flere har som tidligere nevnt et ønske om å være en del av felleskapet og å ha en jobb, og de opplever at livet blir satt på pause når de ikke får kommet i gang med livet sitt. Kosten av denne pausen og å stå på utsiden, kommer til syne på flere områder. Utviklingspsykologisk fører dette til at man ikke får utviklet seg i takt med andre i samme alder, blant annet på grunn av manglende mestring. Flere av informantene oppga at det var krevende at andre er kommet lengre enn dem, og at de opplevde manglende mestring. Dette kan føre til psykisk uhelse (Antonovsky, 2000) og isolasjon (Erikson i Jerlang, 2000, s. 104).

I tillegg kommer de økonomiske og sosiale konsekvensene både på individ og samfunnsnivå ved tapt inntekt og at man ikke har penger til å etablere seg og ved tapt arbeidsfortjeneste, og utgifter på 60-70 milliarder årlig for samfunnet (Vanvik Hansen et al., 2016, s. 5).

Mennesket har behov for å kjenne tilhørighet og til å føle seg som en viktig del av noe større enn seg selv, blant annet illustrert gjennom Hertz artikkel som viser til forskning om sammenhengen mellom ensomhet og isolasjon, og negativ helse (Hertz, 2020). Ved å forhindre utenforskap og stimulere til påkobling i samfunnet igjen kan mennesket på ulike plan løse mange helse og livskvalitetsmessige plager blant annet illustrert i Davidson et al i Topor et al 2011, der penger som skulle gå til sosial deltakelse førte til symptomreduksjon, høyere funksjonsnivå og høyere tilfredshet med livet (Topor et al., 2011, s. 94).

### 5.1.4 Gjenstridige problemer

Komplekse og sammensatte utfordringer kalles for «gjenstridige problemer» (Helsedirektoratet.no, 2019, kapittel 3). Fenomenet «wicked problem» defineres blant annet ved at det er ulik forståelse av hva som er problemet, hvordan problemet skal løses, når problemet er løst, hvem som har ansvaret for å løse det, og at det finnes ulike måter å løse problemet på (Head & Alford, 2015). På den måten fremstår psykiske helseplager innenfor forløp 2 som et gjenstridig problem, eller wicked problem. Det kan se ut til at denne gruppens sammensatte og til dels udefinerte problematikk ikke blir ivaretatt slik informantene opplever det. Det gjelder spesielt for gruppen som ble gående med uavklart problematikk, noe som også fremkommer i informantenes utsagn. Det kan være flere årsaker til dette. En forklaring til at de unge erfarer å ikke få dekket behovene, får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten, og erfarer at det tar lang tid å finne riktig tjeneste, kan handle om uklare formuleringer i retningslinjer og ulik begrep og definisjonsbruk i forståelsen av psykiske helseplager. Dette kan gjøre det vanskelig å manøvrere seg i systemet, og få riktig hjelp til riktig tid, og å vite hvem som er ansvarlig for hjelpen. I undersøkelsen utalte informantene behov for hjelp til samhandling, at de ikke var helt sikre på hva de kunne få hjelp til, og at de hadde inntrykk av at ansatte i tjenestene heller ikke hadde full kunnskap til hverandre. En artikkel på napha.no påpeker behovet for tydeliggjøring av hvilke tjenester som tilbys, forventninger man kan ha til kommune og spesialisthelsetjenesten, samhandling mellom tjenestene, og brukermedvirkning i tjenesteutviklingen. Det oppgis også store uløste utfordringer knyttet til de som opplever avslag i spesialisthelsetjenesten (Giske Wilhelmsen, 2022). Dette samsvarer godt med det informantene gir uttrykk for.

Det kommer også til syne i undersøkelsen et uttrykt behov for en diagnose. En forklaring på dette er at diagnoser i mange sammenhenger er avgjørende for å få riktig hjelp i helsevesenet. Dette kan henge sammen med at man lettere snakker samme språk og forstår de samme problemene når diagnosebegreper benyttes som utgangspunkt for forståelsen av et problem. Diagnoser har fordeler i sammenheng med å utløse rettigheter og få på plass varige ordninger som gir forutsigbarhet, de skaper et felles språk og en forståelse for hvordan et problem kan løses. Dette med diagnose er imidlertid å se som et tveegget sverd. Diagnoser kan også føre til begrensninger eller kategoriseringer av mennesker (Ekeland, 2021, s. 47–48). Noen av informantene opplevde stigmatisering i forbindelse med sine diagnoser, og ga uttrykk for at det

i enkelte sammenhenger hadde fått dem til å føle seg dumme og mindre verdt. Det fremkommer også at det ikke bare er de som mangler en diagnose som ikke opplever å bli sett, hørt og forstått. Flere med diagnose fortalte om opplevelse av stigmatisering i enkelte sammenhenger og de gav også uttrykk for udekkede behov. På den måten kan det se ut til at tilnærmingen til psykisk helseproblematikk på systemnivå ikke imøtekommer behovene brukerne har, ved å benytte en tradisjonell medisinsk tilnærming til problematikken, og at mange ikke får den hjelpen de ønsker, og rettighetene sine dekket. Det kan se ut til at psykiske helseproblemer blir tolket som mindre komplekse hvis de møtes med en slik forståelsesramme. Flere har tatt til orde for at psykiske helseplager som fenomen er annerledes enn medisinske helseplager, og at diagnosesystemene i seg selv ikke er dekkende nok. Kirkengen, Aare, Haugsgjerd og Ekeland er blant dem som påpeker dette. Ekeland kaller dette «psykiatrifagets epistemologiske pine» (Ekeland, 2021, s. 14). Andenæs (2017) i Ekeland kom i sin forskning frem til at norske psykiatere kan kategoriseres i to grupper «medisineren og fortolkeren», der den ene gruppen er orientert rundt sykdommen, og den andre rundt personen. Studien viser ulikheten som oppstår i forståelsen av klinisk praksis (Ekeland, 2021, s. 14). Haugsgjerd hevder at vi kommer til kort med kunnskapen fra blodprøver, testresultater og bilder. Det gjenstår noe «uforklarlig», selve opplevelsen. (Haugsgjerd, 2018, s. 41). Ekeland tar til orde for en dreining mot en «subjektontologisk forståelse», og hevder at behandlingsforskning peker mot konklusjonen: «En kan ikke behandle psykiske lidelser -en kan bare behandle et psykisk lidende menneske. At det ikke er sykdommen, men personen (subjektet) som responderer på behandlingen» (Ekeland, 2021, s. 13). Dette etterlyser også informantene i undersøkelsen gjennom et ønske om å bli tatt på alvor uansett om problemet de har synes eller ikke. Slik jeg ser det, taler dette for en mer kontekstuell og fleksibel tilnærming til psykiske helseproblemer, og at systemene og tjenestene som møter unge mennesker med psykisk helseproblematikk i større grad må ta høyde for den enkeltes kontekst. Petrie og Peters påpeker at det er behov for å anerkjenne gjenstridige problemers kompleksitet, snarere enn å forsøke å forenkle dem med «one size fits all løsninger». De hevder at ved å ignorere wicked problems, vil ikke helsevesenet være bærekraftig, og foreslår videre å dreie helsevesenet fra en lineær problemløsning til en modell som er mer tilpasset komplekse problemer (Petrie & Peters, 2020, s. 134). På system og individnivå vil det trolig være mye å hente på en slik dreining ovenfor unge voksne. Haugli Bråten og Sten-Gahmberg påpeker at utfordringen denne gruppen har er problemer som kan forebygges og løses før de blir for alvorlige og de ender opp som uføre i 30 års alder. De ser

med bekymring på hvordan gruppen som har lettere psykiske helseplager som kan forebygges, er gruppen som har økt mest i forbindelse med uføretrygd (Haugli Bråten & Sten-Gamberg, 2022). Det er stort potensiale for forebygging, helsefremming og påkobling i samfunnet igjen ved å rette oppmerksomheten mot kompleksiteten i de unge med psykiske helseplagers problematikk. På den andre siden er det viktig å ivareta helhetsbildet ved å ta høyde for begge perspektiver samtidig, slik at den kontekstuelle og medisinske modellen komplementerer hverandre, og sikrer at blikket på den somatiske helsen også blir ivaretatt og integrert, og ikke forsvinner i de andre problemene (Giske Wilhelmsen, 2022).

## 6. Oppsummering og implikasjoner for praksis

I lys av problemstillingen «Hvordan opplever unge tjenestemottakere sin helse og livskvalitet og hvilke erfaringer har de med tjenestene?», har jeg forsøkt å belyse deres problematikk på en så nyansert måte som mulig. De unge voksne som har bidratt i denne undersøkelsen ønsker å fungere i en forutsigbar hverdag, med stabil inntekt og en trygg plass å bo. Informantene ønsker å leve et så normalt liv som mulig, der de har noe å drive med, kjenner tilhørighet og er selvstendige. Å få dekket sine behov for hjelp er viktig, der de blir sett, hørt og forstått. De ønsker å slippe å kjempe mot klokka og systemet ved å få riktig hjelp til riktig tid, så lenge de trenger det, der de blir trodd og tatt på alvor.

Litteraturgjennomgangen viste at det er lite kunnskap om unge voksne med milde til moderate psykiske helseplager i kommunehelsetjenesten fra før. Forskningen jeg har funnet viser at gruppen har lavere livskvalitet fordi de har udekkede behov for behandling og aktivitet, og trenger tjenester som er tilpasset sin problematikk og aldersgruppe. Unge voksne med moderate psykiske helseplager har større sannsynlighet for å ende opp som uføretrygdet, og har hatt langvarig kontakt med tjenestene for sine psykiske problemer i forkant av uføretrygden.

Salutogenesen og kontinuumet av helse og opplevelse av sammenheng, recovery og citizenship er konsepter som er benyttet for å belyse problemstillingen. I tillegg fremstår problematikken unge tjenestemottakere i forløp 2 har, som et gjenstridig problem som krever fleksible og kontekstuelle tilnærminger.

Funnene i min undersøkelse og litteraturgjennomgangen peker i samme retning. De unge voksne har behov for fleksible tjenester som har fokus på helhetlige forhold som bolig, jobb, aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse og nettverk. For å fremme brukermedvirkning, håp, mestring, helse og livskvalitet og forhindre utvikling av komplikasjoner. Det er også behov for mer forskning om hvordan treffsikre tjenester for denne gruppen bør utformes. Fremover er det viktig å ha et helhetlig bilde på hvordan problemene kan løses. Samhandling mellom tjenestene som er involvert er essensielt, et felles ansvar vil kunne skape mer treffsikre tjenester som forebygger utenforskap og varig tap av helse, samt forhindrer økende sosiale utfordringer.

Samtidig er ikke dette helsetjenestenes ansvar alene. Forebygging av uhelse på systemnivå foregår best i samfunnet. For å løse de sammensatte utfordringene unge voksne som står i fare

for å havne på utsiden har, må alle aktører i samfunnet involveres i et sosialt bærekraftig fokus både på individ og systemnivå. I et folkehelseperspektiv er det viktig at vi fremover setter søkelys på å skape et samfunn som inkluderer mangfold og verdsetter ulikheter, slik at færre faller ut av skole og jobb, og flere opplever seg som fullverdige medborgere. For å nå FN's bærekraftsmål og forventningene om at vi innen 2030 skal redusere prematur død av ikke smittsomme sykdommer med en tredjedel og ha et sosialt bærekraftig samfunn, er tjenestene og samfunnet avhengig av rammer og helhetlige og langsiktige politiske føringer som legger til rette for dette på alle nivåer. På denne måten kan opplevelsen av helse og livskvalitet, i et samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet med tilgang til goder som arbeid, utdanning, gode nærmiljø, muligheten til å realisere drømmer, tilfredsstille behov, og håndtere endringer i omgivelsene, være realistisk og oppnåelig for alle.

# Referanseliste (Zotero)

- Andersen, M., & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 110–118. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-02>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Babajide, A., Ortin, A., Wei, C., Mufson, L., & Duarte, C. S. (2020). Transition Cliffs for Young Adults with Anxiety and Depression: Is Integrated Mental Health Care a Solution? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(2), 275–292. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09670-8>
- Bang Nes, R. (2016, juni 22). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Bjørge Hustvedt, I., Bosnic, H., & Emmerhoff Håland, M. (2021). *BrukerPlan Årsrapport 2020* (BrukerPlan 2020 årsrapport). KORFOR og NAPHA. <https://brukerplan.no/BrukerPlan%20A%CC%8Ar rapport%202020.pdf>
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser En systematisk kunnskapssammenstilling* (rapport nr 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Bragstad, A. T. (2018). VEKST I UFØRETRYGDING BLANT UNGE. *Arbeid og velferd*, 2/2018, 19. [https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2018/2/arbeid\\_og\\_velferd-2018-02\\_art-5.pdf](https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2018/2/arbeid_og_velferd-2018-02_art-5.pdf)

Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Direktoratet for e-helse.no. (u.å.). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Direktoratet for e-helse. Hentet 21. mars 2022, fra <https://www.ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern: En kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Fhi.no. (2020, mars 4). *Sosialt bærekraftige lokalsamfunn*. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>

Fhi.no. (2021). *Folkehelseprofil 2021 Primærhelsetjenesten, brukere* (Kommunehelse, Statistikkbank Primærhelsetjenesten, brukere (B, inndeling per 1.1.2020); Folkehelseprofil 2021). [https://khs.fhi.no/webview/index.jsp?headers=AAR&stubs=GEO&measure=common&GEOslice=0&layers=KJONN&layers=virtual&layers=SYKDOMSGRUPPE&layers=ALDER&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRgenerell2020&ALDER=0\\_74&mode=documentation&virtualsubset=MEIS\\_MA3\\_value&KJONNsubset=0&KJONNslice=0&SYKDOMSGRUPPE=PsykiskePlagerLidelser\\_To&AARslice=2010\\_2012&virtuallslice=MEIS\\_MA3\\_value&ALDERSlice=0\\_74&GEOsubset=0&ALDERsubset=0\\_74%2C15\\_24&v=2&SYKDOMSGRUPPEslice=PsykiskePlagerLidelser\\_To&AARsubset=2010\\_2012+-+&measuretype=4&submode=ddi&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRgenerell2020\\_C1&SYKDOMSGRUPPEsubset=PsykiskePlagerLidelser\\_To&top=yes](https://khs.fhi.no/webview/index.jsp?headers=AAR&stubs=GEO&measure=common&GEOslice=0&layers=KJONN&layers=virtual&layers=SYKDOMSGRUPPE&layers=ALDER&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRgenerell2020&ALDER=0_74&mode=documentation&virtualsubset=MEIS_MA3_value&KJONNsubset=0&KJONNslice=0&SYKDOMSGRUPPE=PsykiskePlagerLidelser_To&AARslice=2010_2012&virtuallslice=MEIS_MA3_value&ALDERSlice=0_74&GEOsubset=0&ALDERsubset=0_74%2C15_24&v=2&SYKDOMSGRUPPEslice=PsykiskePlagerLidelser_To&AARsubset=2010_2012+-+&measuretype=4&submode=ddi&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRgenerell2020_C1&SYKDOMSGRUPPEsubset=PsykiskePlagerLidelser_To&top=yes)



- Fyhn, T., Lynn Radlick, R., & Sveinsdottir, V. (2021). *Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning. En analyse av unge i NEET-kategorien. 2:2021, NORCE*. (Rapport 2-2021; s. 69). NORCE Helse og NORCE Samfunn. <https://www.ks.no/contentassets/25072fbf9d4d4577899c335e431117d7/Unge-utenfor-arbeid-opplering-og-utdanning.pdf>
- Giske Wilhelmsen, H. (2022, april 8). *Revidert utgave av Sammen om mestring kan være klar i februar 2023*. napha.no. <http://napha.no/content.ap?thisId=25620>
- Gustavsen, K., Møller, G., & Klyve, A. (2016). Unge/unge voksne. *Rusfag*, 42(1), 41–50. <https://www.korus-stavanger.no/87762-artikkelsamling-%201-16%20%20Rusfag%201%202016.pdf>
- Haugli Bråten, R., & Sten-Gamberg, S. (2022). Unge uføre og veien til uføretrygd. *Søkelys På Arbeidslivet*, 39(1), 1–19. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/spa.39.1.4>
- Haugsgjerd, S. (2018). *Å møte psykisk smerte. Erfaringer og refleksjoner fra behandlingsrommet*. Gyldendal Norsk forlag.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Hellevik, O., & Hellevik, T. (2021). Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 104–128. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2021-02-02>
- Helsebiblioteket.no. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 28. februar 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

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

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

Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig utvikling Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (IS-2748).

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)

Helsedirektoratet. (2021). *Psykisk helsearbeid for barn og unge en innsiktsrapport*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge/begreper-om-psykiske-helseplager>

Helsedirektoratet.no. (2019). *Helhetlig forståelse og oppfølging* [Helsedirektoratet.no].

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester/helhetlig-forstaelse-og-oppfolging>

Hertz, N. (2020, november 23). *Slik påvirker ensomhet helsen vår*. Psykologisk.no.

<https://psykologisk.no/2020/11/slik-pavirker-ensomhet-helsen-var/>

inn.no. (u.å.). *Valg av digitale verktøy og datalagringssted—Høgskolen i Innlandet*. Høgskolen

i Innlandet. Hentet 28. februar 2022, fra

<https://www.inn.no/bibliotek/forskningsstotte/forskningsdata/valg-av-digitale-verktoy-og-lagringssted/index.html>

Jerlang, E. (2000). *Utviklingspsykologiske teorier* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

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

Karlsson, B. (2021, august 10). – *Hvor er det blitt av psykisk helse-opprøret?* Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/08/hvor-er-det-blitt-av-psykisk-helse-opproret>

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

legeforeningen.no. (u.å.). *Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser*. Den norske legeforening. Hentet 28. mars 2022, fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiske-lidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/>

Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Møller Olsø, T. (2014, mars 27). *Recovery-historikk, begrep og perspektiver*. napha.no. <http://napha.no/content.ap?thisId=14852>

napha.no. (2010, august 12). *Recovery*. napha.no. <http://napha.no/content.ap?thisId=13883>

Petrie, S., & Peters, P. (2020). Untangling complexity as a health determinant: Wicked problems in healthcare. *Health Science Inquiry*, 11, 131–135. <https://doi.org/10.29173>

- Pettersen, H. (2022). Psykisk helse, medborgerskap og menneskerettigheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 29–39. <https://doi.org/10.18261/tph.19.1.3>
- Regjeringen.no. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien Utfordringsbilde og anbefalte tiltak* [Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe].  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f3f79f0e0acf4aebaa05d17bfdb4fb28/rapport-fra-ekspertgruppe-livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk.pdf>
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering Citizenship. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 14–20.  
[https://cdn.doctoronly.co.il/2016/08/04\\_Rowe\\_Recovering-Citizenship.pdf](https://cdn.doctoronly.co.il/2016/08/04_Rowe_Recovering-Citizenship.pdf)
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper – Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 36–45. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-05>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021* (Nr. 2021/27).  
[https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/\\_/attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27\\_web.pdf](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_/attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf)
- Strand, A. H., & Svalund, J. (2021). *Velferdsordninger til unge | Bruk av arbeidsavklaringspenger og kvalifiseringsprogram blant unge utenfor arbeid og utdanning* (Fafo-Rapport 2021:35). <https://fafo.no/images/pub/2021/20802.pdf>
- Tjora, A. (2021a). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2021b). Utenforskap. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/utenforskap>

- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Topor, A., Larsen, I. B., & Bøe, T. D. (2020, mai 2). Recovery—Fra personlig reformasjon til sosial transformasjon. *Mad in Norway*. <https://www.madinnorway.org/2020/05/recovery-sosial-transformasjon/>
- Ung.no. (2010, november 15). *Hva menes med uttrykket «ung voksen»?* —Ung.no. Ung.no. <https://www.ung.no/oss/demokrati-og-valg/52694.html>
- Universitetet i Oslo. (2017, september 26). *Nettskjema diktafon-app—Universitetet i Oslo* [Universitetet i Oslo]. Nettskjema diktafon app. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Vanvik Hansen, N., Kaasbøll, J., Storaas, S. G., & Forshaug, A. K. (2016). *Samhandling for bedre mestring av lettere psykiske lidelser hos unge voksne* (Nr. A28095). SINTEF. [https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2467203/Forprosjektrapport\\_Samhandling+for+bedre+mestring+av+lettere+psykiske+lidelser.pdf?sequence=1](https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2467203/Forprosjektrapport_Samhandling+for+bedre+mestring+av+lettere+psykiske+lidelser.pdf?sequence=1)
- Øydgard, G. W., Moen, H. B., & Sjøfjell, L. (2020). Psykisk helsearbeid i kommunene. *Velferdstjenestenes vilkår*, 109–129. <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-7>
- Ådnes, M., Kalseth, J., Ose, S. O., Ruud, T., Rugkåsa, J., & Puntis, S. (2019). Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Quality of Life Research*, 28(3), 713–724. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2039-5>

# Vedlegg

## Vedlegg samtykkeskjema:

### Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon ”?

- 
- Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om tjenestemottakerens behov, erfaringer og opplevelser av hjelpen de får. Du vil få informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg i dette skrevet.

- **Formål**

Formålet med studien er å få kunnskap om hvilke opplevelser, behov og erfaringer unge som mottar tjenester fra psykisk helsetjeneste i [redacted] kommune har. Ønsket er å se på hjelpetilbudet ut ifra brukernes perspektiv for å få innsikt i hvordan de opplever tilbudet, for å belyse hvilke behov for tjenester tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten har. Og for å få innspill på hvordan hjelpeapparatet kan tilrettelegge for god psykisk og somatisk helse for unge voksne mennesker fra 20-30, som mottar psykisk helsehjelp via kommunehelsetjenesten.

Det er også et mål at resultatene fra prosjektet kan gi kunnskap om hvordan dette helsetilbudet kan videreutvikles.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet skal gjennomføres av masterstudent Silje-Marie Gangsø Grytting, under veiledning av professor Anne Signe Landheim. Forskningsprosjektet inngår i Gangsø Gryttings masteroppgave. Hun er ansatt i psykisk helseteam som spesialsykepleier og jobber med brukeroppfølging når hun ikke studerer. Hun har selv tatt initiativ til prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i denne undersøkelsen fordi du er bruker av denne tjenesten og vi ønsker å snakke med 6-8 personer av begge kjønn mellom 20 og 30 år. Vi har bedt de ansatte i psykisk helsetjeneste om bistand til å velge ut kandidater som kunne være interessert i å bli med på et intervju.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta på prosjektet, innebærer det at du blir invitert til en samtale med Gangsø Grytting i de lokalene der du vanligvis treffer din kontaktperson i psykisk helsetjeneste eller på et annet sted du måtte ønske.

Der vil hun stille deg ulike spørsmål som handler om:

- Hvordan du opplever hjelpen du mottar

- Hvilke behov du har for tjenester
- Erfaringer og opplevelser fra de tjenestene du mottar i dag.
- Hvordan du opplever at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet i din livssituasjon

Dette vil foregå som en samtale og det vil ta deg ca 1 time. Hun vil bruke en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet. Opplysningene som samles inn vil bli tatt opp som lydopptak, hvis det er greit for deg. Alternativt kan det kun tas notater underveis i intervjuet. Opptakene og notatene vil bli oppbevart i et sikkert system med kode som kun hun og hennes veileder har tilgang til. Både notatene og lydopptakene vil oppbevares i sikre systemer på Høgskolen i Innlandet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, med mindre de inngår i masteroppgaven eller annet publisert materiale. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke den hjelpen du mottar fra psykisk helsetjeneste om du velger å ikke samtykke til deltakelse.

### **Tilbud om samtale**

Dersom du skulle få noen reaksjoner underveis eller i etterkant av intervjuet kan du si ifra til meg underveis eller ringe meg/sende meg sms etterpå så skal jeg bistå deg med en samtale eller sette deg i kontakt med andre i hjelpeapparatet som kan bistå deg med en samtale.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Det er kun hun som intervjuer og hennes veileder som har tilgang til notatene og opptakene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data og datamaterialet vil bli lagret på en sikker forskningsserver som er kryptert.

All informasjon som blir gitt i dette intervjuet vil transkriberes og anonymiseres og du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven. Det er bruker perspektivet og de opplevelsene, behovene og erfaringene vi snakker om i dette intervjuet som vil anonymiseres, transkriberes og analyseres i masteroppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er august 2022. Opplysningene vil bli slettet så fort som mulig etter at oppgaven er godkjent.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

**Høgskolen i Innlandet ved Silje-Marie Gangsø Grytting tlf 40908634 (Student)  
eller Anne Signe Landheim tlf 62430284.(Veileder/prosjektansvarlig)  
Eller personvernombudet, ved Høgskolen i Innlandet Usman Asghar.**

**E-post: [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)**

**Telefon: [+47 61 28 74 83](tel:+4761287483)**

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

**Anne Signe Landheim**

(Forsker/veileder)

**Silje-Marie Gangsø Grytting**



## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- at intervjuet blir tatt opp av lydopptaker

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg intervjuguide:**

*Intervjuguide til «Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon»*

### **Innledning:**

**-Presentasjon av intervjuer Silje-Marie Gangsø Grytting og informant. Åpne med å bli litt kjent:**

**Først og fremst vil jeg takke deg for at du stiller opp på dette og at du ønsker å delta i undersøkelsen.**

**-Informasjon om prosjektet: Dette er en masterstudie som ønsker å vite mer om dine opplevelser, behov og erfaringer med hjelpen du mottar i psykisk helsetjeneste. Du har samtykket til å delta i denne undersøkelsen og jeg ønsker kjapt å gjennomgå samtykkeskjemaet med deg før vi setter i gang slik at vi kan avklare hvis det er noe du lurer på eller noe der som var uklart.**

**-Gjennomgang av samtykkeskjemaet**

### **Åpningsfase:**

#### ***HVA SOM KJENNETEGNER DE UNGE***

**Først ønsker jeg å få litt generell informasjon om deg og din livssituasjon:**

**Hva heter du?**

**Hvor gammel er du?**

**Hva er din sivile status?**

**Hvordan er din bosituasjon?**

**Er du i jobb eller noen annen form for sysselsetting?**

**Mottar du noen form for stønad?**

**Hva liker du å gjøre av hobbyer og fritidsaktiviteter?**

**HVILKEN HJELP FÅR DU FRA KOMMUNEN?**

**Hvor lenge har du fått hjelpen?**

**HVEM TREFFER DU?**

**Hvor treffes dere?**

**Hvor ofte treffes dere?**

**Har du andre i hjelpeapparatet som hjelper deg?**

**Introduksjonsfase/overgangsfase:**

Nå tenkte jeg å introdusere de temaene intervjuet skal handle om og som vi skal gå litt mer i dybden på straks. Temaene er: Din opplevelse av hjelpen du mottar, hvilke behov du har for tjenester, på hvilken måte du erfarer at tjenestene er med på å påvirke din helse og livskvalitet der du er i livet.

**Hovedfase:**

**(Nøkkelspørsmål og tid til utdyping, ca 10-15 minutter pr spørsmål)**

Dette er hovedfasen av intervjuet. Her er det fint om du svarer så utfyllende som du kan og ønsker på de spørsmålene som kommer. Vi vil sette av god tid til disse spørsmålene og jeg stiller oppfølgingsspørsmål eller avklaringsspørsmål dersom jeg lurer på noe, det samme kan gjerne du gjøre hvis det er noe som er uklart. Og hvis det er noe du synes det er vanskelig å svare på eller ikke ønsker å svare på sier du ifra også går vi videre til neste spørsmål.

*Det første punktet er ditt behov for tjenester:*

**HVA TRENGER DU HJELP TIL?**

*Er det noe du skulle ønske du fikk hjelp til som du ikke får hjelp til i dag?*

*Hvordan opplever du hjelpen du mottar?*

*-Hva er bra?*

*-Hva er mindre bra?*

*-På hvilken måte skulle du ønske at hjelpen var annerledes?*

*-Opplever du at du er deltakende i egen behandling?*

*-Hvilke utfordringer står du i møte med hjelpeapparatet?*

*(Dine opplevelser av livskvalitet og helse):*

*Nå noen spørsmål om opplevelsen av helse og livskvalitet både opp imot dine erfaringer med tjenesten/e du mottar og ellers i livet*

*Hva tenker du at fremmer din livskvalitet? (Påvirker din livskvalitet i positiv retning)*

*Hva tenker du at hemmer din livskvalitet? (Påvirker din livskvalitet i negativ retning)*

*Hva tenker du at din fremmer helse? (Påvirker din helse i positiv retning både fysiske og psykiske helsen)*

*Hva tenker du at hemmer helse? (Påvirker din helse negativt)*

*Så siste to spørsmål før vi går inn imot en oppsummering*

*Hva er viktig for deg i livet ditt nå?*

*-Hvilke ønsker og drømmer har du for fremtiden?*

**Avrundingsfase:**

**Nå ønsker jeg å gi deg muligheten til å komme med en oppsummering, utdype hva du ser på som viktigst og legge frem ditt syn.**

**Er det noe du tenker det er viktig for kommunehelsetjenesten å tenke på i møte med mennesker i din alder som mottar hjelp i denne tjenesten?**

**Oppsummering:**

Forsikre om at oppsummeringsspørsmål er stilt for å undersøke om jeg har forstått deg riktig.

Gi meg tilbakemelding hvis du opplever at det er noe jeg har misforstått eller glemt sånn at jeg får fanget opp det du ønsket å svare/formidle.

**Avslutning:**

Til sist ønsker jeg å takke nok en gang for at du har sagt ja til å bli med på denne undersøkelsen og for de bidragene du har kommet med i dette intervjuet.

Kort oppsummering av hensikten med studien. Forsikre seg om at det ikke er noe som er glemt, oversett eller at det er noe informanten ønsker å formidle som det ikke er tematisert.

# Vedlegg NSD godkjenning:

Meldeskjema / «Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de... / Vurdering

## Vurdering

 Skriv ut

### Referansenummer

745816

### Prosjekttittel

«Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon»

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Signe Landheim, anne.landheim@inn.no, tlf: 62430284

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Silje-Marie Gangsø Grytting, siljegangso@gmail.com, tlf: 47301878

### Prosjektperiode

02.08.2021 - 02.08.2022

### Vurdering (1)

#### 16.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.08.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## Fortsettelse vedlegg NSD godkjenning:

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved USIT er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen

---

# Vedlegg LEFK godkjenning:

Masterstudent Silje-Marie Gangsø Grytting  
Veileder Anne Signe Landheim  
Høgskolen i Innlandet  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Deres ref: Melding mottatt 14.6.21  
Vår ref: Sak 8 -2021 Arkiv: 21/01894  
Saksbehandler: [anne.lofthus@inn.no](mailto:anne.lofthus@inn.no)

Dato: 22.06.2021

## Etisk vurdering av planlagt masterprosjekt ved Høgskolen i Innlandet

Prosjekttittel: Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon?

Prosjektleder/veileder: Anne Signe Landheim

Student: Silje-Marie Gangsø Grytting, Masterstudent i psykisk helsearbeid

Prosjektvarighet: 2.8.21 - (slutt dato i 2022 er ikke oppgitt)

LEKF utfører forskningsetisk vurdering etter mandat godkjent av det sentrale FoU-utvalget 21.4.20. Dette planlagte masterprosjektet sorterer under prioritet 2, det vil si anbefalt forskningsetisk vurdering av forskning som inkluderer personer med redusert samtykkekompetanse og/eller barn og andre personer som tilhører sårbar gruppe.

Masterprosjektet er vurdert til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde. Etter rådslaging mellom masterstudent og LEKF-leder 2.6.21, legges prosjektet fram for LEKF uten forutgående forhåndsvurdering av Regional etisk komité for forskning (REK).

Framleggelse/søknad med vedlegg til Lokal etisk komité for forskning ble mottatt som melding i Nettskjema 14.6.21. Vurdering av prosjektet ble utført på leders fullmakt 22.6.21.

## Prosjektopplysninger

### Formelle/generelle opplysninger

Masterstudenten jobber i [redacted] kommune og i samme avdeling der studien vil bli gjennomført (Avd. for rehabilitering og behandling, psykisk helse og rus). Studien er ikke initiert av arbeidsgiver.

### Problemstillinger

«Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon?» – spesifisert som:



- Hva som fremmer brukermedvirkning og opplevelsen av å få god hjelp.
- Hvilken rolle spiller kommunehelsetjenesten som tilrettelegger for god helse for tjenestemottakere som står i fare for å utvikle langvarige behov.
- Hva fremmer helse og livskvalitet fra brukerens perspektiv.
- På hvilken måte kan tjenestene ivareta kompleksiteten i deres utfordringer.
- Hvilke endringer brukere selv foreslår at hjelpeapparatet bør gjennomføre for å gi et godt tilbud til mennesker i deres situasjon/alder.

#### Utvalg - design - intervusjon

Utvalget vil være 6-8 kvinner og menn, alder 20-30 år, etter følgende kriterier:

Informanten har hatt førstekontakt via lavterskeltjenesten «Kort psykisk helsehjelp» men som siden er blitt omgjort til vedtaksbasert tjeneste innenfor psykisk helse for vedkommende. Informanten skal tilhøre 'forløp 2', det vil si å stå i fare for å utvikle langvarig, sammensatte helseutfordringer og vil trolig ha behov for helhetlige koordinerte tjenester, inkludert ytelser fra NAV.

Masterstudenten planlegger et informasjonsmøte med ansatte ved avdeling for psykisk helse og rustjeneste i [redacted] kommune, hvor hun vil be om bistand til å velge ut kandidater som er i individuell behandling og som passer overnevnte kriterier, er interessert i deltakelse og i tillegg som vurderes som samtykkekompetente.

#### Planlagt innsamling av data

For å få dybdekunnskap om brukernes opplevelser, behov og erfaringer, velger masterstudenter en fenomenologisk tilnærming med individuelle eksplorerende intervju. Intervjuguide er utformet på forhånd. Varighet er anslått til ca 1 time, og vil foregå i lokalene til psykisk helse og rustjeneste i [redacted] kommune. Det vil gjennomføres en pilot for prosjektets oppstart, uten at det følger mer opplysninger om den.

#### Planlagte analysemetoder

Intervjuopptakene vil bli transkribert og analysert for å belyse problemstillingen kvalitativt, etter (sitat) «'Malteruds metode', tekstkondensering innenfor det kvalitative, eventuelt gå mer eklektisk til verks.»

## Sammendrag

#### Formålet

«Formålet med studien er å få kunnskap om hvilke opplevelser, behov og erfaringer unge som mottar tjenester fra psykisk helsetjeneste i [redacted] kommune har. Ønsket er å se på hjelpetilbudet ut ifra brukernes perspektiv for å få innsikt i hvordan de opplever tilbudet, for å belyse hvilke behov for tjenester tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten har. Og for å få innspill på hvordan hjelpeapparatet kan tilrettelegge for god psykisk og somatisk helse for unge voksne mennesker fra 20-30, som mottar psykisk helsehjelp via kommunehelsetjenesten.»

#### Prosjektleders og masterstudentens risikovurdering

I søknaden anføres potensielle fordeler med prosjektet, slik som økt kunnskap om individers opplevelser om og behov for helsetjenester innen psykisk helsevern. Blant potensielle ulemper nevnes at intervju situasjonen kan komme til å føles belastende, at prosjektdeltakelse kan føre til forventninger hos deltakerne som ikke blir innfridd, og at prosjektet ikke fører til forbedringer i helsetilbudet.

#### Avveining

Prosjektleder/veileder og masterstudent mener det er forsvarlig å gjennomføre prosjektet fordi det gjøres etter forskningsetiske prinsipper og retningslinjer. Fordelene både på individ, gruppe og samfunnsnivå er høyere enn potensielle ulemper. En av ulempene er at det er en sårbar gruppe som er utvalgt - imidlertid er kunnskapen de sitter på viktig for å fremme deres perspektiv og gi dem et så godt tilbud som mulig.

#### Tiltak for å redusere ulempene:

Grundig skriftlig og muntlig informasjon til ansatte og brukere.

Kun velge informanter hvor det ikke er tvil om samtykkekompetansen.

Fremstille informantene og deres perspektiv på en så lite stigmatiserende måte som mulig.

## Vurderinger

### Generelt

Prosjektet fremstår godt planlagt og gjennomtenkt. For ytterligere å sikre deltakerne, vurderer LEKF det dit hen at det bør foreligge en plan for tiltak dersom det under intervju situasjonen oppstår situasjoner som krever umiddelbar bistand/behandling.

Søker reflekterer rundt hennes rolle som både forsker og ansatt. LEKF ser, som søker selv påpeker, at en slik dobbeltrolle kan ha både fordeler og ulemper. At en helsetjeneste undersøker kvaliteten ved sitt eget helsetilbud behøver ikke være et problem, men det er desto viktigere at forsker er seg bevisst potensiell bias i analyser og fortolkning. Det må opplyses i informasjon- og samtykkeskrivet at Grytting er tilsatt i den aktuelle tjenesten, og hva hun er ansatt som.

### Informasjon til deltakerne

LEKFs hovedmål er å sikre forskningsdeltakernes sikkerhet og rettigheter. Enhver deltaker må fullt ut forstå hva man sier 'ja' til å delta i (=informert samtykke). Derfor må informasjon- og samtykkeskrivet være vel gjennomarbeidet, klart og forståelig, slik at forskningsdeltakerne ser at deres rettigheter, integritet og helsemessige trygghet ivaretas i prosjektet.

Ut over ovennevnte innarbeidelse av opplysninger om Gryttings tilknytning til den aktuelle avdelingen, må det innarbeides informasjon om nevnte beredskap. Videre bør følgende

setning strykes i og med at prosjektet ikke er initiert av [REDAKERT] kommune: "Målet er å kunne videreutvikle tilbudet slik at det ivaretar brukernes behov og samtidig er bærekraftig og helsefremmende." Et forslag til annen ordlyd: "Det er også et mål at resultatene fra prosjektet kan gi kunnskap om hvordan dette helsetilbudet kan videreutvikles."

Dessuten forslås noen mindre for det meste redaksjonelle endringer, jf vedlagte reviderte informasjons- og samtykkeskriv.

Masterprosjektet er obligatorisk meldt til NSD Personverntjenester for vurdering av hvorvidt behandling av personopplysninger er i henhold til personvernlovgiving for behandling av personopplysninger. Pr. 22.6.21 er ikke prosjektmelding 745816 ferdigbehandlet, og godkjenning må foreligge før prosjektet kan begynne.

#### Metodiske

LEKF tar ikke stilling til om et forskningsdesign er mer egnet enn et annet, men er derimot opptatt av at rekrutterte deltakere vet at deres bidrag faktisk er relevant for formålet, og om metodene gir valide svar på forskningsspørsmålene.

På den bakgrunn, oppfordrer LEKF søker om å innarbeide resonnementer rundt utvalgsstørrelse i prosjektplanen, hvor det også tas høyde for risiko for frafall.

#### Konklusjon

Lokal etisk komité for forskning ved Høgskolen i Innlandet har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av prosjektet «Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon?» og støtter oppstart av prosjektet på nevnte vilkår.

Vedtaket er avgrenset til fremlagte dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Lykke til med prosjektgjennomføringen!

Med hilsen



Grethe Netland

Leder av Lokal etisk komité for forskning – Høgskolen i Innlandet

# Vedlegg godkjenning fra virksomhetsleder i kommune på østlandet:

Hei [redacted]

Sender som avtalt har ved et søknad om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse i avdelingen for psykisk helse og rusjeneste.

Vedlagt følger prosjektklippet som er godkjent av høgskolen, samt førstautkast av intervjuguide og samtykkeskjema. De vedlagte dokumentene er en del av min masteroppgave som jeg skal jobbe med det neste året så jeg ber om at dokumentene ikke videreføres til andre eller benyttes til annet formål enn som informasjonsgrunnlag for å vurdere om undersøkelsen det søkes om i denne mailen kan gjennomføres.

Det er sendt søknader til norsk senter for forskningsdata(NSD) og lokal etisk komité for forskning(LEKF) ved Høgskolen i Innlandet. Søknadene er under behandling i skrivende stund.

Formål med undersøkelsen, utvalg, seleksjon og metode ligger i sin helhet vedlagt i prosjektklippet.

Kortversjonen:

Problemstillingen er: «Hvordan opplever unge tjenestemottakere hjelpen de mottar, hvilke behov har de for tjenester og på hvilken måte erfarer de at tjenestene bidrar til å fremme god helse og livskvalitet ut ifra sin livssituasjon?»

Jeg ønsker å intervju 6-8 samtykkekompetente tjenestemottakere av psykisk helsejeneste for å belyse deres opplevelser, behov og erfaringer med hjelpen de mottar.

Utvalget er kvinner og menn som er i alderen 20-30 år, forlop 2 som står i fare for å utvikle langvarige sammensatte helseutfordringer og har trolig behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

Kandidatene vil velges ut ved at jeg snakker med behandlere i avdelingen og presenterer prosjektet og ber om bistand til å velge ut tjenestemottakere de har på sine lister som er samtykkekompetente og som de tror kunne tenke seg å bli med på prosjektet. Videre vil de informere de aktuelle kandidatene. Innhente samtykke fra tjenestemottaker til at jeg gjennomfører et individuelt kvalitativt intervju med dem for jeg tar kontakt og setter i gang med undersøkelsen. Undersøkelsen vil gjennomføres i våre lokaler eller på et sted som kandidaten selv velger og jeg vil be dem om tillatelse til å ta opp lydopptak av samtalen.

Alle innhentede opplysninger vil oppbevares og håndteres i sikre systemer etter gjeldende retningslinjer. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til råmaterialet. Personopplysninger vil anonymiseres så fort som mulig og det er kun jeg som skal transkribere og analysere dataene under veiledning fra Høgskolen.

Undersøkelsen vil finne sted når godkjenninger fra deg, NSD og LEKF foreligger. Etter at jeg har fått informert og forberedt avdelingen og behandlingene som kan bistå. Hvis alt går etter planen vil det trolig være i slutten av august eller begynnelsen av september.

Det kan forekomme små endringer i problemstilling, samtykkeskjema og intervjuguide dersom NSD eller LEKF har noen tilbakemeldinger. Da derfor vedlagte dokumenter med et lite forbehold om endring.

Skulle det være behov for ytterligere opplysninger er det bare å ta kontakt.

Mvh Silje-Marie Gangso Grytting, masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet og ansatt i avdeling for psykisk helse og rusjeneste.

Hei Silje-Marie! ☺

Det ser ut til å bli en veldig spennende masteroppgave. Det er helt ok at du gjennomfører undersøkelsene i avdelingen så lenge samtykke er innhentet og brukerne er inneforstått med hva de deltar på.

Det vil være veldig fint om du kan presentere dine funn når oppgaven er fullført.

Lykke til med oppgaven!

Med vennlig hilsen

[redacted]  
Virksomhetsleder, Psykisk helse og avhengighet