



Faktuelt for helse- og sosialvitenskap
Elverum

Eileen Sørli Kjølsest

Masteroppgave
Fysisk aktivitet for de som mottar
psykisk helsehjelp i
kommunehelsetjenesten-
Saksbehandlers rolle

Physical activity for individuals receiving mental
health services in primary health care -
The Role of the Case Worker

4PM791 Master i Psykisk Helsearbeid

2023

Antall ord: 24953

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på fire lærerike og inspirerende år på Høyskolen i Innlandet. Jeg vil takke min kjære mann for å ha støttet meg i å skrive denne masteroppgaven. Vi har vært gjennom en pandemi, flytting, oppussing, bryllup og nye jobber. Min datter <3 som nå sier at hun ikke vil begynne på voksenskole og gleder seg til mamma er ferdig. Min nærmeste familie som har hjulpet meg på veien slik at jeg har fått gjennomført dette studiet.

Jeg vil spesielt takke Anne Landheim og Sigrid Helene Kjørven Haug som har fulgt oss gjennom hele prosessen. Takk Christina for gjennomlesing. Tusen takk til min arbeidsgiver Færder kommune, mine ledere i Ambulant team Psykisk helse og rus, Bente Bergseng og Mariann Fasting som har støttet meg og latt meg få gjennomføre prosjektet. Til mine kollegaer for tålmodighet, spesielt David med oppmuntring og faglig drøfting. Til sist, men ikke minst igjen, Sigrid Helene Kjørven Haug som har vært min veileder. Tusen hjertelig takk for engasjement, tålmodighet, støtte, tilgjengelighet og veiledning gjennom masterprosjektet, det har vært uvurderlig for meg.

Takk til kommunene og informantene som deltok og viste interesse for prosjektet.

Nøtterøy, 1. november, 2023

Eileen

Sammendrag

Bakgrunn: Regjeringen har rettet oppmerksomheten mot psykisk helse som en folkehelseutfordring med styrking av innsatsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert integrering av tiltak knyttet til fysisk aktivitet. I dette arbeidet er saksbehandlers rolle i tildeling av tjenester helt sentralt. Samtidig er det lite kunnskap om hvordan de forstår sin rolle i forhold til fysisk aktivitet.

I denne kvalitative masteroppgaven i psykisk helsearbeid var problemstilling følgende:

«Hvordan opplever saksbehandlere i helse- og omsorgstjenesten sin rolle, med særlig vekt på kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet for de som søker om psykisk helsehjelp?»

Metode: Den metodiske tilnærmingen var induktiv og deskriptiv. Refleksiv tematisk analyse av Braun & Clarke ble anvendt som analysestrategi, Fire saksbehandlere fra tre ulike kommuner ble intervjuet med en semistrukturert guide.

Resultater: Tre hovedtemaer ble identifisert i materialet: «Rollen som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar», «Ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av fysisk aktivitet» og «Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet».

Konklusjon: Informantene opplevde sin rolle som kompleks og ansvarsfull. Variasjon i praksis og rammer for tildeling av fysisk aktivitet ble avdekket, samt ulikheter i veiledning og delegering til utførere. Kunnskap fra sosiologien om saksbehandlere som bakkebyråkrater gav forståelse for ansvarsområde og kompleksiteten i deres rolle. I lys av den solide kunnskapen om betydningen av fysisk aktivitet for psykisk helse anbefales det at fysisk aktivitet innlemmes i lovverket og i retningslinjer for saksbehandlere. Dette vil kunne medføre en styrking av tverrfaglig samarbeid og kompetanse, samt på lengre sikt bidra til å fremme psykisk helse i befolkningen.

Nøkkelord: Psykisk helse, psykisk helsearbeid, saksbehandler, bakkebyråkrater, fysisk aktivitet, kommunehelsetjeneste, kvalitativ metode

Abstract

Background: The government has focused its attention on mental health as a public health challenge with the strengthening of efforts in municipal health and care services, including the integration of measures related to physical activity. In this endeavour, the role of case workers in service allocation is crucial. However, there is little knowledge about how they understand their role in relation to physical activity.

In this qualitative master's thesis in mental health work, the research question was as follows: "How do case workers in health and care services perceive their role, with a particular emphasis on the assessment and allocation of measures related to physical activity for those seeking mental health assistance?"

Method: The methodological approach was inductive and descriptive, and reflexive thematic analysis by Braun & Clarke was used as the analysis strategy. Four case workers from three different municipalities were interviewed using a semi-structured guide.

Results: Three main themes were identified in the material: "The role of the case worker is complex and entails significant responsibility", "Diverse practices and frameworks for the assessment and allocation of physical activity", and "User guidance and delegation of responsibility to implementers regarding physical activity."

Conclusion: The informants perceived their role as complex and responsible. Variation in practices and frameworks for allocating physical activity was uncovered, as well as differences in guidance and delegation to implementers. Knowledge from sociology about case workers as street-level bureaucrats provided an understanding of their areas of responsibility and the complexity of their role. In light of the solid understanding of the importance of physical activity for mental health, it is recommended that physical activity be incorporated into legislation and guidelines for case workers. This could lead to the strengthening of interdisciplinary collaboration and competence, and in the long run, contribute to promoting mental health in the population.

Keywords: Mental health, mental health work, case worker, bureaucrat, physical activity, primary health care, qualitative method

Liste over forkortelser

WHO: World's Health Organization

TA: Tematisk analyse

RTA: Refleksiv tematisk analyse

NSD: Norsk senter for forskningsdata

IPLOS: Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	8
1.1 Hensikt og problemstilling	9
1.2 Avgrensninger	9
1.3 Litteratursøk	10
1.4 Begrepsavklaring	10
1.4.1 Fysisk aktivitet	11
1.4.2 Psykisk helse	11
1.4.3 Psykisk helsearbeid	12
1.4.4 Folkehelsearbeid	12
1.5 Overordnet faglig perspektiv	13
1.5.1 Sosiologi	13
1.5.2 Fysisk aktivitet og psykisk helse	14
1.6 Forforforståelse	14
1.7 Masteroppgavens disposisjon	15
2.0 Teoretisk bakgrunn	16
2.1 Kunnskap om fysisk aktivitet	16
2.2 Bakkebyråkrater	17
2.3 Organisering av psykiske helsetjenester i kommuner og tildeling av helse- og omsorgstjenester	18
2.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven	18
2.3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven	19
2.3.3 Folkehelseloven	19
2.3.4 Forvaltningsloven	20
2.4 Veileder for saksbehandling: Saksbehandlers sentrale rolle i tildeling av helse- og omsorgstjenester i forhold til fysisk aktivitet	21
2.5 Enkeltvedtak	21
2.6 Kommunens ansvar i å tilrettelegge for fysisk aktivitet	22
2.6.1 Regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale strategier for tilrettelegging av fysisk aktivitet	23
2.6.2 Helsedirektoratet som faglig rådgiver i tilrettelegging av fysisk aktivitet	25
2.7 Forskning på fysisk aktivitet og psykisk helse	26
2.8 Forskning på en saksbehandlers ansvar og rolle	29
3.0 Metode	32
3.1 Design	32
3.2 Vitenskapsteori	33
3.2.1 Sosialkonstruktivistisk paradigme	33
3.2.2 Refleksiv tematisk analyse (RTA)	33
3.3 Populasjon og utvalg	34
3.4 Datainnsamling/gjennomføring	34
3.5 Testintervju	35
3.6 Transkribering	35

3.7 Analyse av datamaterialet	36
3.7.1 RTA av Braun og Clarke	36
Trinn 1. Bli kjent med datamaterialet	36
Trinn 2. Generering av innledende koder på en systematisk måte, deretter samle data som er relevante for hver kode	37
Trinn 3. Generering av innledende temaer	38
Trinn 4. Gjennomgang av temaer, sjekke om temaene fungerer i forhold til de kodede utdragene og hele datasettet. Til slutt generere et tematisk kart over analysen	39
Trinn 5. Definere og navngi temaer	40
Trinn 6. Produsere en vitenskapelig rapport av analysen	41
3.8 Etiske overveielser	41
3.9 Personvern og godkjenninger	42
4.0 Resultat	44
<i>Tema 1: Min rolle som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar</i>	<i>44</i>
<i>Tema 2: Ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet</i>	<i>47</i>
<i>Tema 3: Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet</i>	<i>51</i>
5.0 Diskusjon	54
5.1 Diskusjon av resultater	54
5.1.1 Rollen som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar	55
5.1.2 En saksbehandlers praksis og rammer for klarlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet	58
5.1.3 Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utførertjenesten	64
5.2 Relevans for psykisk helsearbeid og folkehelsearbeid	68
5.3 Metode diskusjon	70
5.3.1 Studiens styrker og begrensninger	70
6.0 Konklusjon	74
7.0 Referanseliste (Zotero)	75
Vedlegg	79

1.0 Introduksjon

Temaet for denne masteroppgaven er saksbehandleres forståelse og vurdering av fysisk aktivitet, når de vurderer å fatte enkeltvedtak i forbindelse med at det søkes om psykisk helsehjelp for voksne i kommuner etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-2, første ledd nr. 6 og 3-8. Saksbehandlere har en nøkkelrolle i tildeling av psykiske helsetjenester, hvor de skal kvalitetssikre tildelingen, og forvalter et ansvar på vegne av myndighetene (Helsedirektoratet, 2016a). Målet for saksbehandlerne er å tilby riktige tjenester i tilstrekkelig omfang. Michael Lipsky er statsviter og kjent innen offentlig administrasjon for sin kunnskap om byråkrati på gatenivå. Lipsky (2010, s. 3), forstår saksbehandlere som bakkebyråkrater som utfører administrativt arbeid i førstelinjetjenesten. De fungerer som en mellomperson mellom borger og myndighetene, og tjenestene som tilbys har vesentlig betydning for brukere, pasienter, pårørende og saksbehandlerne selv.

Psykiske helsetjenester er en sentral del av regjeringens folkehelsearbeid, hvor de rapporterer psykisk helse som deres største folkehelseutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Som respons på denne utfordringen ønsker regjeringen å styrke innsatsen i alle deler av helsetjenesten, med spesielt fokus på forebyggende tiltak som beskrevet i opptrappingsplanen (Meld. St. 23, 2023, s. 6). Regjeringen har ansvar for å legge til rette for at psykiske helsetjenester i kommunene kan planlegge og utvikle tjenestetilbudet slik at alle får tilgang til likeverdige tjenester. Tjenestene skal tilpasses lokale forhold og behov, og er underlagt lovverket, som sikrer pasienter og brukere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Regjeringen har som mål å sikre god og enkel tilgjengelig psykisk helsehjelp. Denne satsingen skal veilede utviklingen av psykisk helsetjeneste i kommunene, hvor fysisk aktivitet skal integreres som en del av arbeidet (Meld. St. 23, 2023, s. 32). Nasjonale faglige retningslinjer og regjeringens stortingsmeldinger gir et solid faglig plattform for å fremme en systematisk tilnærming, øke engasjementet, legge til rette for tjenestene, øke kunnskapen, arbeide målrettet og tilby gode tjenester i riktig omfang (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020; Helsedirektoratet, 2012, 2014, 2013; Meld. St. 15, 2022; Meld. St. 23, 2023; Omsorgsdepartementet, 2015).

I følge Helsenorge (2022), som er Norsk helsenett sin offentlige nettside, dekker psykisk helse alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Sammenhengen

mellom livsstil og fysisk helse er særlig viktig for mennesker med psykiske lidelser og påvirker hverandre gjensidig (Chekroud et al., 2018). Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser som ikke følger anbefalte råd om fysisk aktivitet av moderat eller høy intensitet, har økt risiko for somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, og kan forvente en kortere levetid (Sørensen et al., 2020). Flere studier har vist at litt aktivitet er bedre enn ingen aktivitet (Breidablik et al., 2023; Warburton & Bredin, 2017) Ekelund og kolleger (2019) viser i sin oversiktsartikkel og metaanalyse at det er et tydelig dose-respons forhold mellom fysisk aktivitet og dødelighet uansett årsak. Det betyr at jo mer fysisk aktivitet en person utfører, jo lavere er risikoen for dødelighet. Dette gir en vitenskapelig støtte til viktigheten av fysisk aktivitet i et psykisk helsearbeid.

Barrierer som er relevante for saksbehandlere i kommuner for å styrke utøvelsen av fysisk aktivitet er økonomi, ressurser, holdninger, oppfølgninger, kompetanse hos helsepersonell og tilbud av fysisk aktivitet i kommunene (Chekroud et al., 2018; Danielsen, 2021; Farholm & Sørensen, 2016; Méndez-Aguado et al., 2023; Sørensen et al., 2020). Samtidig foreligger det kunnskap om utfordringer i saksbehandlers tildelingspraksis, med utfordrende ansvarsoppgaver, vanskelige møter med brukere, anstrengende arbeidsforhold og tilrettelegging av individuelle behov (Øydgard, 2018).

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om saksbehandlers rolle i kartlegging og tildeling av fysisk aktivitet i vedtak om psykisk helsehjelp.

Problemstilling var følgende:

Hvordan opplever saksbehandlere i helse- og omsorgstjenesten sin rolle, med særlig vekt på kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet for de som søker om psykisk helsehjelp?

1.2 Avgrensninger

I arbeidet med denne masteroppgaven ble det identifisert flere lover som var relevante for problemstillingen. Her ble det gjort et utvalg av de lovene og faglige nasjonale retningslinjer som ble ansett som de mest sentrale for oppgaven. Begrepet fysisk aktivitet i denne oppgaven var bred. Forståelsen omfatter en tilnærming som var åpen for at alle kan være aktive ut ifra egne forutsetninger og likevel få en helsegevinst, begrepet defineres i punkt 1.4.1 og utdypes i teorikapitlet. Definisjon av fysisk aktivitet ble ikke nevnt for informantene, slik at det var

mulig å få deres nøytrale forståelse tilknyttet begrepet. Jeg har valgt å holde meg til begrepet bruker, med unntak fra studier som bruker ordet pasient. Forskning på en saksbehandlers rolle som bakkebyråkrater, bidrar til å forstå saksbehandlernes ansvar og rolle i tildeling av psykiske helsetjenester. Jeg har også brukt Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, som gir innsikt i saksbehandling og praktiske retningslinjer som er relevante for problemstillingen. Jeg har valgt ut nasjonale faglige retningslinjer og stortingsmeldingene som omhandler kommunens ansvar for å tilby og tilrettelegge for fysisk aktivitet. Håndboken for masteroppgave i psykisk helsearbeid 4PM791 studieår 2022/2023 ble brukt som mal for disposisjonen i oppgaven.

1.3 Litteratursøk

Litteraturgjennomgangen har vært en pågående prosess siden prosjektbeskrivelsen ble igangsatt våren 2022. Forskningen er hentet fra systematiske oversiktsartikler, kvantitativ og kvalitative studier nasjonalt og internasjonalt. På kunnskapsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse er litteraturen hentet fra blant annet Egil W. Martinsen, Ole Petter Hjelle, Helsedirektoratet og tidsskriftartikkelen fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid av Kjersti Karoline Danielsen. Derfra er det linket videre til litteratur som kunne være relevant for denne masteroppgaven. Relevante lovverk ble aktuelt, med regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale strategier, og Helsedirektoratets veiledere og nasjonale faglige retningslinjer i tilrettelegging for fysisk aktivitet. Jeg har vært i kontakt med bibliotekar på Høyskolen i innlandet Elin Opheim som har veiledet meg i søk på fysisk aktivitet og psykisk helse, og en saksbehandlers rolle i tildeling av helsetjenester. Saksbehandlere som bakkebyråkrater ble et sentralt begrep. Det ble søkt i databaser som Oria, Helsebiblioteket, Google Scholar og Scopus. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var physical activity, exercise, wellbeing, mental health, health benefits, systematic review, case manager, cace worker, welfare, public service, bureaucracy.

1.4 Begrepsavklaring

De mest sentrale begrepene som har relevans for problemstillingen er fysisk aktivitet, psykisk helse, psykisk helsearbeid og folkehelsearbeid. Begrepet bakkebyråkrati og saksbehandlere som bakkebyråkrater utdypes i teorikapittelet.

1.4.1 Fysisk aktivitet

Regjeringen definerer fysisk aktivitet som å være fysisk aktiv, med ulike aktivitetsnivåer som bidrar til mestring og glede (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020). Det kan være å gjøre noe sammen med andre eller alene. Alle kan være aktive ut ifra egne forutsetninger og likevel få en helsegevinst. Fysisk aktivitet er et stort begrep som omfatter flere ulike definisjoner som inkluderer alle former for fysisk utfoldelse. Det kan være gange, sykling, løping, dans, mosjon, idrett, friluftsliv, lek og hus- og hagearbeid (Bahr, 2020). Ifølge Helsedirektoratet kan det også bety at du er litt aktiv bare gjennom å reise deg opp fra en stol og rusle en liten tur. I denne masteroppgaven vil jeg anvende Caspersen og medarbeidere (1985) sin brede definisjon:

Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå. Dette måles vanligvis i antall kilokalorier som forbrukes per tidsenhet (Caspersen et al., 1985, s. 126).

1.4.2 Psykisk helse

Menneskets psykiske helse er i samspill med livsbetingelser og omgivelser (Bengt Karlsson & Borg, 2013, s. 12–13). Det er vanlig at mange opplever utfordringer knyttet til sin psykiske helse i løpet av livet. I henhold til Folkehelse rapporten, rapporteres det at omtrent 10-30 % av kvinner og 10-20 % av menn av den voksne befolkningen kan oppleve psykiske plager, mens rundt 16-22 % kan oppleve psykiske lidelser i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2023). Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse slik:

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their communities. Mental health is an integral component of health and well-being and is more than absence of mental disorder (World Health Organization, 2022, s. 8).

Definisjonen peker på grunnleggende kjennetegn ved psykisk helse som er avgjørende for utvikling på mange nivåer, både personlig, kommunalt og sosioøkonomisk. Å gjøre mennesker i stand til å håndtere livets påkjenninger bidrar til å realisere evner, bli mottakelig

for læring, jobbe og bidra til fellesskapet. Relatert til denne oppgavens problemstilling så blir disse kjennetegnene ansett som sentrale for den rollen som saksbehandlere har i kommuner. I sin rolle som bakkebyråkrater skal de sørge for at alle som har rett til psykisk helsehjelp i kommunene får dette. Kunnskap om fysisk aktivitet for å fremme psykisk helse bør være sentralt for saksbehandlere.

1.4.3 Psykisk helsearbeid

I tidsskrift for psykisk helsearbeid med overskriften «Vi bærer psykisk helsehjelp» blir psykisk helsearbeid definert på følgende måte:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø («Vi bærer psykisk helsearbeid videre», 2008a).

Definisjonen omtaler psykisk helsearbeid som en del av arbeidet som gjøres i alle deler av tjenestene som jobber for å fremme menneskers psykiske helse. Det flervitenskapelige og tverrfaglige perspektivet er av avgjørende betydning for å forstå fysisk aktivitet som et behandlingstiltak innenfor psykisk helsearbeid. Det inkluderer ulike fagområder. Definisjonen av psykisk helsearbeid understreker viktigheten av å fremme helse og styrke individets muligheter, samtidig som den fremhever betydningen av å skape inkluderende lokalmiljøer som sentrale elementer i arbeidet. Dette er i tråd med lovverk som Helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonale veiledere. Saksbehandlere har her en helt sentral oppgave i å tilrettelegge for dette i kommunene.

1.4.4 Folkehelsearbeid

I folkehelseloven fremheves kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelseloven § 3 (2011) definerer folkehelsearbeid på følgende måte:

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsearbeid er et bredt begrep, og innebærer hvilken innsats samfunnet må gjøre for å fremme og forebygge psykisk sykdom og lidelse. Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid for voksne utgjør et essensielt verktøy for kommunene (Helsedirektoratet, 2014, s. 9). Veilederen gir retningslinjer og retningsgivende prinsipper som er relevante for saksbehandlere i deres arbeid med psykisk helsearbeid og rusarbeid blant voksne innenfor kommunen. Dette er spesielt viktig ettersom kommunene har ansvar for å tilby ulike tjenester fra tjenesteapparatet. Ifølge veilederen inkluderer kommunens ansvar en rekke områder som forebygging, kartlegging, utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging. Disse områdene er helt sentrale i en saksbehandlers rolle. Denne masteroppgaven er både plassert innen psykisk helsearbeid og folkehelsearbeid siden saksbehandlerne forholder seg til begge innsatsområdene.

1.5 Overordnet faglig perspektiv

Denne oppgaven plasserer seg tverrfaglig i sosiologi og kunnskapsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse, og er sentralt innen psykisk helsearbeid.

1.5.1 Sosiologi

Skirbekk og kolleger beskriver faget på følgende måte:

Sosiologi er en samfunnsvitenskap som studerer forutsetningene for, oppkomsten av og samspillet mellom samfunnets ulike elementer. Mens andre samfunnsvitenskaper omhandler avgrensede sektorer av samfunnslivet, som økonomi, politikk eller pedagogikk, er sosiologien en generell samfunnsvitenskap. Den kan omtales som en vitenskap om sosiale systemer, enten det dreier seg om sosiale relasjoner og fellesskap mellom få, eller om sosiale bevegelser, organisasjoner, institusjoner og hele samfunn (Skirbekk et al., 2023).

Definisjonen omtaler sosiologi som et omfattende fagfelt. Det kjennetegnes av teorier, perspektiver og forskningsmetoder, og har en tendens til å generere et mangfold av synspunkter og konflikter (Tjora, 2013, s. 114). Problemstillingen i denne masteroppgaven omhandler saksbehandlere i kommunehelsetjenesten. Det å forstå dem fra et sosiologisk perspektiv, som bakkebyråkrater, ble vurdert som relevant. Denne masteroppgaven er plassert innenfor fagfeltet sosiologi, som representerer det tverrfaglige feltet i denne oppgaven. Sosiologi er spesielt sentralt i et psykisk helsearbeid fordi det gir en dypere innsikt og kunnskapen om rollen til bakkebyråkrater i offentlig sektor. De er nøkkelpersoner når det gjelder å tilrettelegge og forvalte tjenester knyttet til psykisk helsehjelp. Denne kunnskapen gir en mer helhetlig og nyansert forståelse av saksbehandlerrollen.

1.5.2 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Helsedirektoratet beskriver kunnskapsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse på følgende måte: «Fysisk aktivitet fremmer god helse, gir bedre humør og søvn, mer energi, og reduserer stress. Fysisk aktivitet kan forebygge enkelte psykiske plager og kan i mange tilfeller brukes i behandling sammen med andre behandlingsmetoder» (Helsedirektoratet, 2021a).

Sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse utgjør et sentralt og tverrfaglig perspektiv i denne masteroppgaven. Fysisk aktivitet har en betydningsfull rolle i forebygging og behandling av psykiske plager og lidelser, og kan brukes i kombinasjon med andre behandlende tiltak, dette vil utdypes i teorikapitlet og drøftes i diskusjonen. Kunnskapsfeltet gir nødvendig innsikt for å forstå hvordan fysisk aktivitet kan integreres i tjenestene for psykisk helsehjelp, som er relevant for problemstillingen.

1.6 Forforforståelse

Som masterstudent har min forforståelse hatt en betydning i prosessen. Temaet jeg valgte har sin bakgrunn i erfaringer, interesse og et ønske om å bidra og påvirke til mer bruk av fysisk aktivitet i kommunens psykiske helsearbeid. Miljø og familie har bidratt til en oppvekst som besto av fysisk aktivitet, hvor idrett og dans sto sentralt i min selvutvikling. Derfor valgte jeg også idrettslinja på videregående skole. Jeg fullførte en bachelorutdanning i Fysisk aktivitet og ernæring ved Høyskolen Kristiania. Siste året på bachelorstudiet tok jeg personlig trener utdanning. I løpet av bachelorutdanningen fikk jeg gleden av å møte flere kjente forelesere som delte en lidenskap for å integrere fysisk aktivitet i behandlingsprosessen. Blant dem var Ole

Petter Hjelle, lege og hjerneforsker. Han vekket min interesse og inspirerte meg til å engasjere meg i å fremme betydningen av fysisk aktivitet innen forebygging og behandling av sykdom. Jeg har erfaring innen individuell og gruppebasert veiledning i fysisk aktivitet og ernæring. I tillegg har jeg arbeidet med idrettsutøvere innen Freestyle discojazz. Min erfaring omfatter også helse- og omsorgstjenesten der jeg har hatt mulighet til å arbeide med flere. Jeg har fått innsikt i de positive opplevelsene og effektene som fysisk aktivitet kan ha for en rekke ulike grupper. Dette inkluderer personer med psykiske utviklingshemninger, de som sliter med psykiske lidelser og mennesker med utfordringer knyttet til under- eller overvekt. Min arbeidserfaring har også gitt meg verdifulle perspektiver ved å følge opp brukere som mottar helse- og omsorgstjenester med behandlende tiltak innen psykisk helsearbeid. Jeg har observert at det er ulik og variert bistand og tilrettelegging for fysisk aktivitet, uavhengig av hva som står i vedtaket. Det er også blitt klart for meg at helsepersonell uten kompetanse innen fysisk aktivitet som behandlingstiltak ofte kommer til kort uten denne spesifikke kompetansen.

Når jeg skrev denne masteroppgaven jobbet jeg som miljøterapeut i kommunalt ambulerende team innen psykisk helse og rus. Hovedoppgaven var å følge opp vedtaksbaserte tjenester, og samarbeidet med andre parter i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV og fastleger. Jeg har også veiledet ansatte i kommunal helsetjeneste med miljøarbeid og rådgiving knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Det har vært ønskelig å få et innblikk og en forståelse av hvem som vurderer behovet av fysisk aktivitet som tiltak i behandling og hvilke vurderinger som blir gjort i en kartlegging av kommunens psykiske helsehjelp. Min interesse for forskningen på feltet har påvirket meg til å skrive om dette og bidro i igangsettelsen av masterprosjektet. Jeg gikk inn med en forforståelse av at saksbehandlere i kommuner hadde ulik kjennskap til fysisk aktivitet og at de definerte fysisk aktivitet ulikt.

1.7 Masteroppgavens disposisjon

Oppgaven inneholder en teoretisk bakgrunn som anses relevant for oppgavens problemstilling. Videre inneholder den metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Masteroppgaven er et individuelt og selvstendig arbeid med relevans for psykisk helsearbeid.

2.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet redegjøres det teoretiske grunnlaget og forskning som anses relevant for problemstillingen. Kapittelet starter med en introduksjon av kunnskap om fysisk aktivitet og saksbehandlere som bakkebyråkrater. Videre gir teorien en beskrivelse av; Organisering av psykiske helsetjenester i kommuner og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Lovene som anses aktuelle for oppgavens problemstilling er Helse- og omsorgstjeneste loven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Folkehelseloven og Forvaltningsloven. Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og aktivitetshåndbok. Saksbehandlers sentrale rolle i tildeling av helse- og omsorgstjenester i forhold til fysisk aktivitet. Kommunens ansvar i å tilrettelegge for fysisk aktivitet. Regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale strategier for tilrettelegging av fysisk aktivitet og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for fysisk aktivitet i helse- og omsorgstjenesten. Til slutt forskning på fysisk aktivitet og en saksbehandlers rolle.

2.1 Kunnskap om fysisk aktivitet

Ifølge Martinsen, professor, overlege og spesialist innen psykiatri, er det mest faglig korrekt å bruke fysisk aktivitet som et paraplybegrep (Martinsen et al., 2018, s. 35). Det vil si at det er et begrep som dekker alle former for muskelarbeid, som lette bevegelser i hverdagen, gåturer, eller andre treningsformer. Det som er felles med disse aktivitetene er at målet er det samme; de gir en helsegevinst der målet er glede, helse og rekreasjon. Martinsen og kolleger (2018) skiller på fysisk aktivitet og fysisk trening. Fysisk trening blir beskrevet som en målrettet aktivitet for å forbedre prestasjoner (Martinsen et al., 2018, s.35).

Det eksisterer et omfattende og stadig økende kunnskapsgrunnlag om de helsefordelene som følger med fysisk aktivitet (Haseler et al., 2019). Fysisk aktivitet reduserer stress, angst som kan bedre humøret (Hjelle, 2018). Fysisk aktivitet kan redusere følelsen av depresjon som er knyttet til endorfinutslipp og til økt tilgjengelighet av neurotransmittere som serotonin og dopamin, som igjen bidrar i å regulere humøret. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fungerer som en behandlingsmetode spesielt bra for depresjon og angst. Forskning har vist at depresjon ofte forekommer sammen med andre psykiske lidelser som ved komorbiditet. Fysisk aktivitet gir en mulighet for å lindre psykiske smerter, mestre plager på en bedre måte og forebygge at psykiske lidelser oppstår (Martinsen et al., 2018, s. 15). Litt fysisk aktivitet gir en helsegevinst (Dalene et al., 2019). Fokuset og oppmerksomhet til brukergruppen rus og psykiatri pasienter har vist at også lette bevegelser i hverdagen gir en positiv helsegevinst

fordi det bidrar til at hverdagen blir rikere og gir en verdi. Det er ikke noe nytt at det å bevege kroppen sin er positivt. Det bidrar ikke bare i forebygging, men det kan bidra på veien tilbake til det friske. Ifølge Martinsen tyder studier på at bedre fysisk form beskytter mot belastende livserfaringer (Martinsen et al., 2018, s. 54–56). Fysisk aktivitet påvirker velvære og selvfølelse, kroppsbilde, søvn, muskelspenninger, kreativitet og tenkning. En aktiv kropp i bevegelse motiveres til noe mer. Økt puls, å kjenne seg sliten i kroppen etter en aktivitet oppleves likevel som positivt fordi menneskekroppen er skapt for å bevege seg. For å forstå nytteverdien av fysisk aktivitet defineres fysisk aktivitet som et bredt begrep slik at det lettere kan integreres og bli en del av et helhetlig behandlingsopplegg.

2.2 Bakkebyråkrater

Lipsky (2010, s. xi-xxiii) forstår bakkebyråkrati som et sett av regler og autoritetsstrukturer der «bakke» refererer til avstanden fra sentrale myndigheter. Dette konseptet kaster lys over hvordan offentlig politikk oppleves av folk, noe som er avgjørende for velferd og fellesskapsfølelse. Ifølge Lipsky avhenger resultatene av handlingene til flere individer og hvordan og hvorfor de kontinuerlig gjentar atferdsmønstre (Lipsky, 2010, s. xii-x111). Dette perspektivet er relevant for saksbehandlers rolle, hvor de står overfor velkjente utfordringer om høyt arbeidspress, økte forventninger, lange søkelister, begrensede ressurser og utfordrende arbeidsbelastninger. Et konstant press om å foreta beslutninger dominerer arbeidet. Saksbehandlere fungerer som bakkebyråkrater som jobber på lavere forvaltningsnivåer og har direkte kontakt med innbyggere. De administrerer og implementerer offentlige tjenester og politikk direkte i feltet, i den første fasen av tjenesteleveringen (Lipsky, 2010, s. 3). De følger lovverket, og gjør vurderinger ut ifra kommunens ressurser, tilgjengelig informasjon, og skjønn blir i ulik grad brukt for å gjøre individuelle vurderinger. Dette er en forutsetning for å kunne tilpasse tjenester til den enkelte. Saksbehandlere har også et fortolkningsrom, hvor faglig kompetanse spiller en rolle for vurderinger som gjøres. Samhandling mellom offentlig ansatte og innbyggere kan ha stor innvirkning (Lipsky, 2010; Rønning, 2021). Fordeler og ulemper tas med i beslutninger om hvilke tjenester den som søker skal få. Bakkebyråkratene skal behandle alle innbyggerne likt i deres krav, samtidig tilpasse den enkelte når det er hensiktsmessig. Når tid og ressurser ikke strekker til er det bakkebyråkratene som må gjøre den vanskeligste jobben. Utvikle rutiner og forenkle praksismåter kan påvirke resultatene av deres innsats. Massebehandling er kjent, og påvirker kvaliteten på behandlingen og tjenesten brukerne får i kommunene. Ifølge Lipsky (2010) er

disse observasjonene viktige og nyttige å vite noe om. Det å ha en forståelse av offentlig politikk i bakkebyråkratier, krever å analysere hvordan byråkratenes skjønn kombineres med regler og uttalelser. Uansett utspiller dette seg på forskjellige måter, og rollen som saksbehandler blir utført på ulike måter.

Teoretiker Rolf Rønning er professor i sosialøkonomi og har særlig jobbet med innovasjon i offentlig sektor (Rønning, 2021). Rønningen er opptatt av blant annet relasjon mellom bruker av tjenesten og de som leverer tjenester, og har fokus på hvordan brukernes behov best kan ivaretas. Ifølge Rønningen er bakkebyråkratiet hierarkisk, og saksbehandlerne er en del av bakkebyråkratiet (Rønning, 2021, s. 77–79). Reglene en saksbehandler følger kommer fra regjeringen og lovverket, ledere og det kommuniseres nedover i systemet. Saksbehandlere har som oppgave å anvende reglene i praksis. Rønningen påpeker at det bare er 10 % av jobben som er gjort når en lov er vedtatt. De resterende 90 % av realiseringen skjer i implementeringsprosessen. Ifølge Rønningen har bakkebyråkratene en betydelig makt innad i systemet fordi de må utøve en betydelig grad av skjønn. Ressursene er utilstrekkelige, tid strekker ikke til og prioriteringer må deretter til. Han påpeker at regler kan være uklare. Han mener at saksbehandlere skal lytte til brukeren, sette seg inn i deres situasjon. Deretter plassere brukerne inn i et system hvor til slutt saksbehandlerne må forklarer reglene i systemet. Her må saksbehandlere bruke skjønn i sin tolkning, og i sitt valg av regel anvendelse og være ekspert med kompetanse og erfaring.

2.3 Organisering av psykiske helsetjenester i kommuner og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Kommunene er organisert og regulert av lovverk og har et overordnet ansvar for å kvalitetssikre tildeling av helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). De skal organisere tilbudene, kartlegge og tilrettelegge tjenester innen psykisk helsehjelp.

2.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjelder for kommuner som tildeler eller yter kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Loven har ulike formål og virkeområder som presenteres i

lovens kapittel 1 § 1-1. Formålene som anses relevante for denne masteroppgaven er; Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse. Fremme sosial trygghet, forebygge sosiale problemer, sikre at den enkelte får mulighet til å ha et aktivt liv og en meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for brukere. Til sist, sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Under § 3-3 helsefremmende og forebyggende arbeid fremkommer det at alle deler av helse- og omsorgstjenestene har ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer i sitt arbeid. Samtidig har kommunen ved tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 2 til 6 samme helsefremmede og forebyggende ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at velferds- og aktivitetstiltak blir satt i verk for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd er det angitt tjenester som kommunene plikter å ha tilbud om. De har blant annet ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ifølge Helsedirektoratet skal psykososial oppfølging innebære at profesjoner skal samarbeide om å skape meningsfulle aktiviteter og gi bistand som stimulerer til brukers egeninnsats. Målet med oppfølgingen er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, deltakelse i samfunnet og i det sosiale liv (Helsedirektoratet, 2012, 2016b; Helsetilsynet, 2017). Den psykososiale tilnærmingen skal sikre en helhetlig oppfølging.

2.3.2 Pasient-og brukerrettighetsloven

Pasient og brukerrettighetsloven gir de som søker om helse- og omsorgstjenester som psykisk helsehjelp rett på nødvendig helse- og omsorgstjenester. Loven gjelder for mennesker i sårbare situasjoner som oppholder seg i kommunen og som tildeles Helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a). Brukernes ønsker, og behov skal lyttes til og etterkommes hvis mulig.

2.3.3 Folkehelseloven

Ifølge folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011) kapittel 2 § 4 har kommunen ansvar for folkehelsearbeid. Forebygging av psykisk og somatisk sykdommer og lidelser er en av dem. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra med de oppgavene og virkemidlene de er tillagt, som

forvaltning og tjenesteyting. I folkehelseloven § 5 står det at kommunen skal identifisere folkehelseutfordringene, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Denne kunnskapen innhentes blant annet fra Helse- og omsorgstjenestene (Folkehelseloven, 2011, § 5 b). Ifølge folkehelseloven (2011) § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, koordinere sin virksomhet og tilrettelegge for langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet fysisk aktivitet. Det forbyggende arbeidet i kommunen skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme heles og forebygge sykdom.

2.3.4 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven (1967) inneholder regler om hvordan kommunen som offentlig forvaltningsorgan skal behandle saker. Forvaltningsloven (1967) gjelder for saksbehandlere i de sakene det fattes vedtak om blant annet psykisk helsehjelp. Det betyr at de som er i behov av helse- og omsorgstjenester kan søke om tjenester i egen kommune. Hjelpet behovet vurderes etter hvilke tjenester en har rett på, og i hvilket omfang. For å motta psykisk helsehjelp, må en sende inn et søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester enten elektronisk via kommunenes nettside eller per brev. Omsorgstjenestene kan blant annet gis i private hjem, gjennom kort eller langvarig opphold på for eksempel institusjon, gjennom personlig assistanse, ved praktisk bistand eller støttekontakt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er store variasjoner for hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres og tildeles (Helsedirektoratet, 2016a, s. 12). Kommuner har en betydelig grad av frihet når det gjelder å utvikle et tjenestetilbud som tilfredsstillende individuelt krav til nødvendige og forsvarlige tjenester. Målet er at de som mottar tjenester har mulighet til å opprettholde så mye selvstendighet som mulig, slik at de kan leve og bo på egenhånd, samtidig som de har en aktiv og meningsfull hverdag. I januar 2020 ble det lovfestet psykologkompetanse i alle kommuner (Helsedirektoratet, 2021). Psykologene skal bidra til å styrke den samlede innsatsen innen psykisk helse og rus. Dette innebærer tidlig intervensjon og behandling av psykiske helseproblemer i alle aldersgrupper, samt deltakelse i folkehelsearbeidet gjennom tilrettelegging og undervisning.

2.4 Veileder for saksbehandling: Saksbehandlers sentrale rolle i tildeling av helse- og omsorgstjenester i forhold til fysisk aktivitet

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder som handler om jobben med å kartlegge og tildele helse og omsorgstjenester. Veilederen uttrykker den overordnede oppfatningen til sentrale myndigheter om god saksbehandling innen helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2016a). Veilederen er en praktisk introduksjon til de reglene som gjelder for saksbehandling og tildeling av tjenester på kommunalt nivå. En saksbehandler har ansvar for å kvalitetssikre og kartlegge tildeling av helse- og omsorgstjenester hvor psykisk helsehjelp er en av dem. Vedtak om psykisk helsehjelp er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6. Saksbehandlerne har et stort ansvar på vegne av myndighetene som er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3 og 7, 7-3 og forvaltningslovens bestemmelser (Helsedirektoratet, 2016a).

2.5 Enkeltvedtak

En saksbehandler utreder behovet for helse- og omsorgstjenester i samsvar med forvaltningsloven, som krevet at enkeltvedtak skal fattes (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32). En saksbehandler starter ofte sitt arbeid når de mottar en søknad om tjenester. En saksbehandler må samle nødvendig informasjon for å kunne vurdere saken på en forsvarlig måte. Dette kan inkludere bruk av kartleggingsskjemaer, sjekklister og huskelister (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32-33). Det er lovpålagt å bruke individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS) når tjenestebehovet utredes. I noen tilfeller vil det være nødvendig å innhente tverrfaglig kompetanse for å sikre tilstrekkelig utredning av bistandsbehovet (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32–33). En saksbehandler har plikt til å legge stor vekt på brukerens ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Avgjørelsen om hvorvidt den som søker om helse- og omsorgstjenester har rett på den tjenesten de ønsker, i hvilket omfang og hvordan tjenestetilbudet utformes er det saksbehandleren som tar, på bakgrunn av behov og rettsanvendelsesskjønn som betyr at vurderingen de gjør ikke er fri. Det blir gjort skjønnsmessige vurderinger, men innafor de grensene lovene har satt.

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 (1999) fattes det enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (2011), som er ment å vare lengre enn to uker. “Et enkeltvedtak er et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer” (Forvaltningsloven § 2b.).

Ifølge veilederen for saksbehandling står det at det ikke fattes enkeltvedtak på tjenester som brukere fritt kan oppsøke selv uten en forutgående behovsprøving fra kommunens side, som lett tilgjengelige lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2016b, s. 43).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (2011) første ledd nr. 6 innebærer helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse herunder praktisk bistand og opplæring, og støttekontakt. Helsetjenester i hjemmet innebærer alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos brukeren eller med utgangspunkt i brukerens hjem (Helsedirektorateta, 2016, s. 14). Hvis det er formålstjenlig kan tjenesteytingen foregå utenfor hjemmet, det er ikke et absolutt krav om at tjenesten må utføres i brukerens hjem. Det er ikke innført noen rettslige grenser for omfang og type tjenester som kan ytes hjemme. Dette vil avhenge av en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Vedtak om støttekontakt er nevnt i lovteksten som en måte å gi bistand til å delta i fritidsaktiviteter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Bistand med personlig assistanse kan også organiseres slik at brukeren får deltatt i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon (Helsedirektoratet, 2018; omsorgsdepartementet, 2014).

Hvis saksbehandleren vurderer at det skal fattes et enkeltvedtak skal det være skriftlig og begrunnet (Helsedirektoratet, 2016a, s. 41). Et vedtak må være detaljert nok slik at brukeren og utfører konkret vet hva som innvilges (Helsedirektoratet, 2016a, s. 51). Vedtaket skal videre inneholde en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen (Helsedirektoratet, 2016a, s. 41). I hvilket omfang og nivå et vedtak utformes vurderes konkret av en saksbehandler. Ved beslutning om tjenestenivå og omfang, tar saksbehandleren hensyn til kommunens ressurser og prioriteringer. Hvis en bruker får tildelt enkeltvedtak skal tjenestetilbudet evalueres og følges opp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2 ; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a og 2-1 b).

2.6 Kommunens ansvar i å tilrettelegge for fysisk aktivitet

De politiske ambisjonene og de nasjonale faglige kravene omtaler det å prioritere tiltak om bedre organisering og integrering av tjenestene (Meld. St. 23, 2023). Psykiske lidelser var tidligere primært spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, men etter mangeårig nedleggelse/reduisering av sengeplasser har kommunene gradvis fått et større ansvar med å

tilby psykiske helsetjenester (Helsedirektoratet, 2015a, s. 37). Dette må følges av kompetanseheving og utvikling av tilbud som møter den enkelte brukers behov. Kommunene behandler stadig flere med psykiske utfordringer, noe som gjør at kravene til helsefremmende og forebyggende tiltak øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

I kommunenes arbeid innen psykisk helse er tilrettelegging for fysisk aktivitet omtalt i flere av regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale retningslinjer, og der vektlegges de positive effektene på området (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020; Helsedirektoratet, 2012, 2014, 2013, 2019; Meld. St. 15, 2022; Meld. St. 23, 2023; Omsorgsdepartementet, 2015). I dette punktet er opptrappingsplanen, folkehelsemeldinga, sammen om aktive liv, samhandlingsreformen, og regjeringens plan for omsorgsfeltet relevante. Helsedirektoratet er en fagrådgiver og har utarbeidet veiledere og nasjonale faglige retningslinjer i tilrettelegging for fysisk aktivitet. Her nevnes utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelse og psykiske lidelser samt psykoselidelser. «Sammen om mestring» som veileder og beskriver krav, og forventninger i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, og aktivitetshåndboken. Til sammen spesifiserer Regjeringen og Helsedirektoratet hvilke utfordringer, behov og tilrettelegging kommunen bør iverksette for å sikre fysisk aktivitet som en del av psykisk helsearbeid i kommunene.

2.6.1 Regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale strategier for tilrettelegging av fysisk aktivitet

Ifølge regjeringen er de viktigste strategiske målene å sørge for at de sektorene som har de mest sentrale virkemidlene for å fremme psykisk helse også har eierskap til området. Innsatser i alle sektorer nasjonalt, regionalt og lokalt påvirker mulighetene å være fysisk aktiv. Det er den samlede innsatsen i alle sektorer som er avgjørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

2.6.1.1 Opptrappingsplan for psykisk helse 2022-2023

Regjeringen ønsker å styrke området for fysisk aktivitet ved å øke innsatsen for å få flere med. De ønsker å innlemme aktivitet i større grad med behandling, øke kunnskapsnivået og utvikle tilgjengelige lavterskeltilbud. Regjeringen ønsker å bidra til god tilrettelegging av aktivitetstilbud og møteplasser (Meld. St. 23, 2023, s. 40). De vil øke kunnskap om psykisk helse og om hvilke faktorer og aktiviteter som kan virke beskyttende for å utvikle psykiske

plager og gi økt livskvalitet (Meld. St. 23, 2023, s. 35) De ønsker å etablere bedre og flere tilgjengelige lavterskeltilbud og sørge for at ventetiden blir kortere. De ønsker å legge mer vekt på effektiv organisering, riktig oppgavedeling og bedre bruk av tilgjengelig ressurser (Meld. St. 23, 2023, s. 38). Ifølge opptrappingsplanen skal det legges inn innsats med tiltak som aktivitet før en uføretrygd blir aktuelt (Meld. St. 23, s. 32).

2.6.1.2 Folkehelsemeldinga

I mars 2023 la regjeringen frem en ny folkehelsemelding. En nasjonal strategi for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet (Meld. St. 15, 2022). Ifølge folkehelsemeldinga er det viktigste satsningsområdet psykisk helse og forebyggende arbeid i alle sektorer i helse- og omsorgstjenesten. For å skape et samfunn som jobber mot god psykisk helse og livskvalitet vil dette kreve en bred tilnærming og eierskap i alle sektorene. Ifølge folkehelsemeldingen skal alle sektorene og samfunnet som helhet vurdere hvilke tiltak som fremmer livskvalitet (Meld. St. 15, s. 70). Mening og tilhørighet er faktorer som fremmer den psykiske helsen. Ifølge folkehelsemeldinga er fysisk aktivitet i dag regna som et godt dokumentert behandlingstiltak og gir en forebyggende effekt. Fritids- og kulturaktiviteter er tiltak som skal settes i verk. Ifølge folkehelsemeldinga mangler kommunen kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk og det foreligger utfordringer knyttet til oppfølging av fysisk aktivitet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 15, 2022, s. 69). Helse- og omsorgstjenesten er en viktig arena for målrettet innsats for å fremme fysisk aktivitet, mestre egen sykdom og for å opprettholde funksjonsevnen og evnen til selvhjelp (Meld. St. 15, 2022, s. 118).

2.6.1.3 Sammen om aktive liv- handlingsplan for fysisk aktivitet

Sammen om aktive liv er en handlingsplan for fysisk aktivitet (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58). Handlingsplanen beskriver hvilken rolle Helse- og omsorgstjenesten har, og hvordan tjenesten kan bidra til å forebygge og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Et mål er at helsepersonell skal ha nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet og at det blir benyttet som tiltak for å forebygge og behandle sykdom. Handlingsplanen ønsker å sikre at blant annet hver enkelt skal få mulighet til å ha et aktivt og meningsfullt liv. Konsultasjoner og behandlinger blir nevnt som en viktig arena å kartlegge fysisk aktivitet, og gi veiledning og råd der det er naturlig for å sikre forsvarlig tjenester i pasientløp og oppfølgingstilbud. Handlingsplanen ønsker at helsepersonell bevisst diskuterer, og engasjerer seg i fysisk aktivitet sammen med pasientene.

2.6.1.4 Regjeringens plan for omsorgsfeltet

Regjeringens plan for omsorgsfeltet representerer regjeringens retningslinjer for omsorgsfeltet (Omsorgsdepartementet, 2015). Blant hovedpunktene i denne planen fremheves behovet for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste på lang sikt. Dette innebærer en nødvendig faglig endring som inkluderer økt kompetanse, nye arbeidsmetoder og nyskapende tilnærminger innen faglig praksis. En vesentlig del av denne omstillingen i tjenestene dreier seg om å styrke brukernes evne til mestring og aktivisering.

2.6.2 Helsedirektoratet som faglig rådgiver i tilrettelegging av fysisk aktivitet

Helsedirektoratet er et sentralt kompetanseorgan og har et helhetlig ansvar for den nasjonale beredskapen (Helsedirektoratet, 2017). De har som ansvar å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet iverksetter vedtatt politikk og utarbeider handlingsplaner og strategier på vegne av regjering og Storting. Helsedirektoratet tildeler tilskudd etter stortingets målsetninger, og som forvalter har helsedirektoratet ansvar for å bruke og fortolke lover. Ifølge Helsedirektoratet står kommunene sentralt når det kommer til å implementere fysisk aktivitet i forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2019). De beskriver fysisk aktivitet som inkluderer alle former for fysisk utfoldelse (Helsedirektoratet, 2019, s. 5). Kommunen har et ansvar for å tilrettelegge for og følge opp fysisk aktivitet gjennom helse- og omsorgstjenesten. Ifølge Helsedirektoratet bør daglig fysisk aktivitet legges til rette for de som mottar helse- og omsorgstjenester, og at helse- og omsorgstjenesten bør bidra med informasjon og støtte til økt fysisk aktivitet. Helsedirektoratet sier at helsepersonell i alle kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha god kompetanse om fysisk aktivitet og helse, og mener at de kan gi faglig forsvarlig råd, veiledning og tilpasset oppfølging til sine brukere. Gjennom helsedirektoratets veiledere og nasjonale retningslinjer beskriver de hvordan fysisk aktivitet bør tilrettelegges i kommunene.

2.6.2.1 Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelse og psykiske lidelser

Retningslinjene fremhever fysisk aktivitet som en tiltaksmulighet for personer med samtidige ruslidelse og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012). En spesifikk del av retningslinjene fokuserer på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og ernæring. Det påpekes at den vitenskapelige dokumentasjonen av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er begrenset, med

det erkjennes at fysisk aktivitet og trening kan ha en beroligende effekt, redusere angst og bidra til å lindre depresjon. Aktivitetene kan også hjelpe med å fylle tomrommet som oppstår etter avsluttet bruk av rusmidler. Deltakelse i organisert fysisk aktivitet, trening eller idrett kan være med på å etablere sosiale nettverk som ikke er knyttet til rusmiljøene.

2.6.2.2 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Ifølge retningslinjen bør informasjon og betydning av fysiske aktivitet, motivasjon og tilrettelegging for aktivitet og trening inngå som en viktig del av en helhetlig behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 71).

2.6.2.3 Sammen om mestring

«Sammen om mestring» veileder og beskriver krav, og forventninger i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014). Veilederen sier blant annet hvordan helse- og omsorgstjenesten kan ivareta målene. Ett av tiltakene er at kommunene organiserer og tilbyr lavterskeltilbud, tilbud som gjør det lettere for kommunene å nå mennesker med psykiske utfordringer. Lavterskeltilbudene kan dannes for ulike brukergrupper med aktivitetstilbud. Veilederen sier at kommunene skal sikre slik at den enkelte skal få leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt hverdag.

2.6.2.4 Aktivitetshåndboken

Aktivitetshåndboken er en veileder av Helsedirektoratet. Den tar for seg fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv og fokuserer på motivasjon og tilrettelegging. Den gir både generelle anbefalinger og spesifikke råd om hva slags trening, hvor mye, hvor ofte, og hvor hard trening som er anbefalt i forebygging og behandling av blant annet avhengighet, misbruk, angst, depresjon og stress (Bahr et al., 2015).

2.7 Forskning på fysisk aktivitet og psykisk helse

Psykiske lidelser påvirker menneskets atferd, følelser, kroppslige reaksjoner og tanker (Martinsen et al., 2018, s. 43). Et inaktivt menneske som begynner å bevege seg mer, eller starter med en fysisk aktivitet endrer sin atferd. Atferdsendring er et viktig element i forebygging og behandling av psykisk helse, og er dokumentert som behandlingsmetode ved psykiske lidelser. Méndez-Aguado og medforfattere (2023) har gjennomgått potensielle fordeler for personer med alvorlige psykiske lidelser ved deltakelse i ulike fysiske aktiviteter.

Der kom det frem at gjennomføring av fysisk aktivitet påvirker livskvaliteten og mestringsgraden (Haseler et al., 2019; Hjelle, 2018; E. W. Martinsen et al., 2018; Méndez-Aguado et al., 2023).. Fysisk aktivitet reduserer negative symptomer knyttet til den psykiske lidelsen, fører til en reduksjon i bruken av medikamentell behandling, men øker selvtillit og autonomi. I noen tilfeller kan tilpasset fysisk aktivitet redusere behovet for medisinske inngrep og sykehusinnleggelse (Bahr et al., 2015; Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58; Hjelle, 2018). Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser som ikke følger anbefalte råd om fysisk aktivitet av moderat eller høy intensitet, har økt risiko for somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, og kan forvente en kortere levetid (Sørensen et al. 2020). En studie av Méndez og kolleger (2023) viste at fysisk aktivitet bidrar til økt sosial deltakelse og at de personlige funksjonene blir bedre.

Barrierer hos pasientene med alvorlige psykiske utfordringer kan være personlige faktorer og emosjonelle påvirkninger, manglende motivasjon, symptomer på lidelsen og bivirkninger av medikament behandling, og negative forventninger til seg selv (Danielsen, 2021; Méndez-Aguado et al., 2023). Det er et kjent faktum at personer med psykiske lidelser engasjerer seg mindre i fysisk aktivitet (Helgadóttir et al., 2015). Helgadóttir og kolleger gjennomførte en tverrsnittstudie om fysisk aktivitetsmønstre hos personer med depresjon og angstlidelser målt med akselerometre. I sin studie fant de ut at brukergruppen hadde en mer sittestillende livsstil som følge av mer isolering sammenlignet med den generelle befolkning. Studien konkluderte med at for mye stillesitting er assosiert med redusert levealder og somatiske plager, spesielt hjerte- og karsykdommer.

Ifølge en systematisk gjennomgang av tverrsnittstudier om motivasjon for fysisk aktivitet og trening ved alvorlige psykiske lidelser utført av Farholm og Sørensen (2016), anses mangel på motivasjon som en vesentlig hindring. Studiens resultater indikerte at de underliggende mekanismene for motivasjon til fysisk aktivitet ikke er forskjellige mellom den generelle befolkningen og personer med psykisk lidelser. Likevel blir motivasjonen i denne gruppen påvirket av faktorer som medikamenters bivirkninger, symptomer på sykdom, negative holdninger blant behandlere, økonomiske utfordringer og manglende struktur og planlegging av fysisk aktivitet. Studien konkluderte med at det er nødvendig med økte ressurser for å øke motivasjonene for fysisk aktivitet blant brukere med betydelig symptombelastning.

Sørensen og kolleger (2020) gjennomførte en kvalitativ studie hvor de utforsket gjennom intervjuer og fokusgrupper hvordan pasienter, ansatte og leder opplevde implementeringen av

en motiverende fysisk aktivitet intervensjon ved en psykiatrisk institusjon. Studien konkluderte med at pasientene hadde et positivt syn på fysisk aktiviteten i behandling. Den rapporterte også at det var behov for fagfolk med kompetanse, men at ressurser var avgjørende.

Deltakelse i meningsfulle aktiviteter er ifølge Chekroud og medforfattere (2018) forbundet med positive effekter på den psykiske helsen. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av depresjon, posttraumatisk stresslidelse, psykoselidelser, angst og andre alvorlig psykiske lidelser har vist seg å fungere (Bahr et al., 2015; Chekroud et al., 2018a; Danielsen, 2021; Martinsen et al., 2018). Ifølge Thørrisen (2018) bidrar deltakelse i fysisk aktivitet til raskere rehabilitering hos mennesker med psykiske lidelser. I forskningen utført av Chekroud og kolleger (2018) indikeres det at deltakelse i sosiale aktiviteter er knyttet til den laveste graden av psykisk belastning. Dette skyldes at sosiale aktiviteter som styrker evnen til å håndtere stress og reduserer forekomsten av depresjon. Videre viser resultatene at de sosiale fordelene ved å hindre tilbaketrekningen og følelser av ensomhet kan bidra til ekstra fordeler for psykisk helse. Støttende sosiale relasjoner bidrar til å redusere alvorlighetsgraden av symptomer, og bedrer behandlingsresponsen. Det er nyttig med både treningsgrupper, sosiale og ikke sosiale aktiviteter. Ifølge Danielsen (2021) bør fysisk aktivitet brukes i tilrettelegging og tiltak i alle sektorer som jobber med psykisk helsearbeid. I oppsummeringen blir det uttrykt at holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell, manglende oppfølging og tilbud av fysisk aktivitet er barrierer for å utøve fysisk aktivitet. I studien til Méndez-Aguado (2023) ble de som er ansvarlige for å tilrettelegge og organisere fysisk aktivitet en del av pasientenes barrierer.

Nyere forskning indikerer at litt aktivitet er bedre enn ingen aktivitet (Breidablik et al., 2023). HUNT studien av Breidablik og kolleger (2023) er en av de største og mest omfattende helseundersøkelsene i verden. Studien bidrar til utvikling av folkehelse politikk og forebyggende tiltak hvor de ser blant annet på sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Studien konkluderer med at lav dose av fysisk aktivitet virker avgjørende for å oppnå helsegevinst. Breidablik og kolleger skiver at det er viktig å oppmuntre alle nivåer av fysisk aktivitet som en varig vane i en folkefremmende innsats. De påpeker at økning i aktivitetsnivået når som helst i livet har dokumenterte positive effekter, og dette prinsippet er kjent som dose respons effekten (Warburton & Bredin, 2017). Ekelund og kolleger (2019) sier at det hjelper med bare korte spaserturer, og viser til i sin oversiktsartikkel at fysisk aktivitet uavhengig av intensitet, er assosiert med en vesentlig lavere risiko for dødelighet. Høyere nivåer av den totale fysisk aktivitet uansett intensitet, er assosiert med en betydelig

reduisert risiko for tidlig dødelighet og som gir en helsegevinst. Det bekrefter Warburton og Bredin (2017) i sin gjennomgang av nåværende systematiske gjennomganger som omhandler helsefordeler av fysisk aktivitet. De mener at helsefordelen uansett aktivitetsnivå, observeres selv med små mengder fysisk aktivitet. De fleste internasjonale retningslinjene anbefaler 150 minutter i uka. Nyere forskning viser at det kanskje ikke er nok evidensbasert og kan skape en barriere for de som kan dra stor nytte av å bare komme seg i litt aktivitet.

2.8 Forskning på en saksbehandlers ansvar og rolle

En svensk kvalitativ studie av Carlsson og Brommels (2022) handler om at mennesker er viktigere enn prosesser i integrerte helse- og sosiale tjenester for personer med kroniske psykiske lidelser. Erfaringene om hvilke tilnærminger som best fremmet tjenestekoordinering ble belyst gjennom ansatte, pasienter og kommuner. En saksbehandlers rolle ble trukket frem som avgjørende og fremmet god tjenestekoordinering. Informantene i studien beskrev saksbehandlere som «Spider in the web», og at saksbehandlere i rollen arbeider for pasientens fordel for å løse problemer. Rollen ble beskrevet med et bredt spekter av ferdigheter, hvor de påtar seg en stor mengde ansvar som i denne studien ble beskrevet som nyttig. Det ble nevnt at en saksbehandler skulle ha samlet oversikt over pasientens tjenester og de tjenestene som var tilgjengelige.

Bernardo Zacka er en akademiker og forfatter som er kjent for sitt arbeid innenfor politisk vitenskap og offentlig administrasjon. Boken, «When the state meets the street: Public Service and moral Agency», baseres på en omfattende studie av bakkebyråkrater i offentlig tjeneste (Zacka, 2017). Studien undersøker blant annet rollen til saksbehandlere (Zacka, 2017, s. 40). Studien er fra et tjenestekontor i USA, hvor det ble beskrevet tre roller som saksbehandlerne ble disponert for i deres kartlegging med pasientene. Rønning har i sin bok henvist til Zackas studie og beskrevet disse rollene på norsk (Rønning, 2021, s. 78–79). Rollene er beskrevet som: Den likegyldige, som var mest opptatt av å få unnagjort sakene sine. Den omsorgsfulle, som prøvde å hjelpe og som så det positive i brukeren. Kontrolløren, som var mistenksom til pasientenes beskrivelser av egen situasjon og framstilling. Zacka mener at en saksbehandler er lett kan falle inn i en av de tre rollene, og argumenterer for at hvis de forblir fastlåst i en bestemt rolle, anses det som et problematisk avvik fra normal atferd (Zacka, 2017, s. 40). Utfordringen ligger i å kunne tilpasse seg situasjonen, prioritere ressurser og håndtere motstridende mål på en måte som er hensiktsmessig for å utføre saksbehandlerrollen på en balansert måte.

Guro Øydgard er førsteamanuensis i sosiale arbeid, ph.d i sosiologi, på faktiskt for samfunnsvitenskap på Nord universitetet. I Øydgard sin institusjonelle etnografi om kommunale saksbehandlers oversettelse fra behov til tiltak, fremkommer det at brukers opprinnelige forståelse av eget behov kan avvike fra vedtaket. Det som står i vedtaket er saksbehandlernes objektivisering av tjenester (Øydgard, 2018, s. 36). Ut ifra funnene i studien argumenteres det for at dersom tjenester skal favne brukernes hverdagsliv, slik de lever sine liv, må større oppmerksomhet rettes mot det som utelates i oversettelsen av behovene (Øydgard, 2018, s. 37). Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud må informeres om, og opplevde behov må tas med i søknad og vurdering. Det meldes om at brukeren selv eller den som søker på vegne av brukeren må melde ifra om hva ønsket er (Øydgard, 2018, s. 32–34). Individuell plan blir trukket frem som et tiltak som ikke tildeles hvis ingen spør. Noen av saksbehandlerne tildelte tjenester som ikke var pålagt dem, hvor dagsenter ble trukket frem. Saksbehandlerne formidlet at de satt nødvendige helse- og omsorgstjenester høyt opp (Øydgard, 2018, s. 34). Studien viser at saksbehandlere forvalter på den ene siden det som kan fremstå som et ganske rigid system, der ulike kriterier skal følges og hensyn skal tas. Samtidig fremstår arbeidet deres preget av fleksibilitet og vilje til å oppfylle krav om nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Studien viser hvordan standardiserte kriterier ved tildeling av tjenester påvirker saksbehandlernes praksis (Øydgard, 2018, s. 35–36). Standardiserte kriterier handlet om lovverk om nødvendige tjenester og laveste effektive omsorgsnivå. Så lenge saksbehandlerne er i stand til å tilpasse behovene slik at de passer inn i kommunens rammer, vil det heller ikke vises hva som blir valgt ut underveis. Selv om vedtakene formuleres som individuelle behovsvurderinger, blir realiteten at saksbehandlerne gjennom sin seleksjon av hva som skal tas med i vurderingsprosessen, resultere i skriftlige vedtak som i stor grad består av tjenester som er en del av et begrenset standardisert tilbud.

Ifølge Zacka (2017) har offentlige etater komplekse mål, som de bryter ned i mer håndterbare oppgaver. Byråkrater jobber ikke direkte med lovtekstene (Zacka, 2017, s. 38), men det forventes at de overholder regler (Zacka, 2017, s. 39). Zacka beskriver lovtekster som vanskelige å tolke, men likevel åpne for tolking (Zacka, 2017, s. 66). Saksbehandlere har en viss fleksibilitet når de skal velge tjenester for å oppnå de fastsatte målene. Det som blir gjort skal være det mest effektive, og baseres på deres faktakunnskap. Zacka mener at saksbehandlerne møter krav som kostnadseffektivitet, likebehandling, lydhørhet og respekt, og påpeker at slike ansvarsoppgaver er utfordrende i enhver sammenheng. Saksbehandlere

som en del av bakkebyråkratene må utføre dem under arbeidsforhold som er svært anstrengende (Zacka, 2017, s. 241). De må håndtere drastiske begrensninger i ressurser, urealistiske mål, og beskriver en endeløs strøm av følelsesmessige og prøvende møter med brukere og pasienter. Zacka beskriver saksbehandlerens psykiske stress som skapes miljøet og kan avkorte egen rolleforståelse og ansvar.

Vincent Dubois er en fransk sosiolog og professor ved Universitetet i Strasbourg, med spesialisering på politisk sosiologi og organisasjonssosiologi. Dubois (2010), har skrevet boken «The Bureaucrat and the Poor». Boken er basert på omfattende observasjoner og intervjuer i offentlig forvaltning i Frankrike. Studiene tar for seg hvordan byråkratiet fungerer i praksis når det gjelder å levere velferdstjenester til de som trenger det mest, og hvordan byråkratiet kan forme og påvirke livet til de som er avhengig av offentlige tjenester. Boken omtaler situasjoner i samspillet mellom pasient og forvalter under det første møtet (Dubois, 2010, s. 74). I disse situasjonene har saksbehandlere et betydelig maktansvar. Det pekes på at saksbehandlerne er satt i en situasjon hvor de kan blande personlige oppfatninger med situasjonene de står i, uten nødvendigvis å få konsekvenser. Dubois sier at saksbehandlerne ikke ønsker en for nær relasjon, men at balanse mellom administrativ norm og personlig involvering er viktig for å unngå å bli for streng i byråkratisk holdning, og for å bevare nødvendig fleksibilitet. Dubois får frem at saksbehandlerne tar seg friheter i forhold til de lovene og reglene en skal forholde seg til, noe som kan være for brukerens beste, men samtidig kan gi motsatt effekt (Dubois, 2010, s. 153). Skjønnsmessige avgjørelser kan gjøre at systemet fungerer på lang sikt, men kan også gjøre saksbehandlerne sårbare for kritikk.

3.0 Metode

Metode anvendt i vitenskapelig sammenheng beskrives på følgende måte av Tranøy (2022): «Metode er en planmessig fremgangsmåte især i vitenskap og filosofi, gjerne grunnet på regler og prinsipper». Kunnskap fremsettes med krav som skal være sanne, gyldig eller holdbare, som et hjelpemiddel til å samle inn data til studien. I dette metodekapittelet beskrives og begrunnes metodevalget, design, populasjon og utvalg, datainnsamling og gjennomføring, analyse av datamaterialet og etiske overveielser.

Problemstillingen i denne masteroppgaven var følgende:

Hvordan opplever saksbehandlere i helse- og omsorgstjenesten sin rolle, med særlig vekt på kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet for de som søker om psykisk helsehjelp?

For å få en bedre forståelse av saksbehandlers vurderinger og utarbeidelse av vedtak om psykisk helsehjelp og hvordan tiltak som handler om fysisk aktivitet tildeles ble kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer vurdert som egnet. En kvalitativ tilnærming gjør det mulig å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, kvaliteter eller egenskaper ved de fenomenene som skal studeres (Malterud, 2017, s. 30).

3.1 Design

For å besvare problemstillingen ble det i denne masteroppgaven anvendt et kvalitativt forskningsdesign med en induktiv deskriptiv tilnærming. Induktiv tilnærming tar utgangspunkt i observasjoner av empiriske fenomener hvor man studerer virkeligheten for å danne seg et mest mulig korrekt bilde av den, uten å legge bestemte forventninger til grunn for arbeidet (Nyeng, 2012, s. 59). Det innebærer å undersøke informantenes grunnforståelse av egne oppfatninger (Malterud, 2017, s. 27). I en deskriptiv tilnærming beskrives informantenes opplevelser så nøyaktig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47–48). Tilnærmingen fokuserer på å gi en detaljert oversikt over faktiske forhold, egenskaper og karakteristikk ved et gitt tema, uten å involvere seg i årsakssammenhenger eller trekke inn konklusjoner. I en induktiv deskriptiv tilnærming var hensikten å få innsikt og nærhet for å forstå informantenes praksisvirkelighet gjennom subjektivitet og kontekst. Dette ble gjennomført med individuell, semistrukturerte intervjuer med saksbehandlere innen psykisk helsetjeneste i kommuner. Braun og Clarke sin refleksive tematiske analysestrategi ble valgt på grunn av dens evne til å kombinere fleksibilitet med en strukturert tilnærming (Braun &

Clarke, 2022, s. 4).

3.2 Vitenskapsteori

3.2.1 Sosialkonstruktivistisk paradigme

Sosialkonstruktivisme er et paradigme innenfor samfunnsvitenskapen og vitenskapelig forskning. Teorien fokuserer på hvordan sosiale og kulturelle faktorer påvirker menneskelig oppfatning, forståelse og konstruksjon av virkeligheten. Tilnærming hevder at virkeligheten ikke er fastlagt eller objektiv, men heller noe som blir skapt og tolket av mennesker gjennom språklig sosial interaksjon (Thomassen, 2007, s. 181–182). Kunnskap, identiteter, verdier og virkelighetsoppfatninger er formet av samfunnet og de sosiale samhandlingsmønstrene som individene deltar i. Det betyr at denne kunnskapen oppstår i en intersubjektiv kontekst, hvor det etableres en selvforståelse og en virkelighetsforståelse. Dette er ikke en individuell prosess, men kunnskapen skapes i den språklige relasjonen i et sosialt fellesskap.

Dette paradigmet var egnet for oppgavens problemstilling ved at fokuset var på saksbehandlerens forståelse av sin rolle i samspill med en spesifikk og sammensatt kontekst, nemlig psykisk helsetjeneste i kommunehelsetjenesten. Begrepet forforståelse fra den hermeneutiske tradisjon er sentralt i min oppgave, se punkt 1.6. Hermeneutikk refererer til en sammensatt tradisjon av teorier om tolkning og forforståelse (Thomassen, 2007, s. 157). Forforståelse er den eksisterende tolkningsrammen som individet har på grunn av deres historiske, kulturelle og sosiale bakgrunn, som påvirker hvordan de oppfatter og gir mening til fenomener (Thomassen, 2007, s. 86). Refleksiv tematisk analyse av Braun og Clarke (2006) er plassert innenfor det sosial konstruktivistiske paradigme, og utdypes i neste punkt.

3.2.2 Refleksiv tematisk analyse (RTA)

Braun og Clarke beskriver i sin tematiske analyse (TA) hvordan denne metoden skiller seg fra andre tilnærminger som Grounded Theory ved at den ikke er bundet til eksisterende teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2006, s. 81). Den tematiske analysen kan fungere innenfor ulike teoretiske perspektiver. TA inkluderer essensialistisk, realistisk eller konstruktivistisk tilnærming. Sistnevnte undersøker og beskriver hvordan hendelser, meninger og erfaringer blir påvirket av ulike diskurser i samfunnet, som er relevant for denne oppgaven. En konstruktivistisk tilnærming til diskurser forstås som at våre oppfatninger av virkeligheten er formet av sosiale og kulturelle faktorer. Dette perspektivet erkjenner at det ikke finnes en

objektiv eller absolutt sannhet, men at virkeligheten er konstruert gjennom sosiale interaksjoner og delte forståelser i samfunnet. Braun og Clarke påpeker i sin TA at den teoretiske posisjonen er tydeliggjort, og at dataen/resultatene inneholder rike detaljer som forteller om erfaringer, betydninger og informantenes virkelighet. Se punkt 3.7 og 4.

3.3 Populasjon og utvalg

For å få svar på problemstillingen i denne oppgaven var utvalget strategisk. Det vil si at informantene måtte ha erfaring med å jobbe som saksbehandlere på kommunalt nivå. Inklusjonskriteriene var følgende: utdannede saksbehandlere i kommuner som tildeler tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven i Helse Sør-Øst, med minimum treårig helse- og sosialfaglig utdanning, og med erfaring som saksbehandlere i minimum 1 år. To til tre kommuner med til sammen 5-7 informanter var ønsket inkludert. De inkluderte informantene var 4 kvinner i alderen 37-56 fra tre ulike kommuner. Det var varierende hva kommunene krevde av erfaring og kompetanse i en stilling som saksbehandler. Kompetansenivået var ulikt. To av informantene hadde videreutdanning innen psykisk helsearbeid. I to av tre kommuner var det krav om videreutdanning i helserett.

3.4 Datainnsamling/gjennomføring

Metoden for datainnsamling var semistrukturerte individuelle intervjuer. I et slikt intervju er det mulig å skape en relasjon med informanten og hente frem subjektive erfaringer og overveielser (Malterud, 2017). Jeg ønsket å utforske erfaringer og fortellinger fra informantene.

For å få tilgang på informanter tok jeg kontakt med lederne for tjenestekontoret i de valgte kommunene. Ledelsen i en av kommunene ønsket ikke at saksbehandlerne skulle intervjues fordi lederen mente at saksbehandlerne ikke hadde noe med fysisk aktivitet å gjøre. Likevel fikk alle lederne tilsendt skriftlig informasjon slik at de kunne bekrefte på e-post at det var i orden at studien utføres i deres kommune. Lederne på tjenestekontorene bekreftet at intervjuene kunne gjennomføres, deretter videresendte de min informasjon til deres saksbehandlere. Det ble til sammen kontaktet 22 saksbehandlere. Saksbehandlerne ble kontaktet individuelt på e-post, 4 saksbehandlere svarte ja. Det ble sendt ut en ny epost til informantene som hadde takket ja hvor prosjektbeskrivelsen ble lagt ved, med ønske om å verve flere kolleger. Jeg mottok et gjentagende svar om det var stor pågang av saker og at intervjuet ikke kunne bli prioritert. Deretter ble de aktuelle saksbehandlere kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju. Informantene fikk i etterkant tilsendt informasjonsskriv og

samtykke som ble underskrevet i forkant av intervjuene. Ingen trakk seg fra studien. To av informantene kjente til min stilling i kommunen, siden jeg i dag følger opp vedtak i deres kommune.

Informantene kunne selv velge hvor intervjuene skulle finne sted. Intervjuene ble gjennomført på egne arbeidsplasser. Tre stykker ønsket å gjennomføre intervjuene på eget kontor, en hadde booket et møterom. Informantene tok meg godt imot. Før intervjuene begynte, hadde vi en uformell og hyggelig samtale. Det var nokså store forskjeller på kontorlokalene. Noen kontorer hadde et preg av eldre, trange rom med begrenset dagslys, mens andre var moderne og romslige med rikelig dagslys.

Intervjuguiden inneholdt spørsmål som utdypet oppgavens problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2015. s 162.). I hovedtrekk ble informantene spurt om hvordan de forsto sin rolle, hvordan helse- og omsorgstjenesten var organisert, hvem som deltok i kartleggingen når psykisk helsehjelp tildeles, og hvordan fysisk aktivitet inngikk som en del av saksbehandlingen (vedlegg 1). Intervjuguiden ble utviklet sammen med veileder.

3.5 Testintervju

Jeg testet ut den semistrukturerte intervjuguiden på en tidligere kollega for å se om spørsmålene utdypet problemstillingen min. Det var viktig for meg å få tilbakemeldinger på formuleringen av spørsmålene slik at de ble mer tydelige og meningsfulle, slik at det skulle være enkelt for informantene å svare. Det var til stor hjelp å gjennomføre testintervjuet. Jeg ble tryggere i intervjuene, og fikk trent på å guide informanten på rett spor under intervjuet hvis de begynte å snakke om annet enn det de skulle svare på. Intervjuene varte mellom 45-60 minutter.

3.6 Transkribering

Lydopptak ble gjennomført under intervjuene, se punkt 3.9. Transkribering refereres til prosessen med å konvertere lydopptak til tekstformat (Kvale & Brinkmann, 2015b, s. 206). Dette ble gjort i OneDrive. Jeg åpnet et Word-dokument, trykket på dikter på verktøylinjen, deretter transkriberer. Lastet opp lyd, la til dokumentet med taler. Etter å ha transkribert lydopptaket i Word, gjennomgikk jeg teksten på nytt ved å lytte til lydopptaket for å forsikre meg om at ingenting manglet. Det innebar å lytte nøye til lydopptaket og skrive ned alt som ble sagt, inkludert pauser, følelsesmessige uttrykk, interaksjoner og eventuelle ikke-verbale tegn. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest for å bli inspirert og oppdage nye fortolkninger. Målet var å sikre at alle ord og nyanser fra samtalen ble riktig gjengitt.

Transkripsjonen tok til sammen ca. 5-6 arbeidsdager. Datamaterialet besto av til sammen 45 datasider, skriftstørrelse 12, linjeavstand 1.

3.7 Analyse av datamaterialet

3.7.1 RTA av Braun og Clarke

Den refleksive tematiske analysen til Braun og Clarke er et fleksibelt verktøy som skal gi en rik, detaljert men likevel kompleks redegjørelse av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Metoden har som mål å gjenkjenne informantenes egne forståelser uten å være bundet til teoretiske interesser. Analysestrategien består av seks trinn (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Trinnene veileder forskeren på en grundig og systematisk måte gjennom en streng prosess med datatilknytning, datakodning og temautvikling. Braun og Clarke (2006) verdsetter fleksibiliteten til en tematisk analyse, men konkretiserer deres metode gjennom nøye veiledning (Braun & Clarke, 2021). Braun og Clarke er opptatt av at de som benytter seg av metoden leser de metodiske retningslinjene, beskriver og tydelig avgrenser hvilken tilnærming man benytter seg av (Braun & Clarke, 2021 s. 336). Eventuelle avvik fra den brede tilnærmingen skal beskrives. Hensikten med metoden er å utvikle temaer som skal svare på problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Den refleksive tematiske analysen gir studenten mulighet til å være robust, tolke og skape mønstre i dataen. Strategien utforsker informantenes erfaringer, oppfatninger, forståelser, motivasjon, behov og synspunkter (Braun & Clarke, 2022a, s. 10).

Metoden har utviklet seg og Braun og Clark har kommet med flere oppfølgere som beskriver utviklingen deres og klargjør hvilken hensyn som skal tas i bruk i metoden (Braun & Clarke, 2019, 2021, 2022). I forkant og under arbeidet av analysen har jeg brukt Braun & Clarke sin hjemmeside (Braun & Clarke, u.å.). Hjemmesiden er oversiktlig og har vært til hjelp i prosessen i å få en bedre forståelse av hvordan analysen gjennomføres. Analysen under viser de ulike trinnene og veivalgene som ble gjort. Analysen var i tråd med oppgavens induktive og deskriptive tilnærming.

Trinn 1. Bli kjent med datamaterialet

Trinn 1 handlet om å bli kjent med data materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 86). Intervjuene ble utført av meg og notater ble tatt underveis som bidro til god kjennskap til materialet.

Refleksjoner som dukket opp umiddelbart etter intervjuene ble notert. Utgangspunktet mitt var en detaljert analyse som skulle være nær teksten og datadrevet. Jeg la vekt på å

transkribere så ordrett som mulig etter hva informantene sa, slik at transkripsjonen beholdt informasjonen jeg kunne trenge (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Jeg lyttet til intervjuene gjentatte ganger for å fordype meg i materialet og bli fortrolig med det som kom frem. Sammen med veileder konkluderte vi med at datainnholdet var rikt nok for å kunne svare på problemstillingen. I prosessen av å bli kjent med råmaterialet oppfordrer Braun og Clarke å lese materialet på en aktiv måte og være søken etter betydninger, mønstre og beholde informasjonen som på en måte var «sann» (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Disse spørsmålene fulgte meg gjennom prosessen: «Hvordan gir denne deltakeren mening med sine erfaringer? Hvilke antakelser gjør de når de tolker erfaringene sine? Hva er det som avsløres gjennom det informantene sier?» (Braun & Clarke, 2022, s. 10).

Når transkriberingen var ferdig, noterte jeg ned 6 dataelementer som sa noe om mitt første inntrykk av datamaterialet. Elementene var emner som ble introdusert gjennom intervjuguiden og som ble diskutert i intervjuene. Elementene utgjorde oppsummeringer, som er noe annet enn sentrale konsepter i form av tema (Braun & Clarke, 2022, s.6, 2021, s.341). Elementene som kom frem var: ulike praksiser i å fatte vedtak- med fysisk aktivitet, ulik tolkning av vedtakskiving/lovverk, utførerne, forståelse av hva fysisk aktivitet og aktivitet var, saksbehandlernes rolle- ansvaret det innebærer, og styrker og barrierer. Jeg plasserte elementene som overskrifter for så å hente ut datautdrag til elementene. Dette gjorde jeg for å skape en bred oversikt over materialet. Deretter la jeg elementene til side.

Trinn 2. Generering av innledende koder på en systematisk måte, deretter samle data som er relevante for hver kode
Neste steg i analysen var å arbeide med å generere innledende koder på en systematisk måte (Braun & Clarke, 2006, s. 88-89). Kodene skulle fange opp og fremkalle viktige trekk ved materialet som kunne være relevante for problemstillingen. En kode skulle fange opp minst én observasjon. Kodingen ble utviklet gjennom hele kodeprosessen som en aktiv og reflektiv analysestrategi. Jeg valgte en induktiv tilnærming med semantisk koder. Kodene fanger opp overflatebetydningen av dataen, betydningen informantene kommuniserte med hensikt (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Hvis meningen i koden forsvant, var den lite interessant.

Braun og Clark illustrerer en kode som en analytisk enhet eller et verktøy, deretter utvikler man temaer rundt kodene (Braun & Clarke, 2006, s. 88-89). De ønsker at vi unngår å bruke kun ett ord som kode, og i stedet identifiserer en setning som går dypt inn i dataen. Jeg valgte

å generere kodene manuelt ved å skrive kodene i en egen kolonne sammen med den transkriberte teksten (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Kodene ble printet ut, deretter lagt foran meg (Vedlegg 5). For å ha oversikt over hvor kodene var hentet fra i teksten ble sidetall og fargekode notert på lappene. Det ble til slutt ca. 400 koder. Kodene ble sortert og matchet med utdrag som identifiserte samme type kode for senere analyser. Jeg brukte Post-it- lapper for å identifisere segmenter av dataen. Jeg ga hele datamaterialet full oppmerksomhet. Kodene forandret seg utover i kodeprosessen. Noen ble store, andre koder ble delt opp. Noen endret betydning.

Trinn 3. Generering av innledende temaer

Trinn tre er en kreativ og aktiv prosess for å unngå at ikke temaer bare dukker opp (Braun & Clarke, 2021, s. 343). I dette trinnet analysere jeg kodene, og vurderte hvordan ulike koder kunne kombineres. Temaene kom med tid og refleksjoner. Prosessen var omfattende, men det var viktig for meg å gjøre det nøye. Her undersøkte jeg kodene og sammenstilte dataen for å deretter å utvikle betydelige bredere meningsmønstre til mulige temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Ifølge Braun og Clarke kunne det være nyttig å legge kodede og de potensielle temaene foran seg (Vedlegg 6). Denne prosessen bidro til å vurdere om utvikling av potensielle temaer kunne legges til side. Temaene utvikles fra kodene og dannes i møtet mellom data, forskerens teoretiske antakelser, subjektivitet, fagkunnskaper, forskningsferdigheter og erfaringer (Braun & Clarke, 2022, s. 9–10).

Temaer i RTA er «mønstre av en delt mening, forent av et sentralt konsept eller en ide», ikke et delt emne (fritt oversatt av meg) (Braun & Clarke, 2021, s.341). Braun og Clarke beskriver i sin analyse at temaene skal trekke dataen sammen, som kan virke ganske ulike på overflaten. Temaene skal komme frem til en historie som forteller noe om dataene våre. Gjennom forskerens aktive engasjement for dataen skapes temaene fra kodene (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Dette er fordi kodingen i denne oppgaven til en viss grad er mer datadrevet enn teoridrevet. Analysemetoden ser på kodene som åpne for flere tolkninger. Kodeprosessen har vært subjektiv og en refleksiv prosess som uunngåelig bærer preg av studenten (Braun & Clarke, 2022, s. 8-9). I trinn 2 og 3 endret noen av kodene seg, noen beholdt sin oppbygning og noen ble kortet ned eller ble mer tydelig i deres betydning.

Fra start hadde jeg utviklet temaer som: min rolle som saksbehandler, gjennomføring av kartleggingssamtalen, ulike lavterskeltilbud samt flere deltar i kartleggingen. Jeg

gjennomgikk alle kodene en og en, og satt sammen lignende koder som identifiserte temaene. Flere av kodene passet under flere temaer. Noen koder ble lagt til side ettersom de ikke ga noe mening, for å mulig innhente de senere hvis det var behov. Under prosessen tok jeg bilder av det tematiske kartet som jeg hadde lagt utover bordet for å hele tiden ha oversikt over hva jeg hadde gjort og for å kunne se gangen i utviklingen. Mønstre ble dannet, nye mulige temaer ble utviklet, og andre ble lagt til side. Jeg ønsket å fange mønstre i dataen gjennom en tolkningsrefleksiv prosess, uten å bruke et kodingsrammeverk (Braun & Clarke, 2021, s. 334). Hvis temaene ble utviklet før analysen og kodingen ville det bli usannsynlig at de kunne være noe mer enn oppsummeringer. Det ville dermed bli vanskelig å vise hvilken type tematisk mønster som var resultatet av kodingen.

I trinn 3 skjer den fortolkende delen og en kontinuerlig refleksjon i å være bevisst i egen forforståelse. Det har vært nyttig i denne fasen å gjennomføre en visuell presentasjon. Det har hjulpet på veien å sortere kodene under de mulige temaene. Jeg har lekt meg med å organisere kodene mot ulike temaer. Det satte i gang prosesser hvor hensikten var å tenke på forholdene mellom koder, mellom temaer og mellom overordnede temaer og subtemaer. Noen temaer ble lagt til side.

Videre ble det søkt etter mønstre på tvers av datasettet. Det skulle være noe som skilte seg ut og som opplevdes tilbakevendende. Jeg fant flere temaer hvor jeg observerte gikk inn i hverandre og skapte et større sentralt tema med flere ulike meninger og aspekter. De innledende temaene i trinn 3 var kunnskap om aktivitet, kartleggingssamtale, forventninger til utførere, kommunenes lavterskeltilbud, egen rolle som saksbehandler, kartlegging av behov, flere deltar i kartleggingen, kunnskap om aktivitet for de som mottar vedtak om psykisk helsehjelp, barrierer og utfordringer. På dette tidspunktet ønsket Braun og Clarke at forskeren skulle ha en følelse av betydningen av individuelle temaer, men samtidig ikke forlate temaer helt (Braun & Clarke, 2006, s. 90).

Trinn 4. Gjennomgang av temaer, sjekke om temaene fungerer i forhold til de kodede utdragene og hele datasettet. Til slutt generere et tematisk kart over analysen
Jeg gikk frem og tilbake mellom trinn 3 og 4. Temaene skulle være en historie med delte meninger fremfor et emne med sammendrag. Gjentatte ganger måtte jeg se tilbake på temaene mine.

Denne fasen innebar å sjekke innledende temaene opp mot de kodede utdragene og hele datasettet for å fastslå at temaene fortalte en overbevisende historie om dataene (Braun &

Clarke, 2006, s. 91). Samtidig skulle temaene ta for seg problemstillingen. I denne fasen ble temaer videreutviklet, som noen ganger innebar å splitte, kombinere eller forkastes temaer, hvor jeg fortsatte å sortere kodene. Dette var en svært nyttig prosess hvor utviklingen holdt på kontinuerlig og nye temaer ble utviklet. Jeg oppdaget at flere av kodene passet til ulike temaer, som var et tegn på at prosessen ikke var ferdig. Det ble oppdaget temaer som ikke hadde nok data som underbygget temaet, hvor det ikke var et klart skille mellom temaene.

Når de siste temaene mine sto foran meg ble spørsmål fra Braun og Clarke (2006) stilt: «hva betyr dette temaet», «hva er implikasjonene av dette temaet», «hvilke forhold har sannsynligvis gitt opphav til det?», «Hvorfor snakker informantene om denne tingen på denne spesielle måten, i motsetning til andre måter». Og til slutt «hva er den overordnende historien de forskjellige temaene avslører om emne» (Braun & Clarke, 2006, s. 94). (spørsmålene er direkte oversatt av meg) Disse spørsmålene skulle lede analysen når jeg i trinn 4 skulle ha en klar følelse av det tematiske kartet mitt.

I trinn 4 ble det sjekket om temaene fungerte i forhold til datasettet og eventuelt kode tilleggsdata (Braun & Clarke, 2006, s. 92). En gang i løpet av trinn 5 måtte utviklingen av temaene stoppe, da dette er en uendelig prosess. På slutten av denne fasen hadde jeg en ganske god ide om hva de forskjellige temaene er, hvordan de passer sammen og om forteller sin historie.

Trinn 5. Definere og navngi temaer

Dette var en pågående analyse hvor detaljene ble avgrenset for hele historien og for hvert tema. Til slutt ble det generert klare definisjoner og navn for hvert tema (Braun & Clarke, 2006, s. 92).

Trinn 5 innebar å utvikle en detaljert analyse av temaene, utarbeide omfang, fokus og bestemme historien til hvert tema. Til slutt bestemte jeg meg for tre temaer. Temaene dannet en sammenhengende tilhørende fortelling av dataene. Det ble presentert i den rekkefølgen som best forteller den overordnede historien med mer enn en analytisk observasjon. Det skulle være liten eller ingen overlapp mellom temaene (Braun & Clarke, 2006, s. 92-93). Hvert temanavn formidlet noe av essensen av et fengende tema, og et navn på et ord skulle unngås (Braun & Clarke, 2022, s. 20). Sammen med veileder ble vi enige om å ikke ha subtemaer da teksten ble mer sammenhengende uten.

Trinn 6. Produsere en vitenskapelig rapport av analysen

Trinn 6 presenterer en vitenskapelig rapport av analysen. Rapporten besto av tre temaer med analytiske kommentarer og datautdrag. Datautdragene skulle gi leseren levende og overbevisende eksempler på data for hvert tema, se punkt 4.

3.8 Etiske overveielser

Som intervjuer er man det viktigste redskapet til innhentning av kunnskap i en kvalitativ oppgave som denne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Fortrolighet med etiske problemstillinger og retningslinjer er avgjørende for kvaliteten på masteroppgaven. Erfaring, ærlighet og rettferdighet var avgjørende faktorer som skulle presenteres i dette kapitlet. Dette presenteres samtidig med grundige beskrivelser av analysen, se punkt 3.7. I intervjuene ble det beskrevet praksis- og hverdagsnære situasjoner som førte til åpen og personlig kommunikasjon. I forkant, under og etter intervjuene ble det nøye tatt hensyn til etiske forhold og problemstillinger. Intervjusituasjonen, den sosiale relasjonen mellom intervjuer og informant. Ønsket var å skape et rom som er fritt og trygt å være i (Kvale & Brinkmann, 2015a, s. 35). Planlegging med informert samtykke, konfidensialitet, eventuelt konsekvenser studien kunne ha for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015b, s. 97). Transkribering med muntlige uttalelser. Verifisering, å rapportere kunnskap som er sikker. Til slutt rapportering, hvilke konsekvenser masteroppgaven kunne ha for informantene og arbeidsplassen de representerte. Det oppstod ingen spesifikke etiske problemstillinger. For å ivareta konfidensialiteten da det var få informanter brukte jeg mye tid på å anonymisere presentasjonen av resultatkapittelet. For å forhindre at leseren kunne gjenkjenne den enkelte informant ble det skrevet hva som ble formidlet, ved å trekke frem motsetninger fremfor hva den enkelte sa. Følgende etiske prinsipper ble ivaretatt, informert samtykke, anonymitet og ikke skade (Hummelvoll, 2008, s. 136).

Informert samtykke ble sendt ut til informantene som ønsket å delta. Det var frivillig å delta. Informantene som takket ja til å bli med fikk tilsendt informasjonsskriv og informert samtykke (vedlegg 3). Det ble understreket at deltakerne kunne til enhver tid trekke seg fra studien. Informasjonsskrivet med samtykkeskjema var bygd på spesifikk informasjon om prosjektet. Informantene ble informert om at de skulle avstå fra å gi informasjon om spesifikke brukere under intervjuene. Konfidensialitet med anonymisering ble ivaretatt. Personopplysninger som kunne identifiseres med informantene skulle ikke være mulig å

gjenkjenne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). All informasjon som kunne knyttes til informantene, brukere eller den tilhørende kommunen ble fjernet. Det dukket ikke opp noen situasjoner hvor anonymitet ble sentralt.

Ikke skade prinsippet handler om at informantene ikke skal ta skade av å være med i prosjektet (Hummelvoll, 2008, s. 137). Godhetsprinsippet innebærer å handle på en måte som er til hjelp og nytte, og det innebærer en positiv forpliktelse til å forebygge all form for skade eller lidelse. I dette prosjektet har jeg vært opptatt av å være et positivt bidrag til kommunene. Deltakelse i denne masteroppgaven hadde lav risiko for skade fordi det var helsepersonell som ble intervjuet om et lite sensitivt tema. Samtidig ble jeg møtt med nervøsitet hos noen av informantene. En opplevelse ble beskrevet som å skulle opp til eksamen og hvor det å svare feil ble en frykt. I denne sammenheng var det viktig som intervjuer å forholde seg rolig og ufarliggjøre situasjonen. Jeg var blid, imøtekommende og interessert i hver enkelt informant. Intervjuene ble startet med en lettere samtale om andre ting før intervjuet startet.

Anonymiteten ble gjentatt, taushetsplikten gjaldt når informasjon fra informantene ble delt, og muligheten for å trekke seg. Jeg opplevde at alle intervjuene gikk fint for seg og at informantene ble godt ivaretatt.

Ønsket var å bidra til refleksivitet rundt intervjuene. Skape en trygg atmosfære og være åpen for konstruktiv tilbakemeldinger som kunne styrke denne masteroppgavens kvalitet (Hummelvoll, 2008, s. 140). Dette prosjektet skulle fremme deltakernes velferd og integritet, som skulle gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Som masterstudent har jeg fulgt regelverket som regulerer medisinsk forskning og etiske utfordringer (Helseforskningsloven, 2008).

3.9 Personvern og godkjenninger

Søknad til NSD med referansenummer 234588 ble sendt inn, og det ble gitt godkjenning til å gjennomføre prosjektet (vedlegg 2.). Lokalt etisk komité i de utvalgte kommunene ble kontaktet for godkjenning. Det var kun en av kommunene som hadde en etisk komité, som kunne ta en slik vurdering (Vedlegg 4). De andre to kommunene ble godkjenningen gitt gjennom leder av kommunens tjenestekontor. Lederne på tjenestekontoret godkjente gjennomføringen og ga kontaktinformasjonen til saksbehandlerne.

To separate lydopptakere ble benyttet for å sikre en backup i tilfelle en av opptakerne skulle bli ødelagt. Det ble benyttet en digital diktafon fra Sony og «diktafon» som er en app for å

foreta lydopptak på smarttelefon. Det ble opprettet nettskjema for lagring av lydfilene fra diktafonen på smarttelefonen til nettskjema.no. Lydfilene lastes da ikke ned på lokal maskin. Diktafonen fra Sony og informert samtykke fra informantene ble lagret i en låst safe i privat hjem fordi det ikke fantes et eget låsbart skap på egen arbeidsplass. Alt av datamateriale ble lagret i OneDrive Office 365 med sikker tilgang via Høyskolen i Innlandet. Det lagrede aidentifiserte datamaterialet i tekstform og lydfil vil bli slettet etter godkjent sensur på masteroppgaven som er 31.12.24. Det samme vil gjelde for navnelisten.

4.0 Resultat

Gjennomføring av den refleksive tematiske analysen av Braun & Clark (2006) førte til identifisering av tre følgende hovedtemaer; «Rollen som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar», «Ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av fysisk aktivitet» og «Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet».

Tema 1: Min rolle som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar

Informantene beskrev sin rolle som kompleks og at det innebar et stort ansvar. Rollen kunne være vanskelig å forklare for andre og ble beskrevet slik:

Jeg tror mange egentlig ikke forstår hva en saksbehandler er, altså sånn i helse- og omsorg. Vi er litt sånn her vi sitter på kontorene våres, vi er ikke synlige, så det er litt sånn vi sender brev i posten, også ser du ikke så mye til oss. Kanskje av og til på et hjemmebesøk, eller snakker med oss på telefon.

Informantene ga uttrykk for at arbeidet var komplekst. Informantene beskrev søkegruppen som stor og omfattende slik dette sitatet viser: «Brukere som søker er fra 18 til 100 år, og de kan ikke kategoriseres noe mer enn at de har psykiske utfordringer». Blant informantene ble det formidlet at det var mange søkere, økende pågang og til tider venteliste før en søknad ble behandlet. Informantene uttrykte at en saksbehandler ofte representerte søkerens første møte med kommunen som hjelpeapparat. I den forbindelse ble det formidlet at det var viktig å tydeliggjøre rammer og begrense saksbehandlerens relasjon til søkeren. Samtidig var de tydelige på at de ønsket å gi søkeren en følelse av at det er trygt å komme til dem, da terskelen kunne være stor for mange.

Informantene formidlet at de ikke har mulighet til å jobbe på samme måte som utførertjenesten og tidspress ble vektlagt som et moment som påvirket muligheten til å bli kjent med søkeren. Å kartlegge og ivareta spesifikke temaer som fysisk aktivitet i en kartlegging blir nedprioritert når tiden ikke strekker til. En av informantene beskrev dette slik:

Det å motivere folk til å være aktive, når de helst bare vil grave seg ned i egen lidelse, kan temaet aktivitet sikkert fort bli glemt fordi man er så opptatt hele tiden av det du ikke får til og hva du strever med.

Ofte fikk de inn søknader om helse- og omsorgstjenester som var lite utfyllende hvor det kun ble formidlet et ønske om hjelp på bakgrunn av psykiske utfordringer. Informantene uttrykte at det å se det faktiske behovet og tilpasse riktige tjenester kunne være utfordrende da brukere selv ikke vet hva de ønsker eller har behov av, ble beskrevet slik:

De har ikke noe eierskap til det som står i søknaden, eller de ser ikke behovet for egentlig noen ting, selv om de kanskje egentlig trenger det. Også er det jo noen tilfeller der vedkommende trenger hjelp så må vi liksom holde litt i det, vi må, hva skal jeg si, vi må overtale de litt mer da.

Informantene var opptatt av det ansvaret de har i saksbehandlingsprosesser, og tydeliggjorde spesifikke ansvarsoppgaver som hørte med til rollen. Et fellestrekk var at de hadde et overordnet ansvar om å sørge for nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Informantene uttrykte at de var kjent med hva som inngikk i det og hvordan de skulle forstå de ordene. Det ble formidlet at de skulle tolke prosedyrer og kriterier i lovverket. De beskrev hvordan forholdet mellom saksbehandler og mottaker av tjenesten skulle være, der begrenset tid til å behandle søknaden var en sentral faktor. Informantene formidlet det ansvaret de hadde om å vurdere om søkeren er i behov av kommunale helse- og omsorgstjenester og samtidig tilpasse individuelle tjenester i tilstrekkelig omfang.

Et viktig ansvar som ble fremhevet var å være et bindeledd og en koordinator mellom søkeren, andre instanser og utførertjenesten. Dette omhandlet det å sørge for å innhente nødvendig informasjon fra søkeren og eventuelle andre instanser, kartlegge, for deretter å videreformidle informasjon og behovet til utførertjenesten. Informantene formidlet videre at de hadde en informasjons- og veiledningsplikt ovenfor søkeren, som innebar å informere om hvordan egen kommune er organisert og hvilke lavterskeltilbud som er tilrettelagt. En av informantene formidlet nødvendigheten av å gi god og riktig informasjon på denne måten:

I min rolle tenker jeg det er viktig å informere så folk ikke trenger å kave for mye i systemet når de henvender seg et sted, så de bare blir kastet rundt liksom. Det gjør folk frustrerte og gjør problemet ofte større.

Informantene skulle veilede søkeren i å navigere seg i kommunens tilbud. Et ansvar som ble trukket frem var å være behjelpelig med å henvende seg i egen kommune og vise til nettsider som tilhørte kommunens hjemmesider. En av informantene opplevde at noen søkere var dårlige til å navigere seg på nett og lavterskeltilbudenes brosjyrer ble beskrevet som dårlige og lite brukervennlige.

Informantene uttrykte at de tilrettelegger for å gjennomføre en god kartlegging og dette ble beskrevet slik: «Vi prøver å være imøtekommende og gi en følelse av at det er greit å komme til oss». Det ble formidlet at det var ønskelig at søkeren møter opp fysisk på deres kontor. Samtidig poengterte informantene at det var det mulighet for å dra på hjemmebesøk for å ivareta brukeren og gjennomføre en god kartlegging. Det ble nevnt at en del observasjoner kunne være nyttig ved et hjemmebesøk hvis det er formålstjenlig, og at kartleggingen kan skje over telefon hvis vedkommende ikke klarer å komme seg til tjenestekontoret. Informantene understreket at de ikke ønsket et for nært forhold eller bygge en relasjon til de som søker om tjenester. Dette ble beskrevet på følgende måte: «Vi avtaler et møte med søkeren, møte foregår på vårt kontor eller vi kan drar på hjemmebesøk. Vi skal ikke fortsette å bygge en relasjon, det er å trække over en grense». Det ble formidlet at det bare var den ene kartleggingssamtalen de traff søkeren, deretter er det utførertjenesten som effektuerer vedtaket, som evaluerer og gir sin faglige vurdering av brukerens behov.

Informantene vektla et ansvar i deres rolle som handlet om å forstå situasjonene til de som søker. De formidlet et ansvar om å kartlegge behov av riktige tjenester og samtidig tilpasse etter kommunens ressurser og tilbud. Det ble påpekt at det bare var den ene timen saksbehandleren gjør en kartlegging sammen med søkeren og at de har en viss tid på å behandle søknadene før de tildeler eller avslår. Informantene formidlet at de skal gjøre seg kjent med hjelpebehovet og at det er deres jobb er å se det faktiske behovet. Det ble nevnt at det ikke er ønskelig at søkeren utleverer alle problemene sine. Informantenes oppgave var å ikke gi for mye av helse- og omsorgstjenester når de vurderer nødvendig helsehjelp og de vurderer hva som er minst mulig forsvarlig.

Informantene etterstrebet like tjenester til de med like behov. De beskrev at vedtakene kunne bli relativt like på bakgrunn av kommunens rammer og ressurser. Særlig handlet barrierene om kommunens økonomi og ressurser når saksbehandlerne tilpasser tjenester av psykisk helsehjelp etter behov. Et fellestrekk blant informantene var at de ønsket flere tilbud som kan bidra til mer tilpasning etter den enkeltes behov.

Tema 2: Ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet

Informantene formidlet ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av fysisk aktivitet. Det som kom frem her var forståelsen av fysisk aktivitet, gangen i saksbehandlingen og bruken av kartleggingsverktøy. Sentrale kartleggingsverktøy var tverrfaglig samarbeid, kartleggingssamalen, bruk av kartleggingsmal, kommunens lavterskeltilbud, informantenes skjønnsvurderinger, lovverk og nasjonale retningslinjer om fysisk aktivitet i forebygging og behandling.

Informantene hadde en felles forståelse av hva begrepet fysisk aktivitet innebar. De beskrev fysisk aktivitet som en spesifikk aktivitet som handlet om å bevege seg, og forbandt fysisk aktivitet med treningssenter og treningstilbud gjennom lavterskeltilbudet i kommunene.

I denne sammenhengen ble forståelsen av fysisk aktivitet formulert på følgende måte:

Det å sitte og prate i en sofa gir ingen endring. Men så vet man jo hva fysisk aktivitet gjør med hjernen, hormoner i kroppen vår, også videre. Man vet jo at det gir tilsvarende noe av det samme som antidepressiva. Det utskiller jo ut på en måte at du får en god følelse i kroppen, at hjertet går litt fortere enn hvilemodus, det samme med dagslys. Man vet jo veldig mye av dette. Sånn at jeg ser det som veldig positivt.

Videre var det et fellestrekk at begrepet «fysisk aktivitet» ble mindre brukt i deres rolle som saksbehandler. Informantene formidlet at de brukte «aktivitet» i stedet. Samtidig ble begrepene brukt om hverandre i intervjuene. Et moment som ble påpekt i denne sammenhengen var at det ikke var et godt nok skille. Det ble vektlagt at begrepet «aktivitet» var et mer egnet begrep i deres rolle når det gjaldt mennesker som var i behov av psykisk helsehjelp. Begrepet «aktivitet» ble beskrevet som stort og vidt og en samlebetegnelse på all aktivitet utover å sitte hjemme alene. Aktivitet kunne være jobb, gå tur, sosial aktivitet, fysisk aktivitet på treningssentre, sørge for å få gjort det man skal hjemme, fysioterapi, dagtilbud i

kommunen, mental aktivitet og åndelig aktivitet. Et fellestrekk var at ulike daglige aktiviteter var helsefremmende og bra for den psykiske helsen.

Informantene beskrev gangen i saksbehandlingen ulikt. Et fellestrekk var at kartleggingsprosessen startet likt ved at de mottok søknader om helse- og omsorgstjenester. Når søknadene ble mottatt i kommunen endret prosessen i behandling av søknaden og hvordan fysisk aktivitet ble tildelt. Det ble formidlet ulik praksis i hvem som mottok og tolket søknadsteksten. Det varierte fra helsesekretær med videregående skole, til lederen i psykisk helsetjeneste eller at alle søknadene ble sendt direkte til saksbehandlerne, og deretter fordelt mellom de aktuelle saksbehandlerne. Felles ble det formidlet at en aktuell saksbehandler skulle kartlegge behovet av psykisk helsehjelp.

Graden av samarbeid varierte blant informantene. Når saksbehandlerne mottok søknadene, var det variasjoner i hvor mye tverrfaglig samarbeid som ble utøvd både internt i kommunene og med andre relevante instanser. Samarbeidet med kolleger i kommunen varierte fra å være en fast praksis til å være avhengig av saksbehandlernes behov og eget ønske. En praksis var et fast tverrfaglig samarbeid med kommunepsykolog og andre ledere i psykisk helsetjeneste. I samarbeidet ble søknadene vurdert og prioritert etter behov. Veiledning og forberedelser før kartleggingssamtalen var sentralt i samarbeidet. Dette ble formidlet som nyttig verktøy, på bakgrunn av mindre kompetanse på psykisk helse, og ble uttrykt på følgende måte:

Vi som saksbehandlere for psykisk helse, vi har ikke noe erfaring, nå har ikke vi jobbet med dette før, og har ikke noe videreutdanning i psykisk helse. Møte med kommunepsykologen og lederne i psykisk helse er liksom så nyttig for oss da. Fysisk aktivitet blir i liten grad en del av møtet.

En annen praksis ble gjennomført med veiledning en gang i uken hvor det var mulig å drøfte saker anonymt hvis saksbehandlerne hadde behov for det. En arena som ble trukket fram som et positivt samarbeid. En informant formidlet sin tidligere arbeidserfaring med å drøfte saker med kolleger, og uttrykte ønske om å videreføre denne praksisen i nåværende jobb.

For mange deltakere og meninger i en kartleggingsprosess ble tematisert som en utfordring. Felles ble det formidlet at for mange instanser kunne ha ulike tanker og meninger på vegne av søkeren, og at andre som deltar kanskje hadde et stort behov for å meddele ting som ikke helt

samsvarte med det søkeren ønsket. Felles ble det formidlet at all informasjon ble vurdert ut fra hva informantene tenkte var nødvendig å sette i verk. De etterstrebet direkte kontakt med bruker for å få frem deres behov og poengterte at tilbudet om psykisk helsehjelp i kommunen er frivillig. Utfordringen med for mange meninger om hva som er riktig tjenester ble tematisert slik:

Når det gjelder psykisk helse og rus så har jo de fleste språk og mange er veldig tydelige, så jeg tenker at nei, det er som regel viktig å få de i tale og høre hva som er viktig for dem. For ofte så er det mange andre som vil veldig mye annet. Altså de vil noe, men så vil brukeren noe helt annet. De har to forskjellig mål da, og det er litt sånn uheldig.

Alle informantene beskrev at de innhentet kompetanse på spesifikke områder der det ble vurdert hensiktsmessig. Informantene formidlet at fastlegen var sentral i saksbehandlerprosessen og skulle alltid kontaktes hvis søkeren samtykket til samarbeid. Informantene uttrykket at andre instanser med relevant informasjon eller anbefalinger kunne bidra til en bedre kartlegging. Et fellestrekk var at personene som søker kunne ha med seg akkurat dem de ville og opptil flere hvis det var ønskelig. Felles hadde informantene mulighet til å samarbeide med blant annet kolleger i tjenesten, kommunepsykolog, ledere og koordinator i psykisk helse tjeneste med tilgang på veiledning, råd og en åpen arena for mulighet til å drøfte saker og gjøres vurderinger av hvilke tjenester som bør gis.

Et fellestrekk var at informantene erfarte at søknadene om psykiske helsetjenester kunne være lite informative. Kartleggingssamtalen ble vektlagt som et sentralt verktøy som skulle gi god informasjon til å kartlegge og vurdere den enkeltes behov av tjenester. Det var et tydelig spenn mellom informantene hvorvidt fysisk aktivitet var en fast del av kartleggingssamtalen. Blant informantene ble det trukket frem at fysisk aktivitet ikke var et sentralt tema og det var heller ikke noe som ble kartlagt. Det ble begrunnet med at det var mye annet som skulle kartlegges og informeres om, hvor det ble formidlet at man måtte veie opp hva som var viktig.

Under kartleggingssamtalen ble en kartleggings mal beskrevet som et verktøy, malen skulle sikre kvalitet av informasjon som ble gitt. Informantene som benyttet seg av en kartleggingsmal formidlet at fysisk aktivitet, fritid/hobby eller fysisk helse sto som et fast punkt og ble ofte et tema i samtalen. Det ble trukket frem et ønske om å finne ut av hvordan

hverdagen så ut slik at det var mulig å se om vedkommende var i behov av en mer aktiv hverdag, som ble beskrevet slik:

Jeg stiller alltid spørsmål om hvordan dagen ser ut, sosialt nettverk, fritid og hva brukeren fyller dagene med. Fysisk aktivitet er implementert som en del av kartleggingen, det er jo forsåvidt det fordi folk flest har jo blitt mer opptatt av det. Det er liksom sånn for meg åpenbart å snakke om hvordan du fungerer i hverdagen, hvordan er du i jobb, er du i aktivitet, og hvis ikke, hvorfor. Men det er ikke sikkert de andre saksbehandlerne bruker tid på tema fysisk aktivitet. Jeg bruker tid på det fordi at jeg har en erfaren kompetanse i psykisk helsehjelp.

Det ble formidlet at kommunens lavterskeltilbud var et verktøy de brukte når det var snakk om fysisk aktivitet i kartlegging om psykisk helsehjelp. Informantene ramset opp ulike aktivitetstilbud som skulle møte den enkeltes behov, blant annet svømming, strikking, ulike treningsgrupper, turgrupper og flere kreative aktiviteter. Det var variasjon mellom informantene når det kom til bruken av lavterskeltilbud som verktøyet i kartleggingssamtalene. En informant formidlet at kommunen opprettet nye aktiviteter hvis etterspørselen var der. Informantenes veiledningsplikt mot lavterskeltilbudene ble formulert slik: «I samtale når det er snakk om aktivitet spør jeg hvordan de løser det, eller hvordan de har tenkt å løse det fremover. Jeg finner da ut en passende aktivitet sammen med søkeren».

Felles for informantene var at lovverket om helse- og omsorgstjenester ble ansett som et overordnet verktøy i kartleggingen. Informantene formidlet at de tolket og fulgte kriterier fra lovverket som sier om personene har rett på oppfølging av psykiske helsetjenester. Lovdata pro ble trukket frem som et verktøy hvis det var mye skjønnsvurderinger. Felles var informantene kjent med veilederen for saksbehandling, veilederen ble benyttet i ulik grad og lovverket ble vektlagt som det gjeldende verktøyet som ble beskrevet slik:

Det er jo på en måte loven som gjelder. Den går foran alt og alle veiledere, all ting, veilederen for saksbehandling det er en veileder, men loven er den gjeldende rett. Det er den du skal følge. Veileder ja det er flott å spe på med det og noen ganger så overlapper det hverandre.

Det var ulikt om informantene var kjent med nasjonale retningslinjer og anbefalinger om fysisk aktivitet, et felles trekk var at informantene ikke aktivt holdt seg oppdatert eller benyttet seg av veiledere som omhandlet fysisk aktivitet mot psykisk helse. Det ble nevnt at noen forholdt seg til opplysninger om fysisk aktivitet, men at anbefalinger ikke ble snakket om i en kartleggingssamtale. Felles hadde informantene som formål å bidra til økt mestringfølelse gjennom deres kartlegging i saksbehandlingen.

Tema 3: Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet

Veiledning av bruker inn i kommunens lavterskeltilbud og delegering av ansvar til utfører var to sentrale fellestrekk i materialet. I forkant av veiledningen med bruker ble det formidlet et spenn blant informantene hvorvidt de tildelte vedtak med tiltak om fysisk aktivitet eller ikke. En fellesnevner var at de ikke tildelte vedtak om spesifikke tiltak for fysisk aktivitet, men i stedet delegerte ansvaret for oppfølging av tilpasset fysisk aktivitet til de som utfører tjenestene. Informantene vektla at tiltak som omhandlet spesifikt fysisk aktivitet var en del av kommunens lavterskeltilbud. Informantenes oppgave var å veilede de inn i kommunenes tilbud. Det ble formidlet at lavterskeltilbudene var gode tilrettelagte tilbud for alle med psykiske utfordringer, og innenfor disse tilbudene var det mulighet å imøtekomme behovene til de som opplever utfordringer knyttet til psykisk helse. Det ble formidlet at en som søkte om vedtak om psykisk helsehjelp kunne få et formelt avslag hvis man ikke fylte vilkårene for nødvendig helse- og omsorgstjeneste, da holdt det med å informere om kommunens lavterskeltilbud fremfor en vedtaksbasert tjeneste. En erfaring som kom frem, var at de med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk ikke ønsket å delta i lavterskeltilbud med likesinnede for å slippe å bli minnet på egne utfordringer.

Et tilbud som ble nevnt hvis det var behov av fysisk aktivitet var oppfølging med støttekontakt. Informantene kunne fatte enkeltvedtak om støttekontakt. En støttekontakt kunne bidra til oppfølging av aktiviteter eller fysisk aktivitet over lengre tid. Samtidig ble det tematisert utfordringer ved tildeling av støttekontakt. Det ble formidlet at det ikke alltid var nok støttekontakter i kommunen til de som søker eller at ikke støttekontaktene var egnet til den som søker om tilbudet. Ordningen om støttekontakt ble også problematisert fordi det kunne oppleves som stigmatiserende. Henvisning til frisklivssentral eller fysioterapi ble også nevnt som et tilbud de kunne gi når det var behov av tilrettelagt fysisk aktivitet.

Noen av informantene formidlet at de tildeler tiltak om aktivitet i vedtak om psykisk helsehjelp. Informantene presiserte at de brukte ordet «aktivitet» i vedtaket fremfor «fysisk aktivitet», som ble beskrevet slik: «Det er helt innafor å gi et vedtak på hjelp til aktiviteter. Da kan vi skrive: hjelpe til å komme i gang med aktivitet, eller hjelp til å lage en ukeplan for å få gjennomført en aktivitet». Det ble også formidlet at det ikke ble skrevet noe i vedtaket om psykisk helsehjelp som omhandlet aktivitet eller fysisk aktivitet, men at det istedenfor ble gitt informasjon om kommunens aktiviteter. Blant informantene ble det formidlet at hverken aktivitet eller fysisk aktivitet var en vedtaksbasert tjeneste, og dette ble formidlet slik:

Det må endres i lovverket hvis saksbehandlerne skal endres på deres utføring av å fatte vedtak. Vi skriver ikke vedtak på noe som har med fysisk aktivitet å gjøre, men jeg er kjent med hvilke aktivitetstilbud vi har i kommunen som ikke har en vedtaksbasert tjeneste. Da informerer jeg om tilbudet og forteller hvordan kommunen er organisert. Det er ikke noe jeg saksbehandler utover det.

Hvorfor saksbehandlere ikke iverksetter vedtak om fysisk aktivitet fokuserte på det faktum at andre utfordringer ble ansett som større og viktigere. Det førte til at spesifikke tiltak som fysisk aktivitet ble nedprioritert enten fordi ikke evner å gjennomføre det på egenhånd eller fordi personen passer inn i de eksisterende organiserte lavterskeltilbudene. En felles oppfatning blant informantene var at kommunen hadde ansvaret for å tilby forebyggende tiltak som tilrettelegger for fysisk aktivitet. Det kom tydelig fram at ressursene i kommunen ble ansett som utilstrekkelige, og saksbehandlerne måtte derfor prioritere i tråd med lovverket. Det ble formidlet at vedtakene burde vært skrevet relativt detaljert for å sikre at fysisk aktivitet blir fulgt opp.

Delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet ble vektlagt. Det ble uttrykt en forventning til utførerne om å ta ansvar for tilrettelegging og oppfølging av aktiviteter når vedtaket innebar slike tiltak. Det ble formidlet at utføreren skulle følge opp den enkelte bruker en til to ganger til aktivitet hvis målet var aktivisering i vedtaket, dette ble formidlet på følgende måte: «Utførerne skal følge brukerne opp, for at de etter hvert skal mestre aktiviteter selv. Utførerne skal hjelpe de til å finne en måte å tilnærme seg». Utførerne skulle ha nødvendig kompetanse og forståelse for hva denne oppfølgingen innebar.

Det ble formidlet at det bare var første gangen under kartleggingssamtalen informantene gjør en egen vurdering og at utførerne underveis i oppfølgingen av psykisk helsehjelp skal kunne ta en faglig vurdering i hvordan vedtakene bør følges opp og tilrettelegge for aktivitet etter behov, hvorfor vedtaket eventuelt skal videreføres. Som ble beskrevet slik: «Vedtaket skal evalueres og da blir det utførerne som tar den faglige vurderingen. Da må jeg som saksbehandler stole på vurderingen som utførertjenesten gir».

Vedtak som omhandlet aktivisering, var oftest vedtak der målet var å mestre angst og depresjon. I forbindelse med informantenes kartleggingssamtale sammen med bruker ble det skrevet et journalnotat som tar utgangspunkt og inneholder bakgrunnen for tildelingen av psykisk helsehjelp. Informantene hadde en forventning om at journalnotatet gjennomleses av utførerne når vedtaket tildeles, dette var fordi selv om ikke aktivitet ble tildelt i selve vedtaket kunne journalnotatet inneholde ønske om å delta aktivitet. Blant de informantene som skrev vedtak om aktivisering ble det uttrykket at utførerne hadde et ansvar i å følge opp og tilrettelegge for aktivitet selv om det ikke sto konkret i vedtaket, og videre se eventuelle behov. Det ble trukket frem at utførerne tilrettela for aktivitet i ulik grad, og at kompetanse på området kunne påvirke oppfølging av fysisk aktivitet. Støttesamtaler og eksponeringsterapi var ofte knyttet til å det å komme seg ut til et aktivitetstilbud.

Det var ulikt hvilke arbeidsplasser utførerne tilhørte, og det varierte hvordan de jobbet. Noen jobbet ambulerende og hadde tilgang på bil, andre satt på kontor. Det ble nevnt at noen utførere gjennomførte «Walk and talk» som innebar at støttesamtalene forgikk ute på tur, men at det var opp til den enkelte utfører ut ifra kapasitet og ressurser. Et fellestrekk var at informantene ønsket flere ambulerende utførere som kunne møte den enkeltes utfordringer og jobbe med brukerne individuelt og tilrettelegge for deltakelse i gruppeaktiviteter.

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon av resultater

Oppgavens problemstilling var følgende; *Hvordan opplever saksbehandlere i helse- og omsorgstjenesten sin rolle, med særlig vekt på kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet for de som søker om psykisk helsehjelp?*

Diskusjonen er strukturert etter de tre hovedfunnene; 1. Min rolle som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar, 2. Ulik praksis og rammer for kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet og 3. Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører i forhold til fysisk aktivitet.

Det primære faglige perspektivet i oppgaven var sosiologi, herunder kunnskap om saksbehandlere som bakkebyråkrater. I tillegg var kunnskapsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse et sentralt overordnet perspektiv i oppgaven og sentral i problemstillingen.

Saksbehandlere som bakkebyråkrater opererer i en «bakke»- rolle i kommunenes førstelinjetjeneste (Lipsky, 2010, s. xi-xxiii). De jobber direkte med brukere og har en viss avstand til øverste myndigheter. De tar avgjørelser basert på lovgivning, kommunens ressurser, nødvendig informasjon og individuelle vurderinger (Lipsky, 2010, s. 3). Samtidig har de også et visst handlingsrom der faglig kompetanse spiller en rolle i beslutningstaking. Samspillet mellom saksbehandlere og innbyggere kan ha betydelig innvirkning på tjenesteleveransen der saksbehandlerne må balansere kravet om likebehandling med behovet for individuell tilpasning.

Forståelsen av fysisk aktivitet ble definert som «enhver kroppslig bevegelse som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivået» (Caspersen et al., 1985). Definisjonen er bred og inkluderer alle former for fysisk aktivitet som kan tilpasses den enkeltes situasjon, spesielt med tanke på dens relevans i sammenheng med psykisk helsearbeid. Psykisk helsehjelp er et område som tilbyr oppfølging til mennesker med ulike utfordringer og behov. Definisjonen til Caspersen og kolleger innebærer bevegelse som tilpasser den enkelte. Definisjonen viser hvordan alle kan dra nytte av de positive aspektene ved å bevege seg, hvor det er rom for at alle har et mål, det kan være å gå til postkassa eller starte med høyintensitetstrening. Å bevege seg litt har en helsegevinst (Bredablik et al., 2023).

5.1.1 Rollen som saksbehandler er kompleks og innebærer et stort ansvar

Informantene ga uttrykk for at rollen var kompleks som følge av en stor og variert søkergruppe med ulike behov. Ansvaret var omfattende hvor de hadde en viss tid på å behandle søknadene, innhente nødvendig informasjon, forstå og kartlegge den enkeltes behov. Noen av ansvarsområdene som ble trukket frem var å koordinere tjenester, veilede og hjelpe søkerne å navigere seg i kommunens tilbud. Hovedansvaret var å sørge for nødvendige og forsvarlig helsehjelp. Carlsson og Brommels (2022) trekker frem saksbehandlerens rolle som avgjørende i kommunehelsetjenesten. Rollen blir beskrevet som nyttig med et bredt spekter av ferdigheter, hvor de påtar seg en stor mengde ansvar. Ifølge Carlsson og Brommels skal saksbehandlere arbeide for pasientens fordel for å løse problemer, som betyr at en de skal prioritere interesser og behov, og finne løsninger når de tar beslutninger. De beskriver rollen som saksbehandler som «spider in the web». En lite synlig rolle, som skjuler et stort ansvar. Det samme ble formidlet blant informantene i denne masteroppgaven.

Informantene delte en felles oppfatning om at deres ansvar og rolle følger kommunenes egen organisering og rammebetingelser. Dette betydde at deres arbeid var tett knyttet til interne strukturer og tilgjengelige ressurser, inkludert kommunens egne tilbud. Kommunen har det overordnede ansvaret for å organisere og tilby tjenester innenfor psykisk helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Kapittel 1 § 1-1 skal kommunen sikre samhandling, og at tjenestetilbudet tilpasses den enkelte pasient og bruker. Dette innebærer kartlegging og tilrettelegging av tilbudene i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). Veilederen for saksbehandling beskriver den overordnede oppfatningen til sentrale myndigheter om god saksbehandling (Helsedirektoratet, 2016a). Deres arbeid forankres i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), og forvaltningslovens bestemmelser (1967). Informantene var opptatt av å understreke at de fulgte lovverket og at det viktigste ansvaret var å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. De samme funnene fremkommer i studien til Øydgard (2018). En saksbehandler skal sørge for å innhente nødvendig og tilstrekkelig informasjon før det blir fattet enkeltvedtak (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32–33). For å sikre at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte, vil det være hensiktsmessig å søke tverrfaglig kompetanse.

En saksbehandler har ansvar for å kvalitetssikre og kartlegge tildeling av vedtak om psykisk helsehjelp som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 (Helsedirektoratet, 2016a). Ved tildeling av tjenester etter Helse- og omsorgstjeneste loven

(2011) § 3-2 førsteledd nr 2-6 har saksbehandlere et helsefremmende og forebyggende ansvar. Kommunen skal sørge for at den som søker om psykisk helsehjelp får sin rett på nødvendige og forsvarlige tjenester. Ifølge Forvaltningsloven (1967) § 5 skal kommunen identifisere folkehelseutfordringer, vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Ifølge Folkehelseloven (2011) § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, som etter § 3 innebærer å fremme og forebygge psykisk sykdom og lidelse. Dette kan omfatte blant annet tiltak knyttet til fysisk aktivitet. Det forebyggende arbeidet i kommunen skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32). En saksbehandler skal utrede behovet til blant annet de som søker om psykisk helsehjelp. De har en informasjon og veiledningsplikt ovenfor de som søker om helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer å informere om de tjenestene som er tilgjengelige i kommunen, som tilbud om fysisk aktivitet.

Saksbehandlere som bakkebyråkrater ble et sentralt begrep for å belyse resultatene i denne oppgaven. Saksbehandlere som bakkebyråkrater opererer innenfor et bestemt rammeverk som består av retningslinjer og setter begrensninger for beslutningstaking. Dette er avgjørende for å forstå en saksbehandlers rolle og ansvar i samfunnet og hvordan de påvirker livene til de som søker om kommunale tjenester. Ifølge Lipski (2010, s. xi-xxiii) innebærer bakkebyråkrati å se på hvordan politiske beslutninger og retningslinjer blir implementert i praksis, og påvirker menneskenes trivsel og følelse av samfunnstilhørighet. Det kan bety at vi kan vurdere om politikken faktisk oppfyller sitt formål og om den er rettferdig og effektiv når den nås ut til befolkningen. Lipsky argumenterer for at individets handlinger vil avgjøre resultatene som oppnås (2010, s. xii-x111). Dette kan relateres til en saksbehandlers rolle, og formidles gjennom informantenes tilbakemeldinger om det komplekse og det store ansvaret de hadde hvor blant annet handlingsfrihet, tidspress, store søkelister og mindre ressurser, påvirker brukere og pasienter i de offentlige tjenestene. Det kan det tenkes at det blir vanskelig å oppnå regjeringens ambisjoner (Lipsky, 2010). Helsedirektoratet fungerer som et verktøy for vedtatt politikk, og de utarbeider handlingsplaner og strategier på veggen av Regjeringen og Stortinget (Helsedirektoratet, 2017), se punkt 2.6. som kan brukes i saksbehandlerens arbeid.

Det er store variasjoner i hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres og tildeles, og kommuner står relativt fritt til å utforme et tjenestetilbud som dekker den enkeltes behov for nødvendige og forsvarlige tjenester (Helsedirektoratet, 2016a). Det ble formidlet blant

informantene at de ofte var søkerens første møte med kommunen, som gjorde at det var viktig for dem å tydeliggjøre rammer og begrense relasjon til bruker. Informantene trakk frem fordelene med at rollen ikke skulle være for involverende for lettere kunne ta beslutninger og ikke få et for nært forhold. Informantene beskrev videre at de jobbet under et tidspress. Det er sannsynlig at tidspresset påvirker saksbehandlerens tilnærming til bruker. Zackas (2017) bok «When the State Meets the Street» omhandler kompleksiteten i bakkebyråkraters arbeid. Boken omtaler saksbehandlere som jobber i kommunehelsetjenesten, og hvordan de ofte undervurderes, påvirker menneskers liv gjennom sine beslutninger. Rønning (2021) har oversatt Zackas (2017), herunder tre ulike tilnærminger saksbehandlere har i møte med den som søker om tjenester; den likegyldige, den omsorgsfulle og kontrolløren som er mistenksom til pasientenes beskrivelser av egen situasjon og framstilling. Ifølge Zacka vil disse tilnærmingene skje naturlig i prioritering av ressurser, og motstridende mål kan være utfordrende. Dette er relevant i sammenheng med materialet fordi forståelsen av fysisk aktivitet varierte blant informantene. Det samme gjorde bruken av kartleggingsskjema. Skjønn ble brukt i ulik grad, og like tjenester til de med like utfordringer gjør at en ofte allerede har gjort seg opp en mening som kan påvirke en beslutning. Disse funnene antyder at det kan være rom for forskjellige tilnærminger i vurderingene som saksbehandlerne gjør. Det er imidlertid vanskelig å fastslå nøyaktig hvilke tilnærminger som ble benyttet av informantene, ettersom dette ikke ble direkte spurt om. Zacka (2017, s. 241) beskriver saksbehandlerens psykiske stress som henger sammen med det miljøet de jobber i, og at dette kan påvirke rolleforståelse og håndtering av ansvar. Det er rimelig å tenke at tidspress også reduserer muligheten til å bli kjent med behovene til den som søker.

Informantene beskrev gruppen som søker om psykisk helsehjelp som kompleks og omfattende. Det ble formidlet at brukergruppen er fra 18 -100 år og at den består av mennesker med psykiske utfordringer. Verdens Helseorganisasjon definerer psykisk helse som mer enn psykiske lidelser (World Health Organization, 2022). Forståelsen som presenteres av Helsenorge (2022) er i tråd med dette. Karlsson og kollega (2013, s. 12–13) påpeker at mennesker som er i samspill med livsbetingelser og omgivelser vanligvis erfarer vansker med sin psykiske helse i løpet av livet. Folkehelse rapporten rapporterer omtrent 10-30 % av kvinner og 10-20 % av menn av den voksne befolkningen kan oppleve psykiske plager, mens rundt 16-22 % kan oppleve psykiske lidelser i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2023). Ifølge Regjeringen er psykisk helse kommunens største folkehelseutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Dette samsvarer med det informantene formidlet om at det var

mange søkere og en økende pågang av henvendelser. Regjeringen påpeker i opptrappingsplanen (Meld. St. 23, 2023, s. 6) at de vil styrke innsatsen i alle deler av helsetjenesten. Dette er for å kunne forsvare regjeringens forebyggende tiltak som inkluderer aktivitet i behandlingen, øke kunnskapsnivået om psykisk helse og fysisk aktivitet, utvikle lavterskeltilbud og effektivisere organisering (Meld. St. 23, 2023, s. 35–40). Dette resulterer i en økning i kravet til kunnskap om psykisk helse og evnen til å vurdere behovet for riktig tjenester.

Ifølge informantene varierte søknadene om psykiske helsehjelp basert på individuelle behov. Dette illustrerer behovet for tilpasning og vurdering av behovet, da psykisk helsehjelp ikke kan standardiseres. Informantene rapporterte også ulik praksis i å kartlegge individuelle behov, dette var avhengig av hvordan kommunen var organisert. Ifølge Helsedirektoratet (2016a, s. 12) har kommunene fleksibilitet til å tilpasse tjenestene innenfor visse rammer og økonomiske begrensninger. Dette understreker kompleksiteten i saksbehandlernes ansvarsoppgaver med mål om å sikre kvalitet i tjenestene.

Informantene beskrev søknadstekstene som lite utfyllende, og at de som søker til tider har lite eierskap til egen søknad. Det er rimelig å tenke at kravet om å innhente informasjon blir mer omfattende fremover. Informantene formidlet at det kunne være utfordrende å tilpasse tjenester når brukerne selv ikke vet hva de ønsker eller har behov av. Det kan trekkes en sammenheng herfra til barrierer hos mennesker med psykiske utfordringer (Danielsen, 2021; Méndez-Aguado et al., 2023). Disse kan være emosjonelle påvirkninger, manglende motivasjon, symptomer på lidelse, bivirkninger av medikamentbehandling og negative forventninger til seg selv. Personer med psykiske lidelser isolerer seg ofte mer enn andre, samt at de kan ha en sittestillende livsstil (Helgadóttir et al., 2015). Det er sannsynlig å tenke at noen er for syke til å selv be om hjelp. Man kan være så syk at det eneste man klarer å erkjenne er vanskelighetene med å takle livet. Ansvar til en saksbehandler blir stort når den som søker ikke vet hva de trenger hjelp til, hva de har krav på og hvilke behandlingstiltak som kan bidra til en bedre psykisk helse.

5.1.2 En saksbehandlers praksis og rammer for klarlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet

Informantenes syn og praksis i å fatte vedtak som inneholder tiltak om fysisk aktivitet ble formidlet ulikt. Et fellestrekk var at begrepet aktivitet ble foretrukket fremfor fysisk aktivitet.

Aktivitet ble beskrevet som all form for aktivitet. Denne forståelsen kan ha en sammenheng med kunnskapen om at litt aktivitet har en helseeffekt (Breidablik et al., 2023) Informantene forbandt fysisk aktivitet med en spesifikk type aktivitet, som for eksempel treningssenter eller tilbud gjennom lavterskeltilbud i kommunen. Samtidig ble begrepene aktivitet og fysisk aktivitet brukt om hverandre i intervjuene noe som bidro til uklarhet i begrepsbruken. Det finnes flere definisjoner av fysisk aktivitet, og denne oppgavens definisjon av fysisk aktivitet ble valgt fordi den kan tilpasses alle uansett forutsetning. Samtidig kan det virke som det er uenighet blant de som arbeider med psykisk helse om hvilken definisjon som er egnet. Saksbehandlere er bakkebyråkrater og forholder seg til lovverket, men gjør vurderinger ut ifra ressurser, økonomi og nødvendig informasjon (Lipsky, 2010; Rønning, 2021). Det er en mulig sammenheng mellom saksbehandlers forståelse av begrepet "fysisk aktivitet" og deres måte å vurdere tiltak om slik aktivitet for de som trenger psykisk helsehjelp.

Informantene var samstemte i sin oppfatning om at fysisk aktivitet spiller en vesentlig rolle når det gjelder å fremme god psykisk helse. Deres synspunkter reflekterer trolig den betydelige vekten som er lagt på fysisk aktivitet som en sentral komponent innenfor psykisk helsearbeid, noe som er tydeliggjort av regjeringen (Meld. St. 23, 2023, s. 32). I henhold til Verdens helseorganisasjon (2022) fremheves behovet for å forberede individer til å kunne håndtere livets utfordringer, realisere sine evner, være åpne for læring og aktivt delta i arbeidslivet og samfunnet. Deltakelse i fysisk aktivitet bidrar til å styrke disse egenskapene (Chekroud et al., 2018b; Danielsen, 2021, s. 35–36). Stadig ny forskning bringer frem nye funn om ulike former for trening med varierende intensitet som kan ha positive virkninger på både fysisk og psykisk helse (Breidablik et al., 2023; Ekelund et al., 2019; Warburton & Bredin, 2017). Informantene ble ikke spurt om hvilke psykiske lidelser eller utfordringer brukerne hadde, og det var heller ikke fokus i oppgaven å spesifisere hvilke aktiviteter som var egnet for ulike lidelser, da dette var utenfor oppgavens problemstilling. Likevel trakk informantene frem fysisk aktivitet som en kjent behandlingsform for angst og depresjon. Fysisk aktivitet kan ha en beroligende effekt, redusere angst og bidra i å lindre depresjon (E. W. Martinsen et al., 2018, s. 63-65, 85). Depresjon er ofte assosiert med andre psykiske lidelser. Saksbehandlere som tilpasser og tildeler tjenester i kommunene bør være oppmerksomme på denne komorbiditeten, ettersom den kan påvirke utformingen av behandlingsplaner og tilnærminger. Dette vil bidra til bedre tilrettelegging for brukerens generelle psykiske helsebehov.

Informantene formidlet at det å sitte i en sofa gav ingen endring, men at fysisk aktivitet gir en god følelse i kroppen. De påpekte at fysisk aktivitet bidrar til endringer i hjernen, hormonene i kroppen og at effektene av fysisk aktivitet gir tilsvarende noe av det samme som antidepressiva. Kunnskapen om fysisk aktivitet er godt dokumentert for å være bra for både fysisk og psykisk helse (Haseler et al., 2019; Hjelle, 2018; Martinsen, 2018; Méndez-Aguado et al., 2023). Å skape mestring, opprettholde funksjonsevnen og evnene til selvhjelp er ifølge Folkehelsemeldingen viktig i psykisk helsearbeid (Meld. St. 15, 2022, s. 118). Mennesker med psykiske utfordringer kan oppleve lite sosial støtte, mening og tilhørighet (Meld. St. 15, s. 70). Dette er faktorer som er av betydning for den psykiske helsen.

Psykisk plager og lidelser påvirker menneskets atferd, tanker, kroppslige reaksjoner og følelser (Martinsen et al., 2018, s. 43). Et inaktivt menneske som begynner å bevege seg mer, endrer atferd. Ifølge Martinsen og kolleger er atferdsendring et viktig element i forebygging og behandling av plager og lidelser. Gjennomførelse og deltakelse i fysisk aktivitet er i dag regnet som et godt dokumentert behandlingstiltak (Bahr et al., 2015; Breidablik et al., 2023; Chekroud et al., 2018; Ekelund et al., 2019; Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020; Helgadóttir et al., 2015; Méndez-Aguado et al., 2023; Sørensen et al., 2020; Thørrisen et al., 2018; Warburton & Bredin, 2017). Fysisk aktivitet kan bedre livskvalitet, mestringsfølelse, samt redusere negative symptomer som er knyttet til psykiske lidelser (Chekroud et al., 2018; Danielsen, 2021; Thørrisen et al., 2018). Aktivitet kan også hjelpe å fylle tomrommet som oppstår etter avsluttende bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012). Gjennom deltakelse i fysisk aktivitet kan mennesker med psykiske utfordringer styrke sin selvstendighet, bygge opp sin selvtillit og øke sin grad av autonomi. Dette kan ha den positive effekten av å minske risikoen for utvikling av kroniske sykdommer, inkludert hjerte- og karsykdommer, og dermed redusere behovet for medisinske inngrep og sykehusinnleggelse. Ved å redusere denne risikoen, blir uavhengigheten ytterligere styrket. (Bahr, 2020; Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58). Fysisk aktivitet har ikke bare positive effekter på den psykiske helsen men også somatiske plager som er kjent hos brukergruppen (Sørensen et al., 2020). Breidablik og kolleger (2023) viser til at litt fysisk aktivitet kan ha en stor positiv helsegevinst. Det er mye som taler for at vi står ovenfor en behandlingsform som i mange tilfeller kunne bidratt til å forbedre en rekke lidelser. En behandlingsform mange vil kunne dra nytte av.

Informantene identifiserte ulike barrierer knyttet til inkludering av fysisk aktivitet som en del av individuelle vedtak. Det var blant annet økonomi, ressurser nok til å følge opp fysisk aktivitet, brukerens motivasjon og symptombelastning. Informantene ga uttrykk for at de ikke

hadde nok kunnskap om temaet. Den tverrfaglige kunnskapen anses nyttig for å implementere fysisk aktivitet som et behandlingstiltak i psykisk helsearbeid. Barrierer som påvirker brukernes deltakelse i fysisk aktivitet inkluderer, ifølge Danielsen (2021), holdninger, ressurser, kompetanse hos helsepersonell og oppfølgingen av tilbud. I forståelsen av sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse spiller kompetanse og holdninger blant helsepersonell, sammen med tilgjengelige ressurser, en betydelig rolle (Danielsen, 2021; Farholm & Sørensen, 2016). Folkehelsemeldingen (Meld. St. 15, 2022, s. 69) påpeker at kommunene mangler kunnskap om egnede tiltak, verktøy og metoder for å fremme fysisk aktivitet, og det er utfordringer knyttet til oppfølgingen av fysisk aktivitet innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Farholm & Sørensen, (2016) fant i sin studie at motivasjon var en vesentlig hindring for fysisk aktivitet og trening ved alvorlig psykiske lidelser, men at de underliggende mekanismene for motivasjon ikke var ulik i befolkningen ellers. Barrierene var bivirkninger av medisiner, symptomer på sykdommen, negative holdninger blant behandlere, økonomiske utfordringer, manglende struktur, og planlegging av fysisk aktivitet. Det kan tenkes at det er nødvendig å øke ressurser for å kunne tilrettelegge for de brukerne med betydelig symptombelastning og behov av motivasjon og oppfølging.

Informantene var bevisste på å følge lovverk og dens retningslinjer. Det står ikke i lovverket at fysisk aktivitet skal tildeles som et enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Samtidig er det vist til eksempler i veilederen for saksbehandling på hvordan fysisk aktivitet kan innlemmes i vedtak (Helsedirektoratet, 2016a, s. 52), se punkt 2.5. Ifølge studien til Øydgard (2018, s. 34) er lovverket utydelig og kan tolkes på ulike måter. Øydgard (2018) påpeker at saksbehandlere forvalter det som kan fremstå som et ganske rigid system, der ulike kriterier skal følges og hensyn skal tas. Samtidig fremstår arbeidet deres som preget av fleksibilitet og vilje til å oppfylle krav om nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Tjenestene som tilbys har vesentlig betydning for brukere og pårørende.

Saksbehandlere, som bakkebyråkrater, spiller en vesentlig rolle når det kommer til tolkning av lovverk og beslutningstaking knyttet til individuelle (Dubois, 2010, s. 153; Lipsky, 2010, s. 3; Rønning, 2021, s. 77–79). Dette aspektet er relevant når det diskuteres hvordan skjønn, holdninger og personlige preferanser kan påvirke både forståelsen av situasjoner og de beslutningene som tas. Når skjønn og handlingsrom er en integrert del av arbeidet, kan saksbehandlere tilpasse seg og benytte det de anser som hensiktsmessig i sin vurdering.

Imidlertid kan uklarhet eller utydighet i lovverket føre til variasjoner i måten kartlegging og beslutningstaking utføres når det vurderes hva som anses å være nødvendig og tilpasset psykisk helsehjelp.

Det var ulikt om informantene var kjent med nasjonale retningslinjer som omhandler anbefalinger om fysisk aktivitet som behandlingstiltak. Informantene formidlet at de ikke holdt seg oppdaterte på spesifikk type trening eller fysisk aktivitet som behandlingsmetode når ikke ressursene og tilbudet lå til rette i kommunene. Nasjonale veiledere, Helsedirektoratet og Regjeringens stortingsmeldinger og nasjonale strategier som omhandler tilrettelegging av fysisk aktivitet i helse- og omsorgstjenesten, er verktøy som bør brukes i tildeling av tiltak om fysisk aktivitet (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020; Helsedirektoratet, 2012, 2014, 2013; Meld. St. 15, 2022; Meld. St. 23, 2023; Omsorgsdepartementet, 2015). Regjeringen understreker at fysisk aktivitet bør brukes i tilrettelegging og tiltak i alle deler av helse og omsorgstjenesten der det jobbes med psykisk helsearbeid. Det samme står i oppsummeringen til Danielsen (2021). Ifølge Helsedirektoratets veileder om fysisk aktivitet i forebygging og behandling, spiller kommunene en sentral rolle i implementeringen av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2019). Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for og følge opp fysisk aktivitet gjennom helse- og omsorgstjenesten. Veilederen oppfordrer tjenesten til å gi informasjon og støtte for å fremme økt fysisk aktivitet. Helsepersonell i alle kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha god kompetanse om fysisk aktivitet og helse, og helsepersonell skal kunne gi faglig forsvarlige råd, veiledning og tilpasset oppfølging til sine brukere (Helsedirektoratet, 2019). Det kan tenkes at de som ikke har erfaring eller kompetanse, kan delegeres til de som sitter med kompetanse og sette søkelys på et mer tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenesten. I definisjonen av psykisk helsearbeid beskrives det at man skal bistå hverandre i prosesser som omhandler å utvikle opplevelser av helsefremming og mestring («Vi bærer psykisk helsearbeid videre», 2008). I følge Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser bør informasjon og betydning av fysiske aktivitet, motivasjon og tilrettelegging for aktivitet og trening inngå som en viktig del av en helhetlig behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 71).

Deltakelse i organisert fysisk aktivitet, trening eller idrett kan være med på å etablere sosiale nettverk som ikke er knyttet til rusmiljøene (Helsedirektoratet, 2012). Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) oppfordrer kommunene til å organisere og tilby lavterskeltilbud slik at kommunene kan nå de menneskene med psykiske utfordringer. Veilederen refererer til at kommunene skal sikre at den enkelte skal ha en aktiv og meningsfull hverdag.

Opptrappingsplanen for psykisk helse beskriver at flere skal i aktivitet, og at de ønsker å gjøre en innsats for å få fler med. Planen legger vekt på effektiv organisering, riktig oppgavedeling og bedre bruk av tilgjengelig ressurser (Meld. St. 23, 2023, s. 38). Regjeringen og Helsedirektoratet spesifiserer hvordan kommunen kan iverksette tiltak for å sikre at fysisk aktivitet blir en del av psykisk helsearbeid i kommunene. Det som kommer frem er at den samlede innsatsen vil være avgjørende for å kunne tilby alle muligheten til å være mer fysisk aktiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Det skal innlemmes i større grad i behandling, øke kunnskapsnivået om fysisk aktivitet og psykisk helse.

Informantene formidlet kartleggingsprosessen ulikt. Mottakelse av søknadene, den tverrfaglige samhandlingen, kartleggingen og vurdering av tiltak om fysisk aktivitet var ulik. Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15, 2022, s. 69) påpeker at det foreligger utfordringer knyttet til kommunens mangler tiltak, verktøy og metoder helse- og omsorgstjenesten kan ta i bruk for at alle sektorene skal få eierskap til implementering av fysisk aktivitet. Informantene formidlet at ressurser og økonomi var barrierer som hindret det å få fysisk aktivitet som et behandlingstiltak.

Informantene formidlet et spenn i kommunens praksis i mottakelse og håndtering av søknader om psykisk helsehjelp. Når en person søker om helse- og omsorgstjenester i kommunen kan det ha en betydning for hvem som tar imot søknaden før søknaden skal kartlegges. Blant informantene ble det blant annet formidlet en praksis om at helsesekretær med videregående skole tolket søknadene før den ble sendt videre til en egnet saksbehandler.

Informantene vektla at de hadde mulighet for et tverrfaglig samarbeid. Det var ulikt om det var et fast tverrfaglig samarbeidsmøte eller om det var opp til den enkelte saksbehandler om de så det nødvendig i vurderingen. I det tverrfaglig samarbeidet var det mulig å drøfte saker å få innspill i hvilke tjenester som kunne vurderes. I studien til Carlsson og Brommels (2022) fremhever de betydningen av mennesker fremfor prosesser, og de understreker viktigheten av å ha en bred kompetanse for å kunne utføre grundig kartlegging. Informantene understreket viktigheten av å involvere fastlegen og lytte til deres synspunkter. Det er lovfestet psykologkompetanse i alle kommuner som kan vurdere og supplere kunnskap (Helsedirektoratet, 2021).

Informantene formidlet at de kunne velge sitt samarbeid ut fra egen kompetanse på feltet. Likevel ble det påpekt at mange ulike instanser og meninger kunne utgjøre en utfordring.

Dette har både positive og negative sider. Mangfoldige meninger kan gi rike perspektiver, men det kan også være utfordrende å avgjøre hvilke meninger som er mest relevante. Dette er en oppgave som saksbehandlerne tar på seg. Når de tar beslutninger alene, kan det hende at skjønn, egen kompetanse og erfaring overser andre aspekter.

For å implementere fysisk aktivitet som en del av kartleggingen av psykisk helsehjelp, kan det være hensiktsmessig å etablere kompetanse gjennom tverrfaglig samarbeid. Dette bør prioriteres og da slik at fysisk aktivitet utformes som et eget tiltak. Dersom saksbehandlere ikke besitter tilstrekkelig kompetanse på dette området, er det mulig å samarbeide med andre kommunale aktører som har ekspertise innen fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten.

Informantene nevnte at lavterskeltilbud og kartleggingssmal var verktøy for å inkludere fysisk aktivitet som en del av informantenes psykiske helsehjelp. Informantene som brukte kartleggingssmal, hadde et eget punkt som dreide seg om fysisk helse. I utredningen av hjelpebehovet kan en saksbehandler velge å bruke et kartleggingsskjema eller tilsvarende hjelpemidler, eventuelt sjekklister eller huskelister ved innhenting av informasjon (Helsedirektoratet, 2016a, s. 32–33). Kartleggingssmalen bør inneholde et eget punkt for fysisk aktivitet, som gir struktur og veiledning for å oppnå spesifikke mål og utføre oppgaver på en organisert og strukturert måte. Det er sannsynlig at fysisk aktivitet ikke blir en del av kartleggingssamtalen hvis det ikke står i kartleggingssmalen. Bakkebyråkrater bruker skjønn i individuelle vurderinger, det kan tenkes at hvis en saksbehandler ikke bruker en mal som skal sikre at man er igjennom relevante spørsmål, kan det utelates. I følge Dubois (2010, s. 74), sitter saksbehandlerne i en posisjon hvor personlige oppfatninger har en betydning i deres avgjørelser.

5.1.3 Veiledning av bruker og delegering av ansvar til utførertjenesten

Informantene påpekte at veiledning av bruker og delegering av ansvar til utfører var sentralt når det gjaldt fysisk aktivitet for personer som mottar psykisk helsehjelp i kommunehelsetjenesten. Informantenes veiledning om fysisk aktivitet baserte seg på enkeltvedtak, og tiltak som lavterskeltilbud og støttekontakt.

Informantene tildelte ikke vedtak om spesifikke tiltak for fysisk aktivitet, men veiledet i stedet inn i kommunens tilbud om fysisk aktivitet, og delegerte ansvaret for oppfølging av tilpasset fysisk aktivitet til utførerne. Selv om informantene praktiserte veiledning og delegerte ansvar

for fysisk aktivitet til brukerne og utførerne, reiser Danielsen (2021, s. 7) viktige spørsmål om hvordan fysisk aktivitet best kan integreres som en obligatorisk del av behandlingen, og tilrettelagt av fagpersoner. Studien reiser også etiske spørsmål om det er forsvarlig å ikke tilby fysisk aktivitet som en behandlingsform for personer med psykiske helseutfordringer. Selv om brukermedvirkning er viktig, understreker Danielsens studie, behovet for tilpasset veiledning, riktig kunnskap og motivasjon. Dette støtter argumentet for å lovfeste fysisk aktivitet, for å sikre tilgang til nødvendig kunnskap og støtte, selv når brukerne ikke er initiativtakere til dette.

Slik det er beskrevet i veilederen for saksbehandling kan tilrettelegging og oppfølging av fysisk aktivitet skrives som et tiltak under helsetjenester i hjemmet (Helsedirektoratet, 2016a, s. 14). Ifølge veilederen er det ingen krav om at tjenesten må skje i hjemmet (Helsedirektoratet, 2016a, s. 52). Eksempelet går ut på at vedtaket tildeles med «helsetjenester i hjemmet i form av rusmestrings- og støttesamtaler, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Samtidig fattes det vedtak om personlig assistanse (praktisk bistand og opplæring) i form av hjelp til å mestre hverdagen og boforhold, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b». Informantene ønsket at de selv fattet mer detaljerte vedtak. Eksempelet over viser at det er mulig at et vedtak inneholder fysisk aktivitet som et tiltak. Dette kan sikre at utførerne som følger opp vedtakene kan fortsette veiledning inn i fysisk aktivitet. I tråd med regjeringens retningslinjer, skal alle instanser som har kapasitet til å veilede eller tilby fysisk aktivitet inkludere dette som en integrert del av deres arbeid (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58). Samtidig understreker Folkehelsemeldingen (Meld. St. 15, 2022, s. 118) betydningen av at helse- og omsorgstjenesten fungerer som en sentral arena for målrettet innsats for å fremme fysisk aktivitet. Det understrekes også at tjenesten bør organiseres slik at de som mottar tjenester får muligheten til å opprettholde en selvstendig livsstil, og kan delta aktivt i meningsfulle aktiviteter sammen med andre.

Å tilby like tjenester til de med like utfordringer ble understreket av informantene.

Enkeltvedtakene var ofte relativt like og informantene arbeidet for å tilby tilsvarende tjenester til de med lignende behov. Øydegard (2018, s. 37), viser i sin studie at vedtakene er objektive og inneholder mindre detaljerte tiltak. Ifølge Øydegard (2018, s. 36) kan vedtakene avvike fra brukerens individuelle behov, og det som står i vedtaket representerer saksbehandlernes objektive vurdering av de tjenestene som blir tildelt. Pasientens ønsker og behov skal lyttes til og etterkommes så langt som mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a).

Øydegard (2018) understreker betydningen av at brukere aktivt formidler sine ønsker og behov, da disse ellers kan gå ubemerket i kartleggingsprosessen. Dette underbygger også viktigheten av å ha tilgang til tverrfaglig kompetanse som er i stand til å stille relevante spørsmål som kan være avgjørende for å veilede og tilpasse hjelpen til individuelle behov. Resultatene fra Øydegards studie indikerer behovet for økt oppmerksomhet mot det som kan bli utelatt i kartleggingen. Dette understreker saksbehandlernes nøkkelrolle, og at de eventuelt bør samarbeide med andre kompetente kolleger for å sikre at tjenestene tilpasses brukernes behov og ønsker på en adekvat måte.

Informantene vektla at tiltak som omhandlet spesifikt fysisk aktivitet var en del av kommunens lavterskeltilbud. En viktig oppgave saksbehandlerne hadde var å veilede brukerne i kommunenes tilgjengelige tjenester. Lavterskeltilbud var et tiltak informantene tok opp som kommunens sentrale tiltak og tilbud for fysisk aktivitet. Det ble nevnt at kommunen oppretter lavterskeltilbud hvis det er etterspørsel. Tilbudene var grundig tilrettelagt for å møte de spesifikke behovene til denne brukergruppen. Samtidig ble det formidlet at flere med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk syntes det kunne være stigmatiserende, og ikke ønsket å delta i lavterskeltilbudene. Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal kommunen sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. De skal sikre at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for brukere, samtidig sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Regjeringen ønsker å utrede fordeler og ulemper med ulike alternativer for å bidra til likeverdig lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus (Meld. St. 23, 2023, s. 39–40). I opptrappingsplanen nevnes lovfesting av lavterskeltilbud, med et ønske om at aktivitet i større grad blir en del av behandlingen og oppfølgingen. For å sikre at dette blir gjennomførbart bør det kunne fattes enkeltvedtak om oppfølging til aktivitetstilbudene. Informantene formidlet at saksbehandlere burde kunne sette inn spesifikke tiltak med en gang.

Det var ulikt om lavterskeltilbudene ble introdusert under kartleggingssamtalen av informantene. Lavterskeltilbud var et felles verktøy informantene brukte hvis fysisk aktivitet ble en del av kartleggingssamtalen. Det ble uttrykt at flyere fra lavterskeltilbudene var mindre brukervennlige. Min erfaring fra dette er at det ikke er mange som har smart telefon slik at muligheten til å lese om tilbudene på nettet ikke gjelder alle. Dermed er det rimelig å tenke at den gruppa ikke får de samme tilbudene som de som har smart telefon. I oppgavens definisjon av psykisk helsearbeid står det om å skape et inkluderende lokalmiljø «Vi bærer psykisk helsearbeid videre», 2008).

Informantene formidlet at det er mange som ikke kommer seg til tilbudene. Utfordringer med psykiske vansker kan blant annet være manglende motivasjon og negative forventninger til

seg selv (Danielsen, 2021; Méndez-Aguado et al., 2023). Disse utfordringene kan være betydningsfulle faktorer. For saksbehandlere er det vesentlig å vurdere og veilede brukerne slik at de med psykiske utfordringer også får muligheten til å være fysisk aktive.

Informantene nevnte støttekontakt som en mulighet for å tilby fysisk aktivitet. Det ble formidlet at en støttekontakt kunne oppleves som stigmatiserende, at det var for få støttekontakter i kommunene, og at det kunne være utfordrende å finne en egnet person. Det ble også nevnt at noen ikke ønsket å delta i lavterskeltilbudene med likesinnede for å slippe å bli minnet på utfordringene sine. Vedtak om støttekontakt er nevnt i lovteksten som en måte å gi bistand til å delta i fritidsaktiviteter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Treningskontakter kan ifølge Regjeringen være et godt tiltak (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58). Bistand med personlig assistanse kan også organiseres slik at brukeren får deltatt i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon (Helsedirektoratet, 2018; omsorgsdepartementet, 2014). I hvilket omfang og nivå et vedtak utformes vurderes konkret av en saksbehandler.

Når et vedtak skal tildeles er observasjonene til Lipsky (2010) nyttige å vite noe om. Dette fordi de tre tilnærmingene og skjønnnet til saksbehandlerne ser ut til å påvirke avgjørelsen. Det å ha en forståelse av offentlig politikk i bakkebyråkratier innbefatter det å analysere byråkratenes skjønn, som består av regler og uttalelser. Ved bruk av Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012, 2014, 2013) og Regjeringens føringer (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020; Meld. St. 15, 2022; Meld. St. 23, 2023; Omsorgsdepartementet, 2015) kan det være mulig å starte implementeringen av fysisk aktivitet allerede nå.

Som beskrevet tidligere viser studien til Øydgard (2018, s. 34) at saksbehandlerne arbeider i et ganske rigid system, samtidig med at de kan være fleksible. Dette var også tilfelle blant informantene i denne studien. Noen av informantene beskrev at de brukte den fleksibiliteten de hadde, til å skrive tiltak som omhandlet å hjelpe brukeren med å komme i gang med aktivitet. Andre hadde en mer rigid tolkning av hva de kunne gjøre. Informantene beskrev at de delegerte oppfølgingen av tiltak om fysisk aktivitet til utførerne i utførtjenesten. Hvis fysisk aktivitet ble kartlagt, men ikke ble skrevet i vedtaket, sto det i journalen tilhørende vedtaket. De hadde en forventning til utførerens faglige vurdering og oppfølging av bruker. I kraft av rollen som bakkebyråkrat (Lipsky, 2010, s. 3), skal ansvar delegeres.

Saksbehandlerne er derfor avhengig av et samarbeid med utførerne. Flere av de som søker om

psykisk helsehjelp i kommunen blir henvist fra spesialisthelsetjenesten. Ifølge Regjeringen ligger den største utfordringen i å følge opp brukere med psykiske utfordringer i kommunehelsetjenesten. (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58–60). Helsepersonell i kommunehelsetjenesten skal ha nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet, og bruke det som et forebyggende og behandlende tiltak. Selv om det ikke er eksplisitt nevnt i enkeltvedtak, vurderer Regjeringen at fysisk aktivitet skal kartlegges og inkluderes som en naturlig del av tjenesteutførelsen. For å oppnå dette målet, kan tverrfaglig samarbeid under samme utførertjeneste tilpasse og koordinere slik at fysisk aktivitet blir vurdert og tilpasset i tråd med den enkeltes behov. Regjeringens plan for omsorgsfeltet har som mål å sikre bærekraftig helse- og omsorgstjenester på lang sikt, og at fokuset på mestring og aktivitet får et større fokus (Omsorgsdepartementet, 2015).

Informantene uttrykte behovet for ambulante team som kunne følge opp til aktivitet, men denne ressursen ble formidlet som utilstrekkelig eller fraværende i kommunehelsetjenesten. Det er en betydelig utfordring å oppnå Regjeringens mål om at helsepersonell aktivt skal oppmuntre deltakelse i fysisk aktivitet blant brukere, og sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester (Handlingsplan for fysisk aktivitet, 2020, s. 58), da mangelen på ambulerte utførertjenester er stor.

Informantene formidlet at vedtakene kunne være lite detaljerte. Et vedtak kunne inkludere generelle tiltak som "støttesamtaler" eller "boveiledning". Dette medførte en overføring av ansvar til de som utførte tjenestene, som ble forventet å besitte kompetanse innen psykisk helse og vurdere kontinuerlige behov for tjenester. Ansvarliggjøring av tilrettelegging og organisering er viktig for å kunne utføre tiltak som fysisk aktivitet (Danielsen, 2021; Méndez-Aguado et al., 2023). Dette betyr at utførertjenesten får en grad av frihet til å tolke og tilpasse utførelsen av tiltakene. Fysisk aktivitet kommer med en del utfordringer som må hensyntas, som tettere oppfølging, motivasjon og introduksjon til de som fra før av er lite villig (Farholm & Sørensen, 2016; Helgadóttir et al., 2015). Saksbehandlernes kvalitetssikring av beslutningstakingen i vedtaket er viktig for at behov blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2016a). Det er rimelig å tenke at fysisk aktivitet bør inn i vedtaket hvis ønsket er å få fysisk aktivitet inn som et behandlingstiltak, på lik linje med medisiner, boveiledning og støttesamtaler.

5.2 Relevans for psykisk helsearbeid og folkehelsearbeid

Alle mennesker har en psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 8). Det offentlige hjelpeapparatets ansvar for å styrke den psykiske helsen skjer på flere nivåer, kommunene har fått større ansvar og eierskap til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Saksbehandlere kan i fremtiden ha en avgjørende rolle for at fysisk aktivitet blir en større del av kommunens psykiske helsehjelp. I denne masteroppgaven har forståelsen av saksbehandlere som bakkebyråkrater, som fungerer mellom borgere og myndighetene, vært sentralt.

Definisjonen av psykisk helsearbeid («Vi bærer psykisk helsearbeid videre», 2008), tydeliggjør sentrale elementer for det arbeidet som gjøres i helse- og omsorgstjenesten, med vekt på det å fremme menneskenes psykiske helse og mestring. Saksbehandlerne i kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle i dette, da de fattet vedtak som styrker brukeres mestringsevne og virker helsefremmende. Dette avspeiles i funnene om ansvar, forståelse av aktivitet, veiledning og delegering. Funnene tilfører kunnskap om saksbehandleres kartlegging og vurderinger av fysisk aktivitet som tiltak. Informantene var også opptatt av aktivitet i bred forstand og at det omhandlet all aktivitet utover å sitte hjemme alene. Dette er i tråd med Regjeringen og Helsedirektoratets forståelse av hvordan helse- og omsorgstjenesten kan bidra i sitt arbeid i å tilby fysisk aktivitet som et behandlingstiltak mot psykisk helse. Flervitenskaplige og tverrfaglig perspektiver er sentrale i psykisk helsearbeid. Oppgaven er teoretisk forankret i sosiologien. Dette er et tverrfaglig område som er relevant for psykisk helsearbeid fordi sosiologien studerer forutsetningene for, oppmerksomheten av, og samspillet mellom samfunnets ulike elementer. Den er en generell samfunnsvitenskap som tar for seg ulike aspekter av samfunnslivet (Skirbekk et al., 2023). I tillegg er sosiologien kjennetegnet av teorier, perspektiver og forskningsmetoder som ofte genererer en mangfoldig rekke synspunkter og konflikter (Tjora, 2013, s.114). Dette mangfoldet av tilnærminger og perspektiver er svært relevant for å forstå komplekse samfunnsutfordringer, inkludert de som er knyttet til psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten.

Regjeringen rapporterer at psykisk helse er kommunenes største folkehelseutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Saksbehandlere møter et mangfold av mennesker med psykiske helseutfordringer. Dette arbeidet innebærer tett samarbeid mellom tjenestene og bruker. Å ha kunnskap om hvordan bakkebyråkrater opererer og hvordan deres arbeid påvirker psykisk helsearbeid er av betydelig relevans innenfor sosiologien. Dette området utforsker hvordan samfunnsaktører som saksbehandlere påvirker og formes av samfunnet, og hvordan deres handlinger har konsekvenser for individene og samfunnet som helhet. Derfor er sosiologi et viktig teoretisk rammeverk for å utforske de sosiale dynamikkene som er relevante for psykisk helsearbeid.

Folkehelsearbeid innebærer samfunnets innsats for å fremme helse, forebygge sykdom og skade, og redusere ulikheter (Folkehelseloven, 2011, § 3), se punkt 1.4.4. Det innebærer et stort ansvar, hvor det er hensiktsmessig at alle deler i kommunehelsetjenesten tar sitt ansvar for å ivareta dette. Kunnskapsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse er et faglig perspektiv som er viktig å tas i betraktning når fysisk aktivitet vurderes som et behandlingstiltak innen psykisk helsehjelp.

Ulik praksis og rammer for kartlegging av tiltak om fysisk aktivitet, veiledning og delegering av ansvar understreker hvordan samfunnet aktivt arbeider for å påvirke faktorer som påvirker helse og trivsel. Ulikheten i praksis og rammer viser kompleksiteten og mangfoldet i tilnærmingene som brukes i folkehelsearbeidet for å møte individuelle behov. Informantene formidlet at rollen innebar et stort ansvar og at rollen var kompleks. Dette avspeiler definisjonen av folkehelsearbeid der den indikerer at ansvarsområdene er omfattende.

Samlet sett viser masteroppgavens funn hvordan folkehelsearbeid i praksis gjennomføres for å fremme helse og trivsel, og hvordan det involverer tverrfaglig samarbeid og ansvarsdelegering for å håndtere komplekse utfordringer.

En krevende, men like fullt relevant implikasjon fra denne masteroppgaven er å be om at Regjeringen utarbeider lovforslag om å inkludere fysisk aktivitet i bred forstand i det kommunale folkehelsearbeidet og i psykisk helsearbeid. Dette vil medføre at det også blir inkludert i retningslinjer for saksbehandlere i kommunehelsetjenesten. Dette innebærer videre å utbedre retningslinjer, veiledninger som konkretiserer hvordan fysisk aktivitet skal være en integrert del av tjenestene som tilbys. Dette kan også omhandle kompetanseheving blant helsepersonell, samt tilrettelegging av ressurser og infrastruktur som støtter fysisk aktivitet som en behandlingsmetode innen psykisk helsehjelp. Forskning på implementering av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten vil i denne sammenhengen være sentralt.

5.3 Metode diskusjon

5.3.1 Studiens styrker og begrensninger

I artikkelen «Conceptual and Design thinking for Thematic Analysis», har Braun og Clarke oppsummert deres grunnleggende prinsipper som kjennetegner en god refleksiv tematiske analyse (2022, s. 8–9). Gjennomføringen av analysemetoden skal innebære en grundig gjennomgang av de grunnleggende prinsippene, og det å planlegge metoden og analysen godt

(2022, s. 20). I tillegg til å lese deres artikler så jeg på YouTube videoer om tematisk analyse. Det er foretrukket at metodediskusjonen presenteres under avsnittene i resultatkapitlet, men i denne masteroppgaven presenteres oppgavens styrker og svakheter i dette punktet (Braun & Clarke, 2022, s. 20). Ifølge Braun og Clarke (2022, s. 8–9) er de grunnleggende prinsippene i analysemetoden; Forskerens subjektivitet og refleksivitet, analyse og tolkning av dataene, utvalg, temaer som analytiske utdrag, teoretiske forutsetninger og oppgavens overførbarhet. Teksten nedenfor er strukturert etter disse prinsippene.

Ifølge Braun og Clarke er forskerens subjektivitet en naturlig del av forskningsprosessen (2022, s. 8–9). Det er det primære verktøyet i kvalitativ forskning og en ressurs for å forstå datamaterialet. En refleksiv tematisk analyse erkjenner at kunnskapsgrunnlaget er påvirket av subjektivitet og at det er umulig å ha en ren induktiv tilnærming. Dette trenger ikke å være negativt så lenge man drøfter betydningen av ens erfaringer, se punkt 1.6 for forståelse. Med utgangspunkt i min interesse og engasjement for bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode innenfor psykisk helsefeltet, valgte jeg å intervju saksbehandlere. I min nåværende rolle som utfører i en utførertjeneste som følger opp vedtak relatert til psykisk helsehjelp, er jeg klar over at min rolle kan ha påvirket forståelsen og tolkningen av dataen. Samtidig har jeg hatt begrenset innsikt i byråkratiske prosesser innenfor offentlig sektor. Dette har påvirket forskningsprosessen ved at min forståelse og kunnskap om teori og fagfeltet har blitt utvidet. Denne kunnskapen har bidratt til en dypere forståelse og respekt for saksbehandlers rolle og ansvar i tildeling av helse- og omsorgstjenester.

Analysen og tolkningen av dataene kan ikke være nøyaktig eller objektiv, men den kan være svakere eller sterkere (Braun & Clarke, 2022, s. 8–9). Braun og Clarke understreker viktigheten av grundig vurdering av dataomfanget i forhold til deltakergruppen og datasettet (2022, s. 20). Det krever en kritisk og refleksiv tilnærming for å finne riktig balanse mellom tilstrekkelig data og for pålitelige funn, noe jeg samarbeidet med veilederen min om. Dette har bidratt til en koherens i analyseprosessen ved at det ble samarbeidet om identifisering og den endelige defineringen av hovedtemaene. Datainnholdet var rikt i betydningen nyansert og innholdsmettet, og jeg har brukt mye tid på analysearbeidet, selv med få informanter.

Utvalget var strategisk for å få svar på problemstillingen. Det var utfordrende å innhente informanter. Opprinnelig hadde jeg et ønske om å inkludere 5-7 saksbehandlere. Utfordringen lå i å finne tilstrekkelig antall informanter som ønsket å delta i prosjektet. I den første

kontakten med en av kommunene fikk jeg beskjed om at saksbehandlerne ikke hadde noe med tilrettelegging av fysisk aktivitet å gjøre, og at saksbehandlere ikke var de riktige personene å stille spørsmål om fysisk aktivitet til. Jeg informerte lederen om at jeg likevel ønsket å sende informasjon for å vurdere om det var mulig å ta kontakt med saksbehandlerne. Forespørselen ble godtatt av lederen, men kun én ønsket å delta. Begrunnelsen var at saksbehandleren selv hadde skrevet en master og forsto at det var vanskelig å få tak i deltakere. Videre var to av informantene fra samme kommune. Å inkludere saksbehandlere fra fire ulike kommuner kunne bidratt til å øke variasjonen og mangfoldet i perspektiver og erfaringer knyttet til problemstillingen. Informantene var kun kvinner og det er vanskelig å si hvordan det påvirket resultatet. De hadde ulik utdannelse og erfaringsgrunnlag, noe som sannsynligvis påvirket resultatet.

Ifølge Braun og Clarke skal temaene være analytiske utdrag fra kodene og ikke noe som dukker opp (2022, s. 9). I tematisk analyse utvikles temaer vanligvis tidlig i prosessen, noen ganger før eller rett etter at man har blitt kjent med dataene gjennom den første intuitive fasen. I analysearbeidet i oppgaven skjedde dette ved at det dukket opp temaer som innganger snarere enn resultater, se punkt 3.7 Trinn 1. De anses som skjulte elementer i dataene, klare til å bli oppdaget. Disse temaene blir ofte sett på som dataelementer heller enn meningsbaserte temaer som er analytiske utdrag fra koder. Jeg gjennomførte kodingen alene, men ble veiledet i hvordan en kode kunne se ut. Ved å kode datamaterialet manuelt ble jeg godt kjent med det. Jeg hadde ca. 400 koder. Årsaken kan være at jeg ikke har kodet før, og var opptatt av å ikke gå glipp av noe som kunne være meningsfylt. Jeg la kodene foran meg, dette bidro til å raskt se sammenhengen i overgangen fra koding til temaer. Tankekart ble laget underveis i prosessen som bidro til å få en bred oversikt over temaene, sammenkoble og organisere tankene mine på en strukturert måte. Jeg fikk god veiledning i utvikling av temaer. Temaene skulle være forankret i en ide og bli en historie, ikke et sammendrag (Braun & Clarke, 2022, s. 9). Jeg samarbeidet tett med veilederen min i analyseprosessen og sammen landet vi hovedfunnene.

Analysen er alltid underbygget av teoretiske forutsetninger (Braun & Clarke, 2022, s. 9). Disse forutsetningene skal anerkjennes, og reflekteres over, se punkt 1.6 om forforståelse. Ifølge Braun og Clarke blir den teoretiske fleksibiliteten til refleksiv tematisk analyse ofte forvekslet med teoretisk nøytralitet (2022, s. 8-9). En forsker har alltid teoretiske antakelser om hvordan kunnskap best produseres, og dette er assosiert med kvalitative paradigmer. I denne oppgaven ble en sosialkonstruktivistisk tilnærming benyttet, noe som tilsa at en ren induktiv tilnærming var umulig. Det som gjorde at tilnærmingen like fullt ble beskrevet som

induktiv var at den var orientert mot det å få frem informantenes stemme. Mine antakelser og forforståelse var med i analysen. Jeg har prøvd meg frem og vært åpen for å forstå materialet i lys av ulike teorier. Det har vært spennende, vanskelig og krevende fordi jeg har måtte sette meg inn i stoff jeg ikke har hatt kjennskap til tidligere. Det har vært lærerikt og jeg har vært motivert under prosessen.

Siden vurdering av overførbarhet bygger på andre prinsipper enn utvalgte omfang, vil overførbarheten ikke øke proporsjonalt med antall individer i materialet (Malterud, 2017, s. 63). Braun og Clarke omtaler tematisk analyse som en måte å overføre kunnskap (Braun & Clarke, 2006). Funnene i denne masteroppgaven kan være relevante for saksbehandlere i tilsvarende rolle i andre kommuner, og da særlig i forhold til om de er gjenkjennbare eller ikke. Videre kan det sosiologiske perspektivet og kunnskap om bakkebyråkrater samt kunnskap om fysisk aktivitet og psykisk helse være av interesse med tanke på å forstå saksbehandlers komplekse rolle, ansvar og utfordringer bedre.

Som masterstudent er dette første gang jeg har gjennomført en refleksiv tematisk analyse, noe som har vært en utfordrende og tidkrevende prosess. Braun og Clarke erkjenner at metoden ikke er en enkel oppgave, samtidig bemerker de at det fortsatt er utfordringer og misforståelser knyttet til hvordan refleksiv tematisk analyse praktiseres og forstås (2019, s. 589). Deres metode har vært svært veiledende, noe som har gitt trygghet, samtidig har det også vært en kilde til bekymring for å unngå feil og sikre riktig anvendelse av deres metode. Jeg har vært opptatt av å gjennomføre et gjennomsiktig analysearbeid, som forhåpentligvis har medført at det fremstår som transparent. Jeg hadde mulighet til å levere masteroppgaven 2. mai, men sammen med veilederen min valgte jeg å levere oppgaven 2. november. På den måten fikk jeg mer tid til å til å sette meg inn i kunnskap om bakkebyråkrater i offentlig sektor.

6.0 Konklusjon

Denne masteroppgaven har undersøkt hvordan saksbehandlere i helse- og omsorgstjenesten opplever sin rolle, med særlig vekt på kartlegging og tildeling av tiltak om fysisk aktivitet for de som søker om psykisk helsehjelp.

Informantene i denne studien erfarte sin rolle som saksbehandlere som kompleks og ansvarsfull. Deres rolle som bakkebyråkrater, innebærer å følge lovverket, gjøre vurderinger og innhente nødvendig informasjon. Skjønn ble brukt i ulik grad når det fattes enkeltvedtak som omhandler psykisk helsehjelp. Kunnskap om fysisk aktivitet og psykisk helse gir innsikt for hvordan og hvorfor fysisk aktivitet skal integreres i tjenester for psykisk helsehjelp. Det er nødvendig med en vid definisjon av fysisk aktivitet som favner bredt, noe som også informantene understreket. Samtidig medførte muligens bruken av ordet aktivitet at kunnskapsområdet om fysisk aktivitet kom litt i bakgrunnen, og dermed også muligheter for tverrfaglig samarbeid om tiltak. Økonomiske begrensninger og ressursmangel ble også trukket frem som betydningsfulle barrierer for å kunne tilby fysisk aktivitet som en integrert del av tjenestetilbudet. Informantene forsto sin rolle som aktiv i forhold til både bruker og utfører. Informantene tildelte ikke vedtak om spesifikke tiltak for fysisk aktivitet, men delegerte ansvaret for oppfølging av tilpasset fysisk aktivitet til utførerne.

Saksbehandlere i kommunehelsetjenesten spiller en nøkkelrolle i å integrere fysisk aktivitet som en del av psykisk helsehjelp. Funnene peker på behovet for tydeligere retningslinjer og økt kompetanse blant helsepersonell. Samtidig understrekes betydningen av sosiologi som teoretisk rammeverk og tverrfaglig samarbeid i folkehelsearbeidet, hvor målet er å fremme trivsel og mestring for en mangfoldig brukergruppe. I lys av forskning og kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, bør fysisk aktivitet bli en tydelig del av lovverket. Dette vil gi saksbehandlere et klarere mandat og rammeverk for å integrere fysisk aktivitet i tildeling av tjenester. Slik kan vi styrke det psykiske helsearbeidet på kommunalt nivå og gi bedre helsetjenester. Forskning bør i fremtiden rette seg mot hvordan best implementere fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten.

7.0 Referanseliste (Zotero)

- Bahr, R. (2020). Fysisk aktivitet. I *Store medisinske leksikon*. http://sml.snø.no/fysisk_aktivitet
- Bahr, R., Karlsson, J., & Norge Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Bengt Karlsson, & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Braun, V., & Clarke, V. (u.å.). www.thematicanalysis.net
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?* 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology (Washington, D.C.)*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Breidablik, H. J., Hufthammer, K. O., Rangul, V., Andersen, J. R., Meland, E., Hetlevik, Ø., & Vie, T. L. (2023b). Lower levels of physical activity volume are beneficial, and it's never too late to start: Results from the HUNT Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/14034948231162729>
- Carlsson, K. S., & Brommels, M. (2022). Integrated Health and Social Services for People With Chronic Mental Health Problems: People Are More Important Than Processes. Insights From a Multiple Case Study in Swedish Psychiatry. *Frontiers in Public Health*, 10, 845201–845201. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.845201>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018a). Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: A cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
- Dalene, K. E., Nystad, W., & Ekelund, U. (2019, desember 11). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. Folkehelseinstituttet. www.fhi.no
- Danielsen, K. K. (2021). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. *Oppsummering nr 24*. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no>
- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., Whincup, P., Diaz, K. M., Hooker, S. P., Chernofsky, A., Larson, M. G., Spartano, N., Vasani, R. S., Dohrn, I.-M., Hagströmer, M., Edwardson, C., Yates, T., Shiroma, E., Anderssen, S. A., & Lee, I.-M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: Systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ (Online)*, 366, 14570-. <https://doi.org/10.1136/bmj.14570>

- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 116–126.
<https://doi.org/10.1111/inm.12217>
- Folkehelseinstituttet. (2023, august 17). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelse rapporten. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningsaker (LOV-1967-02-10)*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no>
- Handlingsplan for fysisk aktivitet. (2020). *Sammen om aktive liv*. departementene. <https://www.regjeringen.no>
- Haseler, C., Crooke, R., & Haseler, T. (2019). Promoting physical activity to patients. *BMJ*, 366, 15230. <https://doi.org/10.1136/bmj.15230>
- Helgadóttir, B., Forsell, Y., & Ekblom, Ö. (2015). Physical Activity Patterns of People Affected by Depressive and Anxiety Disorders as Measured by Accelerometers: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 10(1), e0115894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115894>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a, oktober 11). *Omsorgstjenesten* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b, november 8). *Regjeringen satser på psykisk helse* [Nyhet]. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet,. (2023, februar 6). *Psykisk helse og livskvalitet* [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (IS-2314)*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Veileder for saksbehandling—Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2016b, mars 17). *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Mestring, samhörighet og håp)*. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2017, februar 22). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2018, juni 25). *Støttekontakt*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2019, april 29). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2021, desember 13). *Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Helsenorge. (2022, mars 7). *Hva er psykisk helse?* <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Helsetilsynet. (2017). *Rett til sosial, psykologisk og medisinsk habilitering og rehabilitering.* <https://www.helsetilsynet.no>
- Hjelle, O. P. (2018). *Sterk hjerne med aktiv kropp.* Kagge. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021113048067
- Hummelvoll, J. K. (2008). Ethiske problemstillinger i handlingsorientert forsknings samarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 131–142. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-05>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lipsky, M. (2010). *Street- Level Bureaucracy.* Russell Sage Foundation.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Martinsen, E. W., Borge, L., Moe, T., & Johannessen, B. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforl.
- Meld. St. 15 (2022-2023). (2022). *Folkehelsemeldinga, Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 23 (2022–2023). (2023). *Opptappingsplan for psykisk helse.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no>
- Méndez-Aguado, C., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. M., & Lirola, M. J. (2023). Benefits, Facilitators and Barrier Reductions in Physical Activity Programmes for People with Severe Mental Disorder: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(9), Artikkel 9. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091215>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Omsorgsdepartementet, H. (2015). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.* <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2594935>
- Omsorgsdepartementet, H. (2014, mai 9). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse) Prop. 86 L (2013–2014) 4. Gjeldende rett* [Proposisjon]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-86-L-20132014/id758644/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
- Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor: Innover eller bli innover.* Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215046235-2021>
- Skirbekk, S., Kjølørød, L., & Tjora, A. (2023). Sosiologi. I *Store norske leksikon.* <https://snl.no/sosiologi>
- Sørensen, M., Bentzen, M., & Farholm, A. (2020). Lessons Learned From a Physical Activity Intervention in Psychiatric Treatment: Patient, Staff, and Leader Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 87–87. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00087>
- Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Thørrisen, M. M., Nordli, H., Fekete, O. R., & Bonsaksen, T. (2018). Systematisk måling av brukererfaringer blant medlemmer på klubbhus for psykososial rehabilitering: En psykometrisk vurdering. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(1), 50–61. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-07>

- Tjora, A. (2013). Fra sosiologiens tidsskrift til tidsskriftets sosiologi. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(1), 107–119. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2013-01-07>
- Tranøy, K. E. (2022). Metode. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/metode>
- Vi bærer psykisk helsearbeid videre. (2008a). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98–103. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541–556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all* (978-92-4-004933–8). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Zacka, B. (2017). *When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency*. Harvard University Press. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hilhmr-ebooks/detail.action?docID=5215389>
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud?: En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandlersoversettelse fra behov til vedtak. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 27–39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervju guide

Vedlegg 2: Godkjenning NSD

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Godkjenninger til å gjennomføre prosjektet. Samlet kopi fra Lokalt Etisk forbund og ledere fra Tjenestekontorene i de aktuelle kommunene

Vedlegg 5: Bilde fra koding

Vedlegg 6: Bilde fra analysen

Vedlegg 1:

Intervju guide 2022

«Hvordan forstår, vurderer og beslutter saksbehandlere på tjenestekontoret i kommuner fysisk aktivitet for brukere som mottar psykisk helsehjelp?»

Kjønn:

Alder:

Innledning: Bakgrunn spørsmål:

Hvilken utdanning har du? En demografisk informasjon?

Hvilken arbeidserfaring har du som saksbehandler?

Hva er din stilling?

Hvor lenge har du jobbet der?

Spørsmål:

1. Hvordan forstår du din rolle som saksbehandler?
2. Hva anser du som særlig viktig ved din rolle?
3. Hvordan er helse- og omsorgstjenesten organisert i din kommune og hvem er med i kartleggingen når tjenesten om psykiske helsehjelp tildeles?
4. Hvordan forstår du ordet aktivitet i forhold til din rolle?
5. Hvordan forstår og vurderer du fysisk aktivitet og hvordan inngår det som en del av saksbehandlingen?
6. I en kartleggingsprosess der det skal fattes et vedtak om psykisk helsehjelp, hvordan forholder du deg til opplysninger om anbefalt fysisk aktivitet?
7. Hva skjer når tjenestekontoret mottar en henvisning. Kan du beskrive stegene frem til vedtaket blir fattet og hvordan fysisk aktivitet er en del av denne prosessen?
8. Hvordan tar dere avgjørelsen når det skal fattes et vedtak?
9. Hvilke muligheter ser du for en styrking av fysisk aktivitet i din kommune? Hvilke barrierer ser du?
10. Er det noe du vil tilføye til slutt?



[Meldeskjema](#) / [Forståelse av implementering av fysisk aktivitet i kommunehelsetjen...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
234588

Vurderingstype
Standard

Dato
16.08.2022

Prosjekttittel

Forståelse av implementering av fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten for de som mottar psykisk helsehjelp.

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Sigrid Helene Kjørven Haug

Student

Eileen Sørli

Prosjektperiode

15.09.2022 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

FORUTSETNINGER FOR VURDERINGEN

Vi legger til grunn at behandlingen av personopplysninger avsluttes 31.12.2024, og forutsetter at informasjonsskrivet revideres for å gjenspeile dette. Det må videre tilføres kontaktopplysninger til Høgskolens personvernombud, Usman Asghar.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2024.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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

Personverntjenester 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).

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløseleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss 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/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i studien

Forståelse av implementering av fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten for de som mottar psykisk helsehjelp.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å få en bedre forståelse av hvordan fysisk aktivitet er implementert i psykisk helsetjeneste i din kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er en masteroppgave ved Høgskolen i Innlandet. Hensikten med studien er å få en forståelse av hvordan du som saksbehandler tildeler tiltaket fysisk aktivitet til brukere av psykisk helsetjeneste i din kommune. En overordnet målsetting er at denne kunnskapen skal bidra til positiv utvikling hvor tilrettelegging av fysisk aktivitet inngår som en del av tilbudet psykisk helsehjelp.

Studiens problemstilling er følgende: «Hvordan forstår, vurderer og beslutter saksbehandlere på tjenestekontoret i kommuner fysisk aktivitet for brukere som mottar psykisk helsehjelp».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet avdeling Elverum er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er forespurt om å delta i studien fordi du jobber som saksbehandler i en kommune som tildeler tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Leder på tjenestekontoret i din kommune og lokal etisk komite har godkjent at du forespørres. Det er to til tre kommuner med til sammen fem til syv informanter som er inkludert i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta vil det bli gjort avtale med deg om et intervju. Varigheten av intervjuet vil være ca. 30-45 minutter. Intervjuet vil bli gjennomført på et egnet sted, gjerne på din arbeidsplass. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, skrevet ned og lagret på en eget sikker datasky. Intervjuguiden som vil bli benyttet inneholder ca. 10 spørsmål. Et eksempel på et spørsmål er: «Hvordan forstår og vurderer du fysisk aktivitet og hvordan inngår det som en del av saksbehandlingen?»

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg i tråd med formålene vi har beskrevet i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som masterstudent og veileder ved Høgskolen i Innlandet som har tilgang til opplysningene fra intervjuet. Navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres innlåst på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Videre vil dine opplysninger bli lagret på en egen sikker datasky ved Høgskolen Innlandet, som er passordbeskyttet. Dette gjelder både lydfil og skriftlige svar fra intervjuet. Det som kan identifisere deg blir slettet eller endret. Taushetsplikten gjelder når det gjelder deling av informasjon. Den skal inneholde anonyme beskrivelser av mer generelle erfaringer. Student

Eileen Sørli vil gjennomføre intervjuet og transkribere data. Data vil videre bearbeides sammen med veileder Sigrid Helene Kjørven Haug. Ingen andre personer vil ha tilgang til dine opplysninger. Deltakerne som intervjues vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven eller andre publikasjoner (eks fagessey, presentasjoner) som springer ut fra denne.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Arbeidet med masteroppgaven vil etter planen avsluttes i mai 2023. Teksten i masteroppgaven vil være anonymisert, analysert og omarbeidet slik at det ikke kan spores tilbake til deg. Det lagrede, aidentifiserte datamaterialet i tekstform og lydfil vil bli slettet etter godkjent sensur på masteroppgaven, som etter planen er 31.12.24. Det samme vil gjelde for navnelisten.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen i Innlandet- Institutt for helse- og sykepleievitenskap, har Personverntjenester 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:

- *Høyskolen i Innlandet* ved *Førsteamanuensis Sigrid Helene Kjørven Haug* eller *undertegnende Eileen Sørli*.
- Høyskolens personvernombud: *Usman Asghar*, usman.asghar@inn.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på Tlf: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Student
Eileen Sørli
eilsoer@online.no
Tlf 91711796

Prosjektansvarlig
Sigrid Helene Kjørven Haug
Sigrid.haug@inn.no
Tlf 90893165
Førsteamanuensis
Avdeling for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Forståelse av implementering av fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten for de som mottar psykisk helsehjelp**»

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4:

04.09.2023, 20:57

E-post – Eileen Sørli Kjøseth – Outlook

Godkjenning 1.

har ikke etisk komite. svar

Eileen Sørli Kjøseth <eileen.sorlie.kjolseth@faerder.kommune.no>

lø. 29.10.2022 16:58

Til: eilsoer@online.no <eilsoer@online.no>

Fra

Sendt: torsdag 18. august 2022 11:07

Til: Eileen Sørli <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>

Kopi:

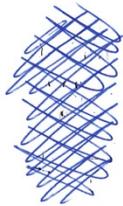
Emne: SV: Masterprosjekt. Eileen Sørli

Hei,

Vi har nok ikke en fast etisk komite som godkjenner forskningsprosjekter (selv om etikk er an av «hovedpilarene» for kommunens virksomhet, og ofte på agendaen).

Jeg tar med kommunalsjef og spesialrådgiver på kopi, som mulig kan godkjenne og/eller «ta det videre».

Jeg/vi har vært intervjuobjekter tidligere, og har nok da lest og godkjent «rammen» uten å ta dette videre opp sentralt.



Enhetsleder Helse- og boligservice

[Følg oss på Facebook](#)

Fra: Eileen Sørli <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>

Sendt: torsdag 18. august 2022 10:58

Til:

Kopi: eilsoer@online.no

Emne: SV: Masterprosjekt. Eileen Sørli

Hei

Hvis det er mulig ønsker jeg å sende informasjon om prosjektet til deres Lokale etiske forbund, og etterspørre en godkjenning fra de. Har dere en slik komite?

Hvis ikke, har dere en kontaktperson i kommunen som tidligere har godkjent masterprosjekter?

Mvh Eileen Sørli

Fra: Eileen Sørli

Sendt: torsdag 9. juni 2022 09:24

Til:

Kopi:

2>;

<https://outlook.office.com/mail/id/AAQkADk5NjAwYTIhLTA0YTctNDUzYS1hMTU2LTIIMWIwMmNjNWE1YwAQAP3S3%2BbdokdZi%2BgGipYcbg...> 1/3

Emne: SV: Masterprosjekt. Eileen Sørle

Takk for respons. Jeg er inne i flere kommuner så hvis to stykker ønsker å delta hadde det vært kjempefint.

Vi snakkes!

Fra:

Sendt: torsdag 9. juni 2022 07:57

Til: Eileen Sørle <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>

Kopi:

Emne: SV: Masterprosjekt. Eileen Sørle

Hei,

Dette er et spennende tema! Vi snakker ofte og senest for noen dager siden (med en av saksbehandlerne) om viktigheten av fysisk aktivitet i oppfølgingen av pasienter som mottar psykisk helsehjelp.

Jeg mener at vi systematisk skal sidestille fysisk aktivitet, med et minimum at de som mottar tjenester skal ha som mål og tiltak **å gå en tur hver dag** (eget ansvar), i tillegg til annen oppfølging.

Jeg tror ikke at vi systematisk har dette med i vedtakene våre, men min innstilling er at vi burde dette.

Jeg setter på kopi, de saksbehandlerne som har flest saker rettet mot psykisk helse og/eller jobber med fagutvikling. Du kan kontakte disse og gjøre en avtale.

Vår enhet er p.t. i en ressursmessig litt utfordrende situasjon (opplæring av nye + permisjon osv.), så fint om det ikke nødvendigvis er behov for å gjøre avtale med alle, og at det gjøres litt raskt og effektivt ☺

Vi snakkes!

Tif

Fra: Eileen Sørle [<mailto:eileen.sorlie@faerder.kommune.no>]

Sendt: 8. juni 2022 11:39

Til:

Emne: Masterprosjekt. Eileen Sørle

Hei

Stemmer det at jeg har kommet til riktig person: Ønsker kontakt med lederen for Saksbehandlerne kommune som fatter vedtak om psykisk helsehjelp.

Mitt navn er Eileen Sørle, jeg jobber i Ambulant team psykisk helse og rus i Færder kommune. Jeg er nå inne i et masterløp i Psykisk helsearbeid på Høyskolen i Innlandet.

04.09.2023, 20:57

E-post – Eileen Sørli Kjøseth – Outlook

I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å se nærmere på saksbehandlerens forståelse og vurderinger av fysisk aktivitet når det fattes enkeltvedtak om psykisk helsehjelp for voksne etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Det vil gjennomføres intervjuer.

Jeg ønsker å spørre deg om lov til å kontakte saksbehandlere som jobber hos deg.

Kontakt meg gjerne på tlf 91711796 hvis du har noen spørsmål.

Mvh Eileen Sørli

~

Godkjenning 2

godkjenning fra sjef [REDACTED]

Eileen Sørli Kjøseth <eileen.sorlie.kjolseth@faerder.kommune.no>

lø. 29.10.2022 16:56

Til: eilsoer@online.no <eilsoer@online.no>

Fra: Eileen Sørli**Sendt:** fredag 10. juni 2022 10:16**Til:** [REDACTED]**Emne:** SV: Masterprosjekt

Hei.

Så bra! Tusen takk. Jeg kontakter deg i august/september. Intervjuet kan være der du måtte ønske.

Overtar gjerne diktafonen, har enda ikke undersøkt hvor jeg kan få tak i det. Takk!

God sommer ☺

Fra: [REDACTED]**Sendt:** fredag 10. juni 2022 09:25**Til:** Eileen Sørli <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>**Emne:** SV: Masterprosjekt

Hei

Jeg kan godt bli intervjuet. Supert om det kan gjøres hos oss på vårt kontor [REDACTED] Er litt travle tider. ;)

Jeg har tatt master selv, så diktafon kan du overta fra meg dersom du ikke har fra tør.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
Saksbehandler

Virksomhet tildeling av helse og omsorgstjenester

Telefon: [REDACTED]

[www.\[REDACTED\].no](http://www.[REDACTED].no)

Fra: [REDACTED]**Sendt:** onsdag 8. juni 2022 14:22**Til:** [REDACTED]**Om:** [REDACTED]**Emne:** [REDACTED]

Hei

Jeg har i dag blitt kontaktet av Eileen Sørli som ønsker å komme i kontakte med de av dere saksbehandlere som ønsker å bli intervjuet

I forhold til hennes masteroppgave som beskrevet i mailen under her.

Dette er frivillig og kun en forespørsel om noen her vi delta. De av dere som evt ønsker å delta kan selv ta kontakt med henne på telefon. Se mail under.

Dette til informasjon
Med vennlig hilsen

Tjenesteleder, virksomhet tildeling av helse og omsorgstjenester



Fra: Eileen Sørlie <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>

Sendt: onsdag 8. juni 2022 17:17

Til:  <[\[redacted\]](mailto:)>

Emne: Masterprosjekt

Hei 

Mitt navn er Eileen Sørlie, jeg jobber i Ambulant team psykisk helse og rus i Færder kommune. Jeg er nå inne i et masterløp i Psykisk helsearbeid på Høyskolen i Innlandet.

Tema for min masteroppgave: Forståelse av implementering av fysisk aktivitet i kommunehelsetjenesten for de som mottar psykiske helsehjelp.

Opgavens problemstilling: Hvordan forstår, vurderer og beslutter saksbehandlere på tjenestekontoret i kommuner fysisk aktivitet for brukere som mottar psykisk helsehjelp.

Det vil gjennomføres individuelle intervjuer.

Et informasjonsbrev og samtykke vil bli sendt ut til de som evt ønsker å delta.

Mvh Eileen Sørlie
Tlf 91711796

Godkjenning 3.

SV: Masterprosjekt, Eileen Sørle

ma. 12.08.2022 14:27

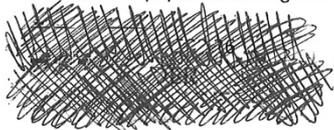
Til: Eileen Sørle Kjøseth <eileen.sorlie.kjolseth@faerder.kommune.no>

Hei

Etikkrådet har i dag gjennomgått prosjektbeskrivelse, intervjuguiden og informasjonsskrivet du har sendt i forbindelse med din masteroppgave.

Du skriver at anonymitet vil bli ivaretatt. Da grunnlagsmaterieell vil være såpass lite/ relativt få informanter vil vi forsikre oss om at kommunenavn ikke oppgis, mtp anonymisering.

Virksomhetsleder
Tjeneste for psykisk helse og rus



Fra: Eileen Sørle <eileen.sorlie@faerder.kommune.no>

Sendt: torsdag 18. august 2022 10:14

Til: Etikkråd

Kopi:

Emne: Masterprosjekt, Eileen Sørle

Til
Lokal etisk komite, kommune

I forbindelse med min masteroppgave ved Høyskolen i Innlandet søker jeg godkjenning fra dere til å gjennomføre prosjektet i

Formålet med studien er å få en forståelse av hvordan saksbehandlere tildeler tiltaket fysisk aktivitet til brukere av psykisk helsetjeneste. En overordnet målsetting er at denne kunnskapen skal bidra til positiv utvikling hvor tilrettelegging av fysisk aktivitet inngår som en del av tilbudet psykisk helsehjelp.

I denne mailen har jeg lagt ved Prosjektbeskrivelsen, Intervjuguiden og informasjonsskrivet som sendes til de aktuelle.

Håper på en raskt tilbakemelding fra dere.

For spørsmål: Ta gjerne kontakt på e-post eller telefon
Tlf: 91711796

Med vennlig hilsen

Eileen Sørle

Miljøterapeut

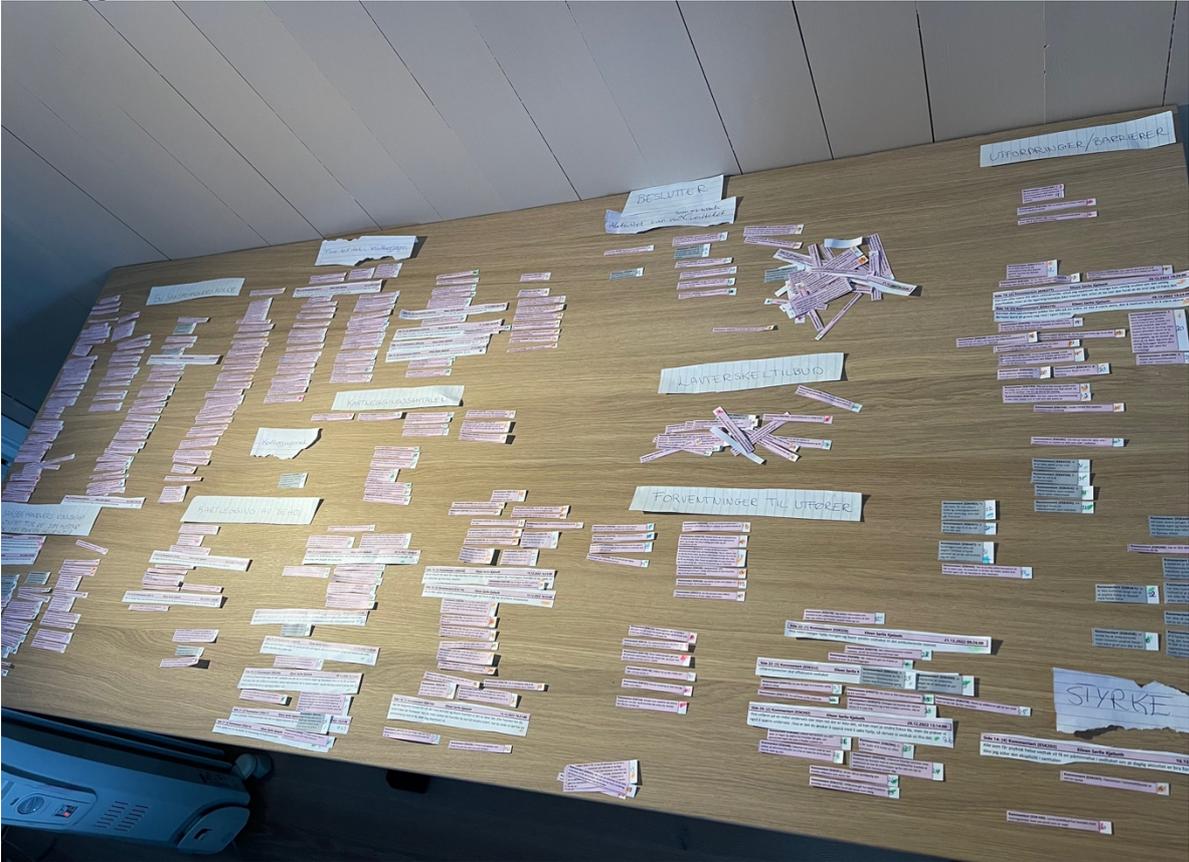
Ambulant team psykisk helse og rus, Lysakerveien 1.

Tlf: 481 79 701 \ 974 32 663

www.færder.kommune.no



Vedlegg 5:



Vedlegg 6:

KARTLEGGJE INNVENJTE WFO Videre sende

ULIKE RAMMER FOR SAKSBEHANDLINGEN

SAKSBEHANDLERS ANSVAR

Klient med tilbud i kommunen

Veilede

Stor ansvar

Å se det fulle bilde

Et enkelt tilbud

En koordinat rolle

Ansvar og sørge for

Hva passer seg etter behov

Ivaretagelse

Førsteinntrykk

Ullmet net forhold til brukere

Ves tid på behandling

Kartlegge ut ifra informasjon

Comment cards (examples):

- Kommentert [ESK162]: I min rolle ønsker jeg det er viktig å informere så folk ikke trenger å gå en runde rundt i et system når de henvender seg en stund, så blir de bare kastet rundt bløtt. Det gjør folk frustrerte og gjør problemet ofte større.
- Kommentert [ESK163]: Vi kan henvend til leveringsbilletten som har egne nettsider.
- Kommentert [ESK164]: Jeg har en veiledningspakt i forhold til de jeg møter.
- Kommentert [ESK165]: Hvis brukerne har vanskeligheter med å navigere seg på nett eller jeg hvordan er du til å navigere seg på nett.
- Kommentert [ESK166]: Jeg tror det viktigste i rollen min er at jeg får folk til å forstå hvordan faktisk ting er og hvor man kan henvende seg for å få det man trenger.
- Kommentert [ESK167]: På en kartleggingsreise forteller jeg brukeren hvordan kommunen er organisert.
- Kommentert [ESK168]: Informasjon blir videreført til der det trengs.
- Kommentert [ESK169]: Informasjon bruker hva slags tilbud vi har i kommunen så man kan benytte seg av det og som man kan ta kontakt med.
- Kommentert [ESK170]: Vi gir god informasjon.
- Kommentert [ESK171]: Min rolle som saksbehandler altså mitt ansvar er å gi informasjon til brukerne.
- Kommentert [ESK172]: Jeg skal sørge for at de som får tjenester og innvilget tjenester at de blir gjennomført.
- Kommentert [ESK173]: Jeg tenker det er særlig viktig det med hvordan informasjonen gir til de som kommer å henvender seg.
- Kommentert [ESK174]: Jeg tenker det er viktigste for finne ut tilbud?
- Kommentert [ESK175]: Jeg har veiledningspakt.
- Kommentert [ESK176]: Viktig i min rolle å ha oversikt.
- Kommentert [ESK177]: Informere om hvilke tjenester vi har som de eventuelt de kan få igjen fra.
- Kommentert [ESK178]: Gi informasjon om både rettigheter og ulike tilbud som kommunen har.
- Kommentert [ESK179]: Jeg skal kartlegge behov og innvilge tjenester.
- Kommentert [ESK180]: Min rolle er å veilede de inn i kommunens tilbud.
- Kommentert [ESK181]: Jeg kan informere om hvilke leveringsbilletten som finnes og kan gjøre folk litt selvhjelpen i å henvende seg når de trenger det.
- Kommentert [ESK182]: Det er klart at det blir jo noen kløne bobler, og mange vedtak er jo relativt like sånn sett, for det er en del av de vedtakene vi har som er basert på hva som har vært seg i andre kommuner over tid og har effekt.
- Kommentert [ESK183]: Gi informasjon i forhold til hvilke rettigheter de har.
- Kommentert [ESK184]: For å kartlegge behov og innvilge tjenester.
- Kommentert [ESK185]: Vi kan henvend til leveringsbilletten som har egne nettsider.
- Kommentert [ESK186]: Jeg har en veiledningspakt i forhold til de jeg møter.
- Kommentert [ESK187]: Hvis brukerne har vanskeligheter med å navigere seg på nett eller jeg hvordan er du til å navigere seg på nett.
- Kommentert [ESK188]: På en kartleggingsreise forteller jeg brukeren hvordan kommunen er organisert.
- Kommentert [ESK189]: Informasjon blir videreført til der det trengs.
- Kommentert [ESK190]: Informasjon bruker hva slags tilbud vi har i kommunen så man kan benytte seg av det og som man kan ta kontakt med.
- Kommentert [ESK191]: Vi gir god informasjon.
- Kommentert [ESK192]: Min rolle som saksbehandler altså mitt ansvar er å gi informasjon til brukerne.
- Kommentert [ESK193]: Jeg skal sørge for at de som får tjenester og innvilget tjenester at de blir gjennomført.
- Kommentert [ESK194]: Jeg tenker det er særlig viktig det med hvordan informasjonen gir til de som kommer å henvender seg.
- Kommentert [ESK195]: Jeg tenker det er viktigste for finne ut tilbud?
- Kommentert [ESK196]: Jeg har veiledningspakt.
- Kommentert [ESK197]: Viktig i min rolle å ha oversikt.
- Kommentert [ESK198]: Informere om hvilke tjenester vi har som de eventuelt de kan få igjen fra.
- Kommentert [ESK199]: Gi informasjon om både rettigheter og ulike tilbud som kommunen har.
- Kommentert [ESK200]: Jeg skal kartlegge behov og innvilge tjenester.
- Kommentert [ESK201]: Min rolle er å veilede de inn i kommunens tilbud.
- Kommentert [ESK202]: Jeg kan informere om hvilke leveringsbilletten som finnes og kan gjøre folk litt selvhjelpen i å henvende seg når de trenger det.
- Kommentert [ESK203]: Det er klart at det blir jo noen kløne bobler, og mange vedtak er jo relativt like sånn sett, for det er en del av de vedtakene vi har som er basert på hva som har vært seg i andre kommuner over tid og har effekt.
- Kommentert [ESK204]: Gi informasjon i forhold til hvilke rettigheter de har.
- Kommentert [ESK205]: For å kartlegge behov og innvilge tjenester.
- Kommentert [ESK206]: Vi kan henvend til leveringsbilletten som har egne nettsider.
- Kommentert [ESK207]: Jeg har en veiledningspakt i forhold til de jeg møter.
- Kommentert [ESK208]: Hvis brukerne har vanskeligheter med å navigere seg på nett eller jeg hvordan er du til å navigere seg på nett.
- Kommentert [ESK209]: På en kartleggingsreise forteller jeg brukeren hvordan kommunen er organisert.
- Kommentert [ESK210]: Informasjon blir videreført til der det trengs.
- Kommentert [ESK211]: Informasjon bruker hva slags tilbud vi har i kommunen så man kan benytte seg av det og som man kan ta kontakt med.
- Kommentert [ESK212]: Vi gir god informasjon.
- Kommentert [ESK213]: Min rolle som saksbehandler altså mitt ansvar er å gi informasjon til brukerne.
- Kommentert [ESK214]: Jeg skal sørge for at de som får tjenester og innvilget tjenester at de blir gjennomført.
- Kommentert [ESK215]: Jeg tenker det er særlig viktig det med hvordan informasjonen gir til de som kommer å henvender seg.
- Kommentert [ESK216]: Jeg tenker det er viktigste for finne ut tilbud?
- Kommentert [ESK217]: Jeg har veiledningspakt.
- Kommentert [ESK218]: Viktig i min rolle å ha oversikt.
- Kommentert [ESK219]: Informere om hvilke tjenester vi har som de eventuelt de kan få igjen fra.
- Kommentert [ESK220]: Gi informasjon om både rettigheter og ulike tilbud som kommunen har.
- Kommentert [ESK221]: Jeg skal kartlegge behov og innvilge tjenester.
- Kommentert [ESK222]: Min rolle er å veilede de inn i kommunens tilbud.
- Kommentert [ESK223]: Jeg kan informere om hvilke leveringsbilletten som finnes og kan gjøre folk litt selvhjelpen i å henvende seg når de trenger det.
- Kommentert [ESK224]: Det er klart at det blir jo noen kløne bobler, og mange vedtak er jo relativt like sånn sett, for det er en del av de vedtakene vi har som er basert på hva som har vært seg i andre kommuner over tid og har effekt.
- Kommentert [ESK225]: Gi informasjon i forhold til hvilke rettigheter de har.