

Sammendrag

Denne kvalitative studien handler om et lavterskeltilbud til mennesker med langvarige psykiske plager som har behov for mening i hverdagen. Treffstedene i Trondheim er et slikt tilbud hvor mennesker med psykiske plager kan få en mer meningsfull hverdag og bedre helse. Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan ansatte på treffstedene selv opplever at de kan jobbe for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag og bedre helse. I denne studien ble data hentet inn gjennom seks semistrukturerte individuelle intervju med ansatte ved treffstedene i Trondheim. For å analysere datamaterialet ble den utforskende og beskrivende analysemetoden systematisk tekstkondensering brukt. Tre kategorier ble identifisert: grunnlaget for det videre arbeidet, aktivitet som arbeidsmetode på treffstedene og deltakerne bestemmer hva de ønsker å gjøre. Funnene fra denne studien indikerer at de ansatte selv opplever at arbeidet de gjør kan gi deltakerne en mer meningsfull hverdag og bedre helse. Informantene i denne studien var opptatt av å skape trygge og tillitsfulle relasjoner til deltakerne. De ansatte opplevde at både hverdagslige ting og konkrete aktiviteter kunne fremme helsen til deltakerne og gi dem en mer meningsfull hverdag. Videre peker funn fra denne studien på at de ansatte opplevde at meningsfulle aktiviteter kunne være viktig for deltakernes personlige bedringsprosess. De ansattes arbeidsmetoder ble preget av deres fokus på respekt for deltakerne og brukermedvirkning.

Abstract

This qualitative study focus on a low-threshold offer for people with long-term mental health issues, who need meaning in their everyday life. The 'meeting places' in Trondheim are a low-threshold offer. They can be an arena where people with mental health issues can get a more meaningful life and better health. The purpose of this thesis was to find out how employees at these centers experienced that their work could give the participants a more meaningful everyday life and better health. Data was collected through six semi-structured individual interviews with employees at the 'meeting places'. Systematic text condensation was used to analyze the collected data. From this, three categories emerged: the basis for their further work, activity as a way of working and the participants decide what they want to do. Findings from this study indicate that the employees experience that the work they do can give the participants a more meaningful everyday life and better health. The informants in this study wanted to create secure and trusting relationships with the participants at the centers. The employees experienced that both everyday things and concrete activities could enhance the participant's health and give them a life with more meaning. Furthermore, findings from this study indicate that the employees experienced that meaningful activities could be important for the participants' personal recovery process. The employees way of working were characterized by their focus on respect for the participants and user involvement.

Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en enormt lærerik prosess. Jeg føler jeg har lært mye og utviklet meg både faglig og personlig. Samtidig har det vært en lang og strevsom prosess, og de siste månedene har denne oppgaven preget store deler av livet mitt. Jeg er derfor veldig stolt over at jeg nå kan si at jeg har gjennomført en master i helsevitenskap.

Jeg ønsker å rette en stor takk til venner og familie for at dere har hatt troen på meg, gitt meg gode innspill og oppmuntret meg til å gjennomføre dette. Jeg ønsker også å takke alle i Intervallkollegiet for kveldsaktiviteter som har betydd mye for meg. Gjengen på lesesalen, takk for faglige diskusjoner, godt humør og fine stunder. Takk også til min samboer Marte som har vært veldig viktig for meg gjennom hele prosjektet. Jeg er glad for at vi skrev masteroppgavene våre samtidig.

Tusen takk til alle de ansatte ved treffstedene i Trondheim som tok seg tid til å delta i dette prosjektet. Jeg er veldig takknemlig for at dere ønsket å dele deres erfaringer av eget arbeid med meg. Til slutt ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder, Marit Solbjør. Du har vist interesse i oppgaven min, motivert meg og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosjektet.

Petter Berntsen

Trondheim, mai 2017

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------------|
| SAMMENDRAG | I |
| ABSTRACT | II |
| FORORD | III |
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 HVA ER PSYKISK HELSE? | 1 |
| 1.1.2 <i>Utviklingen av psykisk helsearbeid</i> | 2 |
| 1.1.3 <i>Psykiske lidelser og plager</i> | 4 |
| 1.2 GJELDENE LOVVERK, STYRINGSDOKUMENTER OG VEILEDERE PÅ OMRÅDET | 4 |
| 1.3 TREFFSTED – PSYKISK HELSE | 6 |
| 1.4 TIDLIGERE FORSKNING PÅ LAVTERSKELTILBUD | 7 |
| 1.4.1 <i>Forskning fra de ansatte sitt ståsted</i> | 8 |
| 1.4.2 <i>Forskning fra deltakernes ståsted</i> | 9 |
| 1.5 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING | 10 |
| 1.6 BEGREPSAVKLARINGER | 11 |
| 1.7 OPPGAVENS OPPBYGGING OG STRUKTUR | 12 |
| 2.0 TEORETISK RAMMEVERK | 13 |
| 2.1 HELSEFREMMENDE ARBEID | 13 |
| 2.1.1 <i>Likheter og ulikheter – helsefremming og forebygging som beslektede intervensjoner</i> | 14 |
| 2.2 BEDRINGSPROSESSER | 15 |
| 2.2.1 <i>Identitet</i> | 17 |
| 2.2.2 <i>Risiko og ansvar</i> | 18 |
| 2.2.3 <i>Et sosialt domene</i> | 18 |
| 2.2.4 <i>Makt og kontroll</i> | 19 |
| 2.2.5 <i>Håp og optimisme</i> | 19 |
| 2.2.6 <i>Tjenestetilbudets agenda</i> | 20 |
| 2.2.7 <i>Personlige bedringsprosesser- en meningsfull hverdag</i> | 20 |
| 2.3 ULIKE TEORIER MED LIKE MÅL | 21 |
| 2.4 AKTIVITET | 21 |
| 3.0 METODE | 23 |
| 3.1 KVALITATIV METODE..... | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 VITENSKAPSSYN | 24 |
| 3.2.1 <i>Fenomenologi</i> | 24 |
| 3.2.2 <i>Hermeneutikk</i> | 25 |
| 3.2.3 <i>Forforståelse</i> | 25 |
| 3.3 REKRUTTERING..... | 26 |
| 3.4 UTVALG | 27 |
| 3.5 UTFORMING AV INTERVJUGUIDE | 28 |
| 3.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJU | 29 |
| 3.7 TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE | 30 |
| 3.8 ANALYSE | 31 |
| 3.8.1 <i>Steg 1 – Få et helhetsinntrykk</i> | 33 |
| 3.8.2 <i>Steg 2 – Meningsbærende enheter</i> | 34 |
| 3.8.3 <i>Steg 3 – Kondensering</i> | 35 |
| 3.8.4 <i>Steg 4 - Sammenfatning</i> | 36 |
| 3.9 ETISKE VURDERINGER OG VALG..... | 37 |
| 3.10 RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET | 38 |
| 4.0 RESULTATER | 41 |
| 4.1 GRUNNLAGET FOR DET VIDERE ARBEIDET | 41 |
| 4.1.1 <i>Treffstedenes synlighet</i> | 41 |
| 4.1.2 <i>Gi deltakerne støtte og være tilgjengelig for brukergruppen</i> | 42 |
| 4.1.3 <i>Bygge et trygt nettverk rundt deltakerne</i> | 44 |
| 4.1.4 <i>Det handler om å vise respekt</i> | 47 |
| 4.2 AKTIVITET SOM ARBEIDSMETODE PÅ TREFFSTEDENE | 48 |
| 4.2.1 <i>Motivasjon for deltakelse</i> | 49 |
| 4.2.2 <i>Mestring</i> | 50 |
| 4.2.3 <i>Aktivitet er helsefremmende</i> | 54 |
| 4.3 DELTAKERNE BESTEMMER HVA DE ØNSKER Å GJØRE | 58 |
| 4.3.1 <i>Fokus på deltakernes ressurser</i> | 58 |
| 4.3.2 <i>Jobbe mot deltakernes mål</i> | 60 |
| 4.3.3 <i>La deltakerne styre sin egen hverdag</i> | 61 |
| 5.0 DISKUSJON..... | 63 |
| 5.1 NETTVERK, STØTTE OG RELASJONER..... | 63 |
| 5.2 AKTIVITET | 67 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 5.3 BRUKERMEDVIRKNING..... | 70 |
| 5.4 «TA OSS PÅ ALVOR»..... | 72 |
| 5.5 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING..... | 73 |
| 6.0 AVSLUTNING..... | 75 |
| 6.1 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON..... | 75 |
| LITTERATURLISTE | 78 |

| | |
|-----------|----------------|
| Vedlegg 1 | Skjema fra NSD |
| Vedlegg 2 | Samtykkeskjema |
| Vedlegg 3 | Intervjuguide |

1.0 Innledning

Major et al. (2011) hevder at psykiske lidelser er en av de store helse-og samfunnsutfordringene vi står ovenfor i Norge i dag. På verdensbasis er det rundt 450 millioner mennesker som er rammet av psykiske eller atferdsmessige lidelser (World Health Organization, 2004). I følge Folkehelseinstituttet (2015) kommer behovet for bistand av helsetjenester for psykiske lidelser til å øke fremover, i takt med at befolkningen blir stadig eldre.

God psykisk helse er viktig for at individer skal kunne leve i et berikende og tilfredsstillende samspill med sine omgivelser (Regjeringen, 2003). Verdens helseorganisasjon forklarer at psykisk helse er viktig for menneskers selvopplevde livskvalitet. På bakgrunn av dette mener Verdens helseorganisasjon at det å fremme, beskytte og gjenopprette psykisk helse bør bli sett på som sentralt for individer og samfunn i hele verden (World Health Organization, 2016b). I Norge er det et sentralt mål at psykisk helsearbeid i kommunene skal bidra med å fremme selvstendighet og tilhørighet. I tillegg skal mennesker med psykiske lidelser få en styrket evne til å mestre eget liv (Rodal & Frank, 2008). På nettsidene til NAPHA (2017) kan vi lese at tilbudene til mennesker med psykiske plager eller lidelser skal være tilrettelagt slik at alle får mulighet til å ta i bruk egne ressurser. Videre blir det lagt vekt på at det i dette arbeidet er viktig å bevisstgjøre hvert individ på hvilke ressurser de har og hva som kan være helsefremmende for han eller henne. Mestring kan for eksempel skape glede og mening. Mennesker med psykiske plager eller lidelser skal føle at de er til nytte i samfunnet. Denne brukergruppen har behov for en arena hvor de kan oppleve mestring og ta i bruk sine ressurser (NAPHA, 2017).

1.1 Hva er psykisk helse?

Helse kan i følge Herrman, Saxena & Moodie (2014) være en tilstand som er både til stede og fraværende. Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse» (World Health Organization, 2016b, s. 1. fritt oversatt). I denne definisjonen er psykisk helse sentralt. Verdens helseorganisasjon legger vekt på at psykisk helse er en integrert og essensiell del av menneskers helse. Psykisk helse bør bli sett på som mer enn fraværet av en lidelse, diagnose, sykdom eller funksjonsnedsettelse (World Health Organization, 2016b). Selv om det ikke er

nødvendig for å oppnå en bedre helse, er det i følge Herrman, Saxena & Moodie (2014) viktig å definere psykisk helse. Menneskers psykiske helse har verdi for individet ettersom den påvirker alle aspekt i hverdagen. Helse bør bli sett på som et dynamisk samspill mellom individet, andre mennesker og miljøet. På denne måten har samfunn og individer de beste forutsetningene for å bedre helsen. (Herrman, Saxena & Moodie, 2014). Verdens helseorganisasjon har valgt å definere psykisk helse som:

Psykisk helse er en tilstand av velvære hvor individet innser sine egne evner, klarer å takle normalt stress i livet, kan arbeide produktivt og komme med bidrag til samfunnet (World Health Organization, 2016b, s. 1. fritt oversatt).

I følge Herrman, Saxena & Moodie (2014) forutsetter en slik tilstand at individet utvikler følelser, tanker, atferd og sosiale evner. Han eller hun må også ha evnen til å være selvstendig, fleksibel og evne en form for tilknytning. Psykisk helse kan derfor være avgjørende for individers livskvalitet og funksjon i hverdagen. Verken psykisk eller fysisk helse kan eksistere alene ettersom psykisk, fysisk og sosial fungering er avhengig av hverandre. Det legges videre vekt på at sykdom og helse kan eksistere samtidig, noe som betyr at et individ kan oppleve at han eller hun har god helse til tross for psykiske plager eller lidelser (Herrman, Saxena & Moodie, 2014).

I følge World Health Organization (2016b) finnes det flere faktorer som kan påvirke menneskers psykiske helse. Slike faktorer kan være både sosiale, psykologiske og biologiske. Å leve under et konstant sosioøkonomisk press er anerkjent som en risikofaktor, og det er klare bevis for at blant annet fattigdom gir økt risiko for dårlig psykisk helse. Dårlig psykisk helse kan også henge sammen med stress på arbeidsplassen, diskriminasjon, sosial eksklusjon, usunn livstil og dårlig fysisk helse (World Health Organization, 2016b). Faktorer som kan beskytte individer fra en dårlig psykisk helse eller psykiske lidelser er blant annet myndiggjøring, integrasjon, gode relasjoner og sosial deltakelse. Både risiko- og beskyttende faktorer kan bli påvirket og bør derfor bli inkludert i helsefremmende og forebyggende tiltak (World Health Organization, 2004).

1.1.2 Utviklingen av psykisk helsearbeid

Norvoll (2013) forklarer at frem til ca. 1950-tallet hadde den biomedisinske sykdomsmodellen vært dominerende innenfor psykisk helsearbeid. Men fra 1950-årene startet

en omfattende diskusjon om psykiatriens perspektiver på psykiske lidelser og hvordan det psykiatriske helsevesenet var utformet. Det ble rettet kritikk mot fagfeltet både fra miljøer innenfor psykiatrien, og fra samfunnsvitere utenfor psykiatrien. Både psykiatrisk teori og praksis ble debattert, som for eksempel de etiske implikasjonene ved inngrep som lobotomi og elektroshokkbehandling. Flere fagfolk var svært kritisk til behandlingen av pasientene, og det ble særlig pekt på hvor mye makt som ble utøvet i psykiatrien. Erving Goffman (1922-1982) sin forskning var sentral for at det ble iverksatt tiltak for å bedre forholdene for pasientene. I denne perioden oppstod en desentralisering som igjen førte til at flere mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser kunne leve i samfunnet. Fra 1990-tallet har det blitt lagt mer vekt på psykiske lidelser som en funksjonsnedsettelse, på personlige bedringsprosesser, på brukermedvirkning og på sosial inklusjon av brukergruppen. Denne utviklingen har ført til en bedre problemforståelse hvor mennesker med psykiske plager eller lidelser skal få økt funksjon (Norvoll, 2013).

I følge Major et al. (2011) kan psykiske plager og lidelser føre til en nedsatt funksjonsevne, både hjemme og i skole/arbeid, noe som også kan føre til tap av livskvalitet for individet. En leder skrevet av redaksjonen i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid (2008) forklarer at psykisk helsearbeid bør bygge på hva mennesker med psykiske plager selv opplever som god hjelp. På denne måten rettes arbeidet mer mot folks hverdagsliv. Psykisk helsearbeid kan handle om å forstå hvert enkelt menneske, det bør bli sett på som kontekstuellet arbeid. Problemene individet opplever bør bli sett i lys av deres historie, hvordan de lever og hvilke relasjoner de har. De som arbeider med psykisk helse bør forsøke å møte den enkelte slik at de sammen kan utvikle en forståelse av deres problemer. Dette samarbeidet kan bli sett på som grunnmuren i arbeidet mot en bedre hverdag for individet (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008).

Psykisk helsearbeid kan i følge Hatling (2011) tjene på å flytte fokus fra sykdom til helse. «Psykisk helsearbeid kan ikke forstås som det samme som bekjempelse av psykisk sykdom. Det må anlegges et folkehelseperspektiv, hvor det å fremme helse blir sentralt» (Hatling, 2011, s. 145). Det er et politisk fokus at psykisk helsearbeid bør ha som mål å redusere risiko for sykdom, samt fremme livskvalitet og trivsel (Meld. St. 19 (2014-2015), 2015). De som arbeider innenfor fagfeltet bør i følge Hatling (2011) derfor jobbe aktivt for en behandling som ikke er avgrenset til symptomreduksjon, individets levekår bør stå sentralt i behandlingen. Når fokuset skal være på helse bør individet som skal oppnå endring stille seg spørsmål om hva som kan være helsebringende, hvordan endring kan skje og hvordan de skal

få en bedre situasjon. På denne måten blir samarbeidet om bedring i forhold til psykiske plager ikke forstått som behandling av sykdom. Behandlingen bør heller fokusere på hva som skaper bedring, hva som kan bidra med mestring av hverdagen og hva som skal til for at mennesker med psykiske plager kan inkluderes i samfunnet (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Hatling (2011) hevder at fagfeltet i denne prosessen må tydeliggjøre sentrale deler av praksisen som foregår.

1.1.3 Psykiske lidelser og plager

Mye litteratur peker på omfanget og konsekvensene av psykiske lidelser. Psykiske lidelser og psykiske plager bør ikke brukes om hverandre ettersom det er to forskjellige tilstander. For den videre bruken i oppgaven skilles derfor disse begrepene.

I følge Major et al. (2011) benyttes begrepet psykiske lidelser når symptombelastningen er så stor og av en slik sort at individet kan få en diagnose. Slike diagnoser kan være angst, depresjon eller schizofreni. For å stille en diagnose benyttes ofte diagnosekriterier som finnes i ulike klassifikasjonssystemer (Major et al., 2011). Helsevesenet i Norge er i følge Næss og Tjora (2012) forpliktet til å bruke WHO sitt klassifikasjonssystem, *International Classification of Diseases (ICD)*. I dag brukes den reviderte versjonen ICD-10, som definerer et bredt spekter av ulike sykdommer, skader og lidelser (World Health Organization, 2016a).

Psykiske plager kan i følge Major et al. (2011) bli brukt om plager om som kan gi høy symptombelastning. Forskjellen fra psykiske lidelser er at disse plagene ikke gir en stor nok symptombelastning til at det kan stilles en diagnose. Mange vil oppleve at de har betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder i livet sitt (Major et al., 2011). Videre i denne oppgaven kommer psykiske plager til å bli brukt som et generelt begrep om brukergruppen på treffstedene. Grunnen til dette er at menneskene som deltar på treffstedene ikke nødvendigvis har en psykisk lidelse. Begrepet psykiske plager treffer en langt større gruppe mennesker enn det psykiske lidelser gjør.

1.2 Gjeldende lovverk, styringsdokumenter og veiledere på området

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) synliggjøres det at helsetjenestene i Norge har for mye fokus på behandling av sykdom. Målet med denne reformen er derfor å bedre helsetjenestene slik at den generelle helsen til befolkningen kan bli bedre. For å få til

dette skal det forebygges mer, behandles tidligere og tjenestene skal samhandle bedre. Tjenestene skal være tilpasset brukerne slik at de får rett behandling til rett tid og på rett sted. Kommunene får mer ansvar gjennom denne reformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Kommunene er også lovpålagt å fremme helse og jobbe for å forebygge sykdom og tilbakefall. Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven (2016) er blant annet at det skal forebygges, behandles og tilrettelegges for at mennesker skal mestre sykdom og lidelse. Videre står det følgende om helsefremming og forebygging i loven: «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning» (helse- og omsorgstjenesteloven, 2016).

I helse- og omsorgstjenesteloven (2016) tydeliggjøres det at kommunale helsetjenester skal jobbe for å fremme sosial trygghet og bidra til likestilling og likeverd. Disse tjenestene er tilgjengelig for å forebygge sosiale problemer og sikre at hver enkelt får mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre. Lovens formål er blant annet å sikre kvalitet i tilbudet, samt overholde at tjenestene respekterer den enkeltes verdighet (helse- og omsorgstjenesteloven, 2016). Dette er også formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Med denne loven skal befolkningen få lik tilgang på tjenester med god kvalitet gjennom deres rettigheter i møte med helse- og omsorgssektoren (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

I 2014 ga Helsedirektoratet ut veilederen *sammen om mestring*. Denne veilederen er ment som et verktøy ansatte i helse- og omsorgssektoren kan bruke for å få kunnskap om hva som er god faglig praksis. I veilederen legges det vekt på at brukerne skal ha større innflytelse i sin egen behandling og bedringsprosess. Ansatte innenfor fagfeltet bør tilstrebe en god relasjon med brukerne av tjenesten. Brukernes erfaringer bør bli benyttet aktivt for å sikre at tjenesten holder høy kvalitet. I dette arbeidet kan tjenesteutøveren benytte sin faglige kompetanse og egne erfaringer fra arbeidet. Ansatte innenfor psykisk helsearbeid bør også kjenne til andre aktuelle aktører og tjenester. Brukermedvirkning, myndiggjøring og bedringsprosesser er sentrale perspektiv som bør prege tjenesten. Helse- og omsorgssektoren skal forsøke å forebygge at de psykiske helseproblemene forverrer seg, samt fokusere på å fremme brukernes mestring av eget liv (Helsedirektoratet, 2014). I veilederen kommer det også frem at mange mennesker med psykiske plager har vanskeligheter for å oppsøke hjelp. Tilbudene til mennesker med utfordringer i forhold til egen psykiske helse bør derfor være lett

tilgjengelig. Kommunen bør tilby denne gruppen ulike former for lavterskeltilbud (Helsedirektoratet, 2014).

1.3 Treffsted – psykisk helse

Treffstedene i Trondheim er et lavterskeltilbud for mennesker med psykiske plager. Helsedirektoratet anbefaler følgende definisjon og operasjonalisering av begrepet lavterskel; 1) de skal kunne gi direkte hjelp uten henvisning og lang ventetid, 2) de kan oppsøkes av mennesker som ikke kan betale, 3) det skal være tilgjengelig for alle, 4) de skal tilby tydelige og hensiktsmessige tiltak slik at brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljøet kan komme videre i systemet, 5) de ansatte skal ha kompetanse som passer til formålet med tjenesten, 6) åpningstidene skal treffe målgruppene, 7) de skal være preget av mye brukerinvolvering og aksept for brukerne sine ønsker og behov og 8) de skal være synlig slik at de som benytter eller ønsker å benytte tilbudet har tillit til dem (Rodal & Frank, 2008, s. 11).

Treffstedene i Trondheim tilbyr et inkluderende fellesskap som fokuserer på sosiale og meningsfulle aktiviteter. Treffstedene ønsker å støtte mennesker med ulike langvarige psykiske plager, og de arbeider ut fra troen på at alle mennesker har personlige ressurser og mulighet for vekst. De ønsker også å skape gode relasjoner og en mer meningsfull hverdag for deltakerne (Trondheim kommune, 2016). I følge faglederen på treffstedene i Trondheim arbeider treffstedene for å ivareta brukermedvirkning og gi deltakerne sosial støtte. Deltakerne blir ikke spurt om sine diagnoser, og det blir heller ikke skrevet noen journaler om deltakerne. Det er ingen som trenger en henvisning for å benytte seg av tilbudet. De som benytter seg av tilbudene på treffstedene kan være alt fra mennesker som føler seg ensom, til mennesker som er psykotiske. Selv om det ikke foregår medisinsk behandling på treffstedene har alle de ansatte helse-og sosialfaglig bakgrunn. Fagleder legger stor vekt på at de som er ansatt på treffstedene skal arbeide for å fremme deltakernes helse ved å fokusere på personlige bedringsprosesser. Deltakerne benytter seg av treffstedene på ulike måter. Noen kommer innom hver dag, mens andre er innom når det passer for dem selv. Noen av deltakerne kommer på treffstedene for å delta i et bredt spekter av ulike aktiviteter, mens andre kommer dit for å ha en sosial arena på dagtid. Aktivitetene brukerne kan delta i på treffstedene er blant annet turer, matlaging, trening på treningssenter og maling. Det også noen som benytter treffstedene for å skape seg et større sosialt nettverk. De ansatte som

jobber på treffstedene har et stort fokus på aktivitet og hvordan de kan motivere brukere til å delta i ulike aktiviteter. De ønsker å bruke menneskers ressurser slik at deltakerne kan lære seg nye ferdigheter og øke sin kompetanse. (J. M. Flotten, personlig kommunikasjon, 27. september 2016).

På nettsidene til treffstedene Trondheim kommune (2016) står det at det er tre treffsted i Trondheim som er åpen fra 9-15 mandag til fredag. Av de tre treffstedene ligger ett sentralt i byen mens de to andre er plassert i ulike nærmiljø litt utenfor sentrum. Sett utenfra er lokalene nøytrale i forhold til resten av byen, de skiller seg ikke ut slik som en institusjon kan gjøre. Det er gjennomgående for alle treffstedene at lokalene er lyse og at ytterdøren aldri er låst i åpningstiden. Deltakerne på treffstedene blir oppfordret til å delta i et bredt spekter av aktiviteter. Brukermedvirkning vektlegges på alle treffstedene og det er derfor lagt til rette for at de som ønsker det aktivt kan delta i den daglige driften på treffstedene. Dette er ulønnet, frivillig arbeid som kan handle om matlaging, vasking og det å arrangere spill- og filmkvelder (Trondheim kommune, 2016).

1.4 Tidligere forskning på lavterskeltilbud

I de følgende kapitlene presenteres det forskning på lavterskeltilbud, både fra ansatte og brukere sitt perspektiv. Selv om fokuset i denne oppgaven er på hvordan ansatte opplever sitt arbeid, kan beskrivelser fra brukerne tydeliggjøre hva de syntes om lavterskeltilbudene. Litteraturen som blir presentert er funnet ved å gjennomføre strukturerte litteratursøk i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Oria, Pubmed og Google Scholar. Søkeordene jeg har benyttet er psykiske lidelser, mental illness, psykisk helse, mental health, lavterskeltilbud, low threshold, treffsted, meeting places, bedringsprosesser, recovery, helsefremming, health promotion, psykisk helsefremmende arbeid og mental health promotion. Det har blitt forsket endel på ulike lavterskeltilbud både internasjonalt og i Skandinavia. Jeg har valgt å presentere litteratur fra Skandinavia da det syntes å være relevant for norsk kontekst og lavterskeltilbudet i denne oppgaven.

1.4.1 Forskning fra de ansatte sitt ståsted

1.4.1.1 Relasjon som verktøy for et godt samarbeid

Ådnøy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, og Karlsson (2013) hevder at stabile relasjoner med gjensidig tillit er sentralt innenfor psykisk helsearbeid i norske kommuner. Dersom mennesker med psykiske plager blir sett og respektert kan det i følge forfatterne fremme individets personlige bedringsprosess. De ønsket derfor å belyse hvilke opplevelser helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid har med å danne relasjoner til brukerne. Helsepersonalet i denne studien opplevde at de var en motvekt mot brukernes negative opplevelser med avslag og isolasjon. Når brukerne danner relasjoner med helsepersonell kan det i følge Ådnøy Eriksen et al. (2013) gi individet nye muligheter til å danne nye relasjoner med andre mennesker. Helsepersonell bør anerkjenne individets personlighet og prøve å være et medmenneske. Dette inviterer brukerne inn i en relasjon som gir muligheter for vekst og utvikling, både for brukeren og for helsepersonalet (Ådnøy Eriksen et al., 2013).

Sommer, Strand, Borg, og Ness (2013) undersøkte hvordan helsepersonell arbeidet for å styrke mennesker med psykiske plager sitt medborgerskap. Helsepersonalet i denne studien beskrev at de jobbet aktivt for å utvikle trygge relasjoner gjennom varierte og åpne samtaler. Informantene i denne studien forklarte at helsepersonalet måtte gjøre seg fortjent til brukernes tillit, og at de selv hadde ansvar for at denne tilliten ble opprettet. De tilstrebet at samarbeidet skulle være likeverdig mellom dem selv og brukerne. Slik opplevde informantene at de jobbet for å styrke brukernes medborgerskap. Forfatterne forklarte at helsepersonellens rolle i dette arbeidet var vanskelig å måle. De valgte derfor å beskrive helsepersonalet som medvandrere og hverdagshjelpere (Sommer et al., 2013).

1.4.1.2 De ansatte sine ferdigheter i samarbeidet med deltakerne

I følge Sælør, Ness, Borg, og Biong (2015) har det blitt fokusert lite på fenomenet håp, selv om det er sentralt i bedringsprosessen for mennesker med psykiske plager. De ønsket derfor gjennom sin kvalitative studie å finne ut hvordan helsepersonell skaper og inspirerer til håp. Tiltakene helsepersonell forklarte i denne studien hadde som mål å inspirere til håp. Informantene forklarte at deres eget håp var avgjørende når de skal gjennomføre ulike tiltak. Helsepersonell må være allsidig og ha gode kommunikasjons- og praktiske ferdigheter for å

inspirere til håp for deltakerne. Flexibilitet og åpenhet i tjenestene ble sett på som avgjørende for helsepersonells muligheter til å inspirere og skape håp (Sælør et al., 2015).

«Å gripe øyeblikket» handler i følge Ervik, Sælør, og Biong (2012) om en helhetsforståelse av samarbeidet mellom miljøansatte og beboere på et lavterskel hybelhus. Dette er et tilbud som gis til bostedsløse menn, og forfatterne påpeker at ansatte kan ha en unik erfaringskunnskap om samarbeidet med deltakerne. Ved å gjennomføre fokusgruppeintervju med de ansatte ønsket de å få en innsikt i denne kunnskapen. Samarbeidet mellom de ansatte og brukerne var basert på individuell forståelse og en spontan og uformell tilnærming. Tidspunkt for samarbeidet og de ansatte sine forventninger spilte også inn i det de valgte å definere som «å gripe øyeblikket». De ansatte beskrev en arbeidsdag som var preget av uforutsigbarhet hvor ofte de måtte spille på sin egen intuisjon og timing (Ervik et al., 2012).

1.4.2 Forskning fra deltakernes ståsted

1.4.2.1 Lavterskeltilbud kan gi deltakerne struktur og støtte i hverdagen

Eklund og Tjornstrand (2013) ønsket å finne ut hvilken motivasjon mennesker med psykiske plager hadde for å delta på dagsenter i Sverige. De undersøkte også hvor fornøyd deltakerne var med tilbudet. På noen av disse sentrene fulgte deltakerne individuelle planer. De andre dagsentrene hadde en lik struktur som treffstedene, hvor deltakerne kunne møte opp når det passet for dem selv. Funn fra dette prosjektet viste at deltakerne hadde høy motivasjon og at de hadde klare mål med sin deltakelse. De sterkeste motivene deltakerne hadde for å benytte seg av slike tilbud var for å få struktur i hverdagen og for å øke egen tilknytning til samfunnet forøvrig. De vanligste ønskene for fremtiden var i følge deltakerne i denne studien å tjene penger og å lære seg nye ting. Derfor etterspurte også deltakerne mer jobberelaterte aktiviteter på dagsentrene hvor de kunne få litt godtgjørelse (Eklund & Tjornstrand, 2013).

Elstad og Kristiansen (2009) ønsket å finne ut hvilke opplevelser deltakerne hadde av å være en bruker av, og deltaker på et Treffsted. De ønsket også å finne ut hva det kan bety å delta på et slikt tilbud for deltakernes hverdagsliv. De fant ut at det var tre tema som skilte seg ut for deltakerne på Treffstedene. Menneskene som deltok på slike åpne og fleksible tilbud ønsket å høre hjemme og å bli godtatt, de hadde et blandet behov mellom støtte og utfordringer og de ønsket å delta aktivt i hverdagslivet. Forskerne fant ut at åpne og fleksible tilbud, slik som

treffstedene, kan gi deltakerne støtte som kan føre til at de klarer å takle hverdagen sin (Elstad & Kristiansen, 2009).

1.4.2.2 Deltakernes beskrivelser av støttende helsepersonell

I følge Borg og Kristiansen (2004) har psykiske helsetjenester vært preget av at helsepersonell er ekspertene. Dette har ført til at brukerne ikke har hatt gode muligheter til å si sin mening om hva god hjelp er og hva som kan støtte deres bedringsprosess. Derfor ønsket forskerne i denne studien å undersøke hva brukere med erfaring med psykiske plager opplevde som god støtte og hjelpende profesjonelle. Fra brukerne sitt perspektiv er helsepersonell fokusert på bedringsprosesser dersom de er modig nok til å takle ulike og komplekse individuelle endringsprosesser. Helsepersonell bør også kunne bruke sine ferdigheter og ekspertise i samarbeid med brukeren. Helsetjenesten bør bli tilrettelagt slik at hvert individs behov blir ivaretatt (Borg & Kristiansen, 2004).

1.4.2.3 Aktivitet fører til mestring og en mer meningsfull hverdag

Horghagen, Fostvedt, og Alsaker (2014) hevder at mennesker som blir rammet av en eller flere psykiske lidelser ofte mister sine hverdagsaktiviteter. Slike aktiviteter er viktig for å ha en opplevelse av sammenheng i livet, noe disse individene da står i fare for å miste. Treffsted kan være en arena hvor individene igjen kommer i kontakt med sitt nærmiljø. Forskerne i dette prosjektet har derfor undersøkt hvordan menneskers deltakelse i kreative gruppeaktiviteter kan gi dem mestring. Denne studien konkluderer med at det å gjøre kreative aktiviteter i gruppe er med på å gi deltakerne stabilitet, rutiner, ferdigheter og støtte fra andre i lignende situasjon. Deltakerne i denne studien forklarte at de opplevde at aktiviteter kunne hindre nye innleggelse. Kreative gruppeaktiviteter kan derfor bli sett på som helsefremmende og positivt for individenes personlige bedringsprosess (Horghagen et al., 2014).

1.5 Hensikt og problemstilling

Mennesker er avhengig av å bli utfordret gjennom deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Kirkegaard, 2011). Et slikt aktivitetsbehov har i følge Wilcock (1993) stor betydning i forhold til hva som er helsefremmende. Treffstedene kan være en arena hvor mennesker med psykiske plager kan få en meningsfull hverdag og bedre helse gjennom deltakelse i ulike aktiviteter. Det er behov for forskning på hvordan ansatte ved slike lavterskeltilbud opplever at arbeidet de gjør kan føre til en mer meningsfull hverdag og bedre helse for deltakerne.

Horghagen et al. (2014) etterspør mer kunnskap om tilbudene til mennesker med psykiske plager. Elstad (2014) mener det er behov for mer forskning på hvordan helsepersonell jobber med brukergruppen for å videreutvikle den profesjonelle rollen innenfor lavterskeltilbudene. Hensikten med denne oppgaven er derfor å få frem beskrivelser fra de ansatte om deres arbeid på treffstedene i Trondheim. Slik kunnskap kan føre til bedre rutiner og arbeidsmetoder, både for treffstedene og for andre aktuelle aktører innenfor psykisk helsearbeid. Dette har vært sentralt for problemstillingen i denne oppgaven som er:

Hvordan opplever de ansatte på treffstedene at de jobber for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag?

Jeg ønsker også å belyse følgende underproblemstilling:

På hvilke måter erfarer de ansatte at arbeidet de gjør kan fremme deltakernes helse?

1.6 Begrepsavklaringer

Livskvalitet som psykisk velvære. Carlquist (2015) hevder at begrepene livskvalitet og velvære benyttes om hverandre. I engelske forskningsartikler brukes ofte begrepet *well-being*. Det norske begrepet livskvalitet kan i følge Carlquist (2015) brukes både om *well-being* generelt, men også om subjektive opplevelser av å ha det bra. Selv om denne bredden som legges i begrepet kan føre til forvirring, viser det også at det er mange fenomen som tilsammen utgjør livskvalitet (Carlquist, 2015). Næss (2001) foreslår at vi definerer livskvalitet på følgende måte: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav når personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss, 2001, s. 1). Livskvalitet handler altså om en persons følelser, tanker og vurderinger av eget psykisk velvære. Begrepet beskriver om individet har det godt og om han eller hun finner mening og glede i hverdagen. Mennesker kan oppleve både god og dårlig livskvalitet, det er ikke et utelukkende positivt begrep (Næss, 2001).

Bruker/ deltaker. De ansatte ved treffstedene skiller ikke mellom begrepene bruker og deltaker når de snakker om de som benytter seg av tilbudet. I denne oppgaven ønsker jeg å gjøre et klart skille mellom begrepene, da jeg opplever at deltaker beskriver de som benytter

tilbudet best. Derfor blir begrepet bruker brukt for å beskrive brukergruppen av mennesker som kan ha utbytte av å benytte seg av treffstedene. Begrepet deltaker benyttes i denne oppgaven for å beskrive de som oppsøker og benytter seg av treffstedene.

Mestring. Mestring blir i denne oppgaven forstått som at et individ klarer å bruke sine egne- og andre tilgjengelige ressurser (Ekeland & Heggen, 2007). Ekeland og Heggen (2007) hevder at mennesker med psykiske plager kan takle utfordringene de møter på i hverdagen bedre dersom de klarer å utnytte slike ressurser.

1.7 Oppgavens oppbygging og struktur

I kapittel 1, innledning, presenteres bakgrunn for valgt tema, tidligere forskning, oppgavens problemstilling og begrepsavklaring. I kapittel 2, teori, presenteres teori som er relevant for å belyse problemstillingene i denne oppgaven. I kapittel 3, metode, gjøres det rede for valg av design, forskningsmetode og min forforståelse. Videre følger redegjøringer av hvordan informantene ble rekruttert og det endelige utvalget. Deretter følger beskrivelser av utformingen av intervjuguiden og hvordan intervjuene ble gjennomført. Bearbeidingen og analysen av datamaterialet følger etter dette. Til slutt i dette kapitlet reflekteres det over etiske utfordringer og kvaliteten på dette prosjektet, herunder reliabilitet, validitet og overførbarhet. I kapittel 4, resultater, blir funnene som ble gjort gjennom analysen av datamaterialet presentert. Resultatene blir presentert i tre kategorier og tilhørende undergrupper. I kapittel 5, diskusjon, skal resultatene diskuteres opp mot relevant teori, tidligere forskning og denne oppgavens teoretiske rammeverk. Det presenteres også forslag til videre forskning på området. I kapittel 6, avslutning, blir sentrale funn i studien oppsummert, og jeg konkluderer ut fra oppgavens problemstillinger.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet blir det teoretiske rammeverk i denne studien til å bli presentert. Dette rammeverket skal brukes senere i oppgaven for å diskutere resultatene. Jeg anser teori om helsefremmende arbeid, forebygging og bedringsprosesser som sentralt for problemstillingene i denne oppgaven. Jeg kommer også til å vise noen likheter mellom helsefremmende arbeid, forebygging og bedringsprosesser. Til slutt i dette kapittelet presenterer jeg hvilken rolle aktivitet kan ha i arbeidet med mennesker som har psykiske plager.

2.1 Helsefremmende arbeid

Innenfor psykisk helsefremmende arbeid påpeker Wand (2011) at menneskers psykiske helse kan bli sett på som noe positivt, gjerne som en ressurs eller verdi. Han forklarer videre at målet med psykisk helsefremmende arbeid er at individet skal få en bedre psykisk helse, økt livskvalitet og et sunnere sosialt nettverk. Dette gjøres med å påvirke faktorene som kan påvirke menneskers psykiske helse, slik som å skape mer støttende omgivelser for individet. Helsefremmende intervensjoner kan variere i omfang (Wand, 2011). Helsefremmende tiltak rettet mot menneskers psykiske helse handler om å fremme livskvaliteten til 1) de som ikke har risiko, 2) de som har forhøyet risiko, 3) de som har en eller flere plager eller lidelser, 4) eller til de som forsøker å komme seg etter psykiske plager eller lidelser (Herrman & Jané-Llopis, 2012; Wand, 2011). Målgruppen til de ansatte på treffstedene er i hovedsak individer som havner under punkt nummer tre og fire.

Jané-Llopis, Barry, Hosman, og Patel (2005) forklarer at psykisk helsefremmende arbeid er en tverrfaglig prosess og Herrman og Jané-Llopis (2012) understreker at helsepersonell må ha omfattende kunnskap om hva som påvirker helsen og fører til god psykisk helse. Med en slik kunnskap kan helsepersonell iverksette varierte og passende tiltak (Herrman & Jané-Llopis, 2012). Jané-Llopis et al. (2005) er tydelig på at psykisk helsefremmende tiltak skal inkludere individer i prosessen med å oppnå god psykisk helse og livskvalitet. De definerer psykisk helsefremmende arbeid som en muliggjørende prosess som blir gjort med og for mennesker. Helsefremmende intervensjoner med fokus på psykisk helse har en helhetlig tilnærming, hvor menneskers psykiske, fysiske, spirituelle og emosjonelle behov skal bli tatt hensyn til. Intervensjonene bygger på brukeres egen ekspertise når det kommer til å leve med og takle psykiske plager (Jané-Llopis et al., 2005).

Herrman (2011) forklarer at helsefremmende intervensjoner som bedrer mennesker psykiske helse kan være sentralt for å bedre den generelle helsen til individer og samfunn. Enkelte intervensjoner har et konkret mål om å fremme menneskers psykiske helse. Med andre intervensjoner kan menneskers psykiske helse fremmes selv om målet er noe annet (Herrman, 2011). I 1986 ble Ottawa Charteret for helsefremming utviklet av Verdens helseorganisasjon. Her foreslår World Health Organization (1986) fem strategier som kan være nyttig for å fremme individers og samfunns helse. Uten å gå i dybden på disse strategiene så handler det om å gi mennesker kontroll over egen helse, gjøre de sunne valgene til de letteste valgene og skape miljøer hvor mennesker kan bedre egen helse og utvikle sine ferdigheter. Helsetjenestene må også flytte fokus fra kliniske og helbredende tjenester slik at de kan se behovene til hele personen (World Health Organization, 1986). Jané-Llopis et al. (2005) påpeker at alle former for psykisk helsefremmende arbeid kan føre til målbare fordeler i individets generelle helse, livskvalitet og sosiale funksjon.

2.1.1 Likheter og ulikheter – helsefremming og forebygging som beslektede intervensjoner

Herrman og Jané-Llopis (2012) hevder at forebygging av psykiske plager kan være et av målene eller utfallene av psykisk helsefremmende strategier. Mrazek og Haggerty (1994) påpeker at forebyggende arbeid kan redusere tilbakefallene av psykiske plager. Videre beskriver de at målet med forebyggende arbeid også er å redusere tiden individet har symptomer, samt minske innvirkningen plagen(e) har for individet, deres familie og samfunnet (Mrazek & Haggerty, 1994).

I følge Herrman, Saxena & Moodie (2014) er det forskjeller mellom forebygging av psykiske plager og det å fremme psykisk helse. Selv om målene med intervensjonen kan være overlappende, er det også i disse målene forskjellen finnes (Herrman, Saxena & Moodie, 2014). Herrman og Jané-Llopis (2012) forklarer at helsefremming handler om å skape bedre helse og livskvalitet, mens forebyggende arbeid retter seg mot å redusere symptomene. Videre forklarer de at helsefremmende arbeid er en strategi som kan bli benyttet for å oppnå målet med forebyggende psykisk arbeid. Når helsefremmende arbeid fokuserer på å fremme menneskers helse og livskvalitet, kan det bidra med å redusere forekomsten av psykiske plager eller lidelser i samfunnet. God helse og livskvalitet blir sett på som sterke beskyttende faktorer mot psykiske plager eller lidelser (Herrman & Jané-Llopis, 2012).

Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid bør i følge Herrman og Jané-Llopis (2012) bli sett på som beslektede intervensjoner. Elementer fra helsefremming og forebygging er gjerne tilstede i like strategier. Intervensjonene kan gi ulike men utfyllende utfall. Primært benyttes helsefremmende og/eller forebyggende arbeid for å fremme mennesker psykiske helse gjennom å påvirke risiko og/eller beskyttende faktorer (Herrman & Jané-Llopis, 2012).

2.2 Bedringsprosesser

I følge McCrane (2011) handler recovery om å tro på at mennesker med psykiske lidelser eller plager kan leve gode og meningsfulle liv til tross for deres utfordringer. Brukernes ressurser og ekspertise blir satt i sentrum av behandlingen. Helsepersonell er ikke ekspertene selv om de kan komme med gode råd og forslag, brukerne kan like gjerne få god hjelp fra andre brukere i samme situasjon. Åpenhet, håp og samarbeid er sentralt innenfor recovery (McCrane, 2011). På norsk er recovery oversatt til *bedringsprosesser*.

Bedringsprosesser er ingenting nytt (Amering & Schmolke, 2009), og det finnes ingen universell definisjon av hva bedringsprosesser er (Bonny & Stickley, 2008). I følge Amering og Schmolke (2009) har troen på en viss form for bedring alltid vært en del av medisin- og helseyrkene. Borg (2009) hevder at det ikke er noe nytt at mennesker med alvorlige psykiske plager kan komme seg, og at dette er noe brukere og pårørende har vært klar over lenge. I følge Bonny og Stickley (2008) er det nettopp brukere og mennesker med førstehåndserfaring som har vært sentrale for å utvikle konseptet om bedringsprosesser. De beskriver videre at bedringsprosesser er bygget på de juridiske rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse, motstand mot diskriminering og menneskerettighetsbevegelsen på 1960- og 70 tallet. Konseptet kan derfor bli sett på som en respons hvor flere var misfornøyd med helsetjenesten sitt fokus på vedlikehold, fremfor bedring av psykiske plager.

Bedringsprosesser har flere ulike meninger innenfor arbeid med psykisk helse, hvor det blant annet blir sett på som en idé, en bevegelse, en filosofi, et verdsett og som et paradigme (Bonny & Stickley, 2008). Felles for den nyere formen for bedringsprosesser er i følge Amering og Schmolke (2009) at det er fokus på både prosessen og utfallet. Det blir også fokusert på selvstendighet, myndiggjøring, motstandsdyktighet og håp. Brukerne er ekspertene og helsepersonell skal støtte individene i deres bedringsprosess. Brukerne skal bli myndiggjort slik at de har mulighet til å forstå og påvirke helsetjenesten (Amering & Schmolke, 2009; McCrane, 2011).

I følge Slade og Longden (2015) er det et klart skille mellom det som er definert som klinisk recovery og bedringsprosesser. Klinisk recovery handler i stor grad om at individet skal bli helt symptomfri og at de skal klare å leve helt selvstendig uten hjelp eller tilsyn av helse- og sosialtjenesten. I tillegg skal individene ha en full- eller deltidsjobb og de skal klare å ivareta vennskap gjennom fellesaktiviteter i en periode over to år for å oppnå klinisk recovery. Denne definisjonen kan bli sett på som en form for normalisering av mennesker, hvor de som faller utfor denne definisjonen ikke er 'normal'. Sentralt for den personlige bedringsprosessen er fokuset på håp, identitet, mening og et personlig ansvar. Det er også et større fokus på prosessen med å bli bedre, og denne prosessen defineres av individet selv, ikke 'ekspertene' i helsevesenet (Slade & Longden, 2015). Tilbakefall bør ikke bli sett på som et nederlag ettersom kan være like naturlig som fremskritt i personlige bedringsprosesser (Borg, 2009).

Bedringsprosesser kan i følge Ness et al. (2013) oppfattes som både en individuell og sosial prosess. Den individuelle prosessen handler om hva den enkelte personen gjør i bedringsprosessen. Det kan være personens tanker og refleksjoner om bedring, og det kan være valg og handlinger han eller hun gjør for å komme seg videre i livet. Den sosiale prosessen tydeliggjør at venner, familie, økonomi, aktiviteter, arbeid og hjelpeapparatet er en del av konteksten ved bedringsprosesser. Bedringsprosesser er som regel et samarbeid mellom personen, nettverket og helsepersonell (Ness et al., 2013). Til tross for at det er vanskelig å gi en universell definisjon på hva bedringsprosesser er eller kan være, er det en definisjon som er brukt mer enn andre (Slade & Longden, 2015). Denne definisjonen er det William Anthony som står bak, og han hevder at bedringsprosesser er:

Recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 527).

Som vi kan lese ut fra denne definisjonen kan bedringsprosesser være mye, og slike prosesser kan påvirke menneskers liv på flere essensielle områder. Slade og Longden (2015) hevder at det er vanskelig å bli enig om en konkret definisjon av bedringsprosesser fordi det er en personlig prosess med ulik og unik mening for ulike mennesker. Bedringsprosesser kan altså

ha ulik betydning for forskjellige mennesker i forskjellige kontekster (Slade & Longden, 2015). Derfor foreslår Amering og Schmolke (2009) at denne definisjonen kan være en visjon om hva bedringsprosesser er eller kan være.

Bonny og Stickley (2008) har gjennomført en litteraturstudie for å finne ut hva personlige bedringsprosesser kan handle om for mennesker med psykiske plager. De fant ut at det var seks store tema som var fremtredende i litteraturen; identitet, risiko og ansvar, et sosialt domene, makt og kontroll, håp og optimisme og tjenestetilbudets agenda. Temaene er ikke enkeltstående og flere av temaene kan gå over i hverandre. Derfor kan disse temaene bli sett på som en helhet som utgjør hva bedringsprosesser ofte består av, og hvordan individet skal ha de beste forutsetningene for å lykkes med sin personlige bedringsprosess (Bonny & Stickley, 2008). I det følgende skal jeg utdype disse seks temaene for å vise hvor gjennomgående og altomgripende bedringsprosesser kan være for mennesker med psykiske plager.

2.2.1 Identitet

Bedringsprosesser kan blant annet handle om at individet må gjenskape en identitet som ikke er betinget av individets problemer (Borg, 2009). Psykiske plager kan i følge Herrman og Jané-Llopis (2012) blant annet påvirke individets ressurser, verdier og sosiale ferdigheter. Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, og Slade (2011) foreslår at mennesker som lever med psykiske plager bør bli sett på som mer enn sin tilstand, sykdom eller diagnose. Dette kan føre til at individet klarer å gjenvinne en positiv selvfølelse og identitet som igjen kan føre til at han eller hun klarer å overkomme stigmaet de kan oppleve fra samfunnet (Leamy et al., 2011). Bedringsprosesser bør i følge McCrane (2011) bli sett på som et helhetlig og inkluderende perspektiv. Helsepersonell som skal fokusere på brukere sin personlige bedringsprosess bør ta hensyn til alle elementene som kan føre til økt livskvalitet for ulike individer. Både sosiale, miljømessige og individuelle faktorer kan være med å påvirke hva et individ opplever som god helse og livskvalitet. For å gjenskape egen identitet må brukeren selv ha mulighet til å påvirke disse faktorene. Bedringsprosesser er med andre ord mye mer enn å kun takle symptomene de kan oppleve i hverdagen (McCrane, 2011). Borg (2009) påpeker at et fokus på en god hverdag kan trekke individets oppmerksomhet vekk fra sine problemer og plager. Et slikt fokus kan også føre til en større interesse for individets ressurser og ferdigheter (Borg, 2009), slik at han eller hun kan gjenskape sin identitet.

2.2.2 Risiko og ansvar

Det kan oppleves som risikabelt å ta ansvar for sine egne handlinger og selv ta kontroll over sitt eget liv igjen. Men dette er viktig for den personlige bedringsprosessen til individet (Leamy et al., 2011). Amering og Schmolke (2009) påpeker at individet selv må ta ansvar for egen bedringsprosess. Helsepersonell kan da bruke sin kunnskap til å gi råd og foreslå tiltak dersom individet trenger dette. Dersom individet skal bli et fullverdig medlem av samfunnet igjen hvor de deltar aktivt, må de ha lyst til og mulighet til å ta en viss risiko. Mennesker som har psykiske plager kan ikke forvente at helsevesenet skal «fikse» utfordringene individet opplever (Amering & Schmolke, 2009).

2.2.3 Et sosialt domene

I følge Borg (2009) kan bedringsprosesser også handle om å gjenskape en tilhørighet til sitt nærmiljø. I miljøet skal individet også klare å skape seg et liv hvor han eller hun ikke blir hemmet av sine begrensninger eller av situasjonen sin (Borg, 2009). Det er dog ikke sagt at slike begrensninger skal forsvinne helt, ettersom de aller fleste har utfordringer som kan være et hinder i hverdagen (Slade & Longden, 2015). Borg (2009) hevder at bedringsprosesser foregår i samfunnet og det kan ta lang tid for individer som har psykiske plager å komme inn i gode bedringsprosesser. Larsen (2004) forklarer at det er svært viktig at mennesker med psykiske plager blir sett på som mennesker som aktivt ønsker å passe inn i omgivelsene. Mennesker med psykiske plager har på lik linje med resten av samfunnet et ønske om å oppfylle sosiale og kulturelle krav og forventninger (Larsen, 2004). Bedringsprosesser kan omhandle at fokuset blir flyttet vekk fra hindringene individet opplever i pasient rollen, slik som stigma og at helsepersonell er «ekspertene». Fokuset bør heller være på at individet skal ha selvbestemmelse slik at han eller hun kan leve et godt liv i sitt miljø. Stigma, diskriminasjon og sosial eksklusjon er eksempler på faktorer i miljøet som kan føre til at individet ikke kommer inn i gode bedringsprosesser (Amering & Schmolke, 2009). Gode relasjoner med kommunen, helsetjenesten, venner og familie kan styrke individets evne til å komme inn i gode bedringsprosesser. Støtte av andre mennesker i samme situasjon blir også sett på som et viktig steg mot et bedre liv (Leamy et al., 2011).

2.2.4 Makt og kontroll

Mennesker med psykiske plager har i følge McCrane (2011) tidligere hatt alt for liten innvirkning på tjenestene de mottar. Hun beskriver videre at når det er snakk om bedringsprosesser er det sentralt at individet får mulighet til å innvirke på tjenesten de skal bruke. Dette kan føre til at individet får en følelse av at det å ta kontroll over sitt eget liv igjen er mulig. Dersom individet ikke har mulighet til å si sin mening og påvirke sin egen hverdag, kan dette føre til at han eller hun mistet meningen i hverdagen (McCrane, 2011). En meningsfull hverdag er i følge Leamy et al. (2011) viktig. Videre påpeker de at mennesker som skal ha en god bedringsprosess bør få mulighet til å leve det de selv definerer som et meningsfullt liv hvor de kan oppnå sine mål. Begrepet mening er ikke noe som er lett å definere, da noe som har mening for meg, kan virke helt meningsløst for andre. Noen kan finne mening gjennom religion og tro, andre søke mening gjennom å gjøre aktiviteter som oppleves som meningsfulle og givende. Felles for mange mennesker med psykiske plager er at de ønsker å delta aktivt i samfunnet og de ønsker å bli verdsatt. Derfor bør helsepersonell tilrettelegge tilbudet slik at det kan nå ut til flere mennesker med ulik definisjon på mening (Leamy et al., 2011).

At mennesker som oppsøker helsetjenestene skal ha makt og kontroll, eller innvirkning og informasjon er ikke bare sentralt i den personlige bedringsprosessen. Det er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (2001). I §3.1 og §3.2 kommer det særlig frem at mennesker som oppsøker helsetjenestene har rett til medvirkning og informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Empowerment eller myndiggjøring er et sentralt begrep når det kommer til individets innvirkning på helsetjenestene. I følge Helsedirektoratet (2014) er myndiggjøring en prosess hvor individet får økt kontroll over egen helsetilstand. Denne prosessen tar utgangspunkt i personens ressurser og evne til å kontrollere sitt eget liv. Individet skal gis makt og gjøres i stand til å delta i sentrale vurderinger. Gjennom denne prosessen kan mennesker forbedre egen helse dersom de tillates å bruke egne ressurser (Helsedirektoratet, 2014).

2.2.5 Håp og optimisme

Uten håp er det ikke mulig å komme inn i gode bedringsprosesser (Amering & Schmolke, 2009; Leamy et al., 2011). Individet må en tro på at det er mulig å endre seg og at han eller hun kan få seg et bedre liv (Amering & Schmolke, 2009). Bedringsprosesser er ikke en lineær

prosess som er lik for alle. Det er en prosess som tar tid og som kan bety mange oppturer, men også noen nedturer (Borg, 2009; Slade & Longden, 2015). En slik prosess kan være krevende, men i følge Kelly og Gamble (2005) kan denne prosessen føre til at individet opplever vekst hvor deres holdninger og verdier kan endres. En slik endring kan for eksempel være fra det å ha et fokus på å bli frisk, til å leve et godt liv med sine utfordringer (Kelly & Gamble, 2005). Det kan også være en fordel å ha en realistisk tilnærming til bedringsprosessen, ettersom slike prosesser kan ta svært lang tid (Amering & Schmolke, 2009). Håp og optimisme kan også bli preget av inspirerende forhold som øker optimismen, en positiv tankegang hvor suksess er en verdi og drømmer og mål som er oppnåelige (Leamy et al., 2011).

2.2.6 Tjenestetilbudets agenda

Bedringsprosesser handler i følge Davidson et al. (2007) ikke om en spesifikk form for behandling, intervensjon eller støtte. Bedringsprosesser handler om hva individet selv gjør for å håndtere sine psykiske og/eller sosiale vansker slik at han eller hun kan leve et meningsfylt liv (Amering & Schmolke, 2009; Davidson et al., 2007). Helsetjenesten bør være tilrettelagt slik at mennesker med psykiske plager kan påvirke tilbudet (Slade & Longden, 2015). Bedringsprosesser kan i følge Borg (2009) foregå på flere arenaer i et individs hverdagsliv. I tillegg til faglige arenaer slik som helsetjenesten, kan bedringsprosesser også foregå på vanlige samfunnsarenaer. Vanlige steder i individets hverdag er særlig gode plasser å komme seg videre på (Borg, 2009). Helsetjenesten kan skape gode bedringsprosesser dersom de klarer å støtte mennesker til å leve et liv hvor de psykiske problemene blir taklet (Slade & Longden, 2015). I tillegg foreslår Leamy et al. (2011) at helsetjenesten bør forsøke å se hele individet når de skal støtte en person i deres personlige bedringsprosess. Amering og Schmolke (2009) peker på at helsetjenestene som tilbys til mennesker med psykiske plager er oppstykket. Det kanskje viktigste helsetjenesten kan gjøre for individet er å tro på at han eller hun har et potensiale for å oppnå en positiv endring. Da har helsepersonell også en viktig rolle i å veilede individet slik at han eller hun som har psykiske plager selv ser at det er mulig å endre seg og komme inn i gode bedringsprosesser (Amering & Schmolke, 2009).

2.2.7 Personlige bedringsprosesser- en meningsfull hverdag

Det er gjort flere forsøk på å forklare hva som hjelper for individer som ønsker å komme inn i gode bedringsprosesser. Leamy et al. (2011) undersøkte mer enn 5200 artikler, og inkluderte

97 av disse i sin studie. Her kom de frem til akronymet *CHIME*, som består av fem deler som kan oppstå i en bedringsprosess. Disse fem delene er; tilknytning, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening i livet og myndiggjøring (Leamy et al., 2011). Dette akronymet har flere deler som sammenfaller med de seks temaene som Bonny og Stickle (2008) så på som fremtredende i sin litteraturstudie. Sentralt for *CHIME* og de seks temaene er at de ulike delene henger sammen og påvirker hverandre dynamisk.

Amering og Schmolke (2009) hevder at det er sentralt for bedringsprosesser at det er mer enn at individet overkommer plagene eller får færre symptomer. De foreslår at bedringsprosesser kan være en læringsprosess hvor individet klarer å takle eller kompensere for sine utfordringer. Slik kan de leve meningsfulle og gode liv (Amering & Schmolke, 2009). Til tross for at bedring er sentralt i det norske begrepet bedringsprosesser, trenger ikke bedring å handle om å bli kvitt symptomene eller plagene. Dersom mennesker med psykiske plager klarer å leve gode liv til tross for sine utfordringer, kan dette føre til at de får det bedre med seg selv og at de får en mer meningsfull hverdag (Ness et al., 2013).

2.3 Ulike teorier med like mål

Helsefremming, forebygging og bedringsprosesser som begreper og intervensjoner har i følge Amering og Schmolke (2009) ulik bakgrunn og historie. Men det finnes i følge dem likheter som gjør at begrepene kan knyttes sammen. Blant annet blir helse sett på som omfattende og holistisk, da helse i alle disse perspektivene blir sett på som mer en bare fraværet av sykdom. Noen andresammenfallende elementer i disse perspektivene er blant annet: det finnes subjektive variasjoner i hva som fører til bedring, håp, optimisme, selvhjelpsgrupper, ferdigheter til å takle utfordringene i hverdagen og støttende relasjoner og nettverk (Amering & Schmolke, 2009). Psykisk helsefremmende arbeid, forebygging og personlige bedringsprosesser kan påvirke hverandre, og det bør fagfolk være klar over. Dersom helsepersonell er klar over dette kan det føre til at flere mennesker med psykiske plager får oppleve gode bedringsprosesser og en bedre helse i hverdagen (Amering & Schmolke, 2009).

2.4 Aktivitet

Aktiviteter er i følge Creek (2005) med på å forme menneskers identitet og posisjon i samfunnet. Fotballspiller, student og lege er eksempler på hvordan de aktivitetene vi deltar i kan bidra til å definere vår identitet. Vi har alle ett basalt behov for å gjøre aktiviteter som kan

oppleves som meningsfulle. Hva som oppleves som en meningsfull aktivitet kan kun defineres av individet selv, da han eller hun opplever at aktiviteten er viktig for egen trivsel. Deltakelse i aktivitet har flere funksjoner da det kan gi individet en følelse av kontroll over livet hvor hans eller hennes fysiske og psykiske behov blir dekket (Creek, 2005). Creek (2005) hevder at det som avgjør hvilke aktiviteter mennesker deltar i handler om hvilke interesser, mål, verdier og ferdigheter individet har. Hocking (2009) forklarer at flere ting er med på å avgjøre hvilke aktiviteter vi deltar i, blant annet hvilke samfunnet vi lever i, kultur, tid på dagen og årstid. For å delta i aktiviteter som er meningsfulle må individet først og fremst ha fysisk og psykisk kapasitet til å gjennomføre aktiviteten. Hocking (2009) forklarer at denne kapasiteten sier noe om hvilken kunnskap og ferdigheter individet har.

Flere aktiviteter kan i følge Hocking (2009) fremme menneskers livskvalitet. Creek (2005) mener det er tre ting som kan føre til at aktivitet ikke lenger er bra for individet. Det første handler om at individet har en ubalanse i hverdagen mellom arbeid, fritidsaktiviteter og hvile. Det andre handler om ytre omstendigheter som fører til at individet ikke får brukt sine ferdigheter. Det siste handler om at kravene aktiviteten stiller er for høye eller lave for individet. Dette kan føre til at han eller hun kjeder seg, blir frustrert og misfornøyd (Creek, 2005). Tiltak som retter seg mot mennesker med psykiske plager bør fokusere på meningsfulle aktiviteter. Deltakelse i slike aktiviteter kan ha dramatisk innvirkning på helsen til denne brukergruppen (Hocking, 2009).

3.0 Metode

«La oss overveie hvordan vi best velger tidspunkt og metode, så vi kan nå vårt mål».

- Hamlet (Claudius i 4. akt, 7. scene).

3.1 Kvalitativ metode

William Shakespeare (1564-1616) forklarte på sett og vis hva metode handler om i Hamlet. Forskeren som skal gjennomføre et forskningsprosjekt må overveie hvilken metode som passer best for å nå sitt mål om å besvare sin problemstilling. I dette forskningsprosjektet har jeg benyttet meg av kvalitativ metode. Malterud (2011) forklarer at den kvalitative forskningsmetoden er en av flere måter å frembringe vitenskapelig kunnskap. Tidsaspektet i sitatet ovenfor gjør seg gjeldende ettersom kriteriene for hva som regnes som vitenskapelig ikke er absolutte sannheter. Hva som regnes som vitenskapelig kunnskap avhenger av den historiske, sosiale og kulturelle konteksten forskeren befinner seg i. Kjennetegnet ved kvalitative metoder er at de i hovedsak består av tekst som bygger på samtaler eller observasjoner (Malterud, 2011). Jeg valgte et kvalitativt forskningsdesign i dette prosjektet fordi jeg ønsket å få en nyansert forståelse av temaet mitt. Den eneste måten å tilegne seg slik detaljert kunnskap på er i følge Creswell (2007) å snakke direkte med mennesker i deres omgivelser. Det er også viktig at forskeren lar deltakerne fortelle fritt om deres erfaringer uten å bli påvirket av hva han eller hun tror de kommer til å svare eller hva han eller hun har lest i litteraturen (Creswell, 2007).

I dette prosjektet ble det gjennomført intervju med formål om å finne ut av ansatte på lavterskeltilbud sine opplevelser av eget arbeid. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at de som benytter et kvalitativt forskningsintervju for å innhente datamateriale ønsker å produsere kunnskap. Denne kunnskapen produseres gjennom at de som blir intervjuet skaper mening og forståelse om et fenomen som forskeren ønsker mer kunnskap om. Forskeren forsøker da å forstå verden sett fra intervjupersonen sin side (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette prosjektet ønsket jeg å forstå mine temaer ut ifra de ansatte sine perspektiv. Når forskeren gjennomfører *et semistrukturert intervju* ønsker han eller hun å innhente beskrivelser fra intervjupersonene. At intervjuet er semistrukturert betyr at intervjuet verken er en helt åpen samtale eller et lukket spørreskjema. Forskeren har ulike tema som han eller hun ønsker å vite mer om, og forslag til spørsmål som kan bidra med å belyse temaene (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre

i dette kapitlet skal jeg gjøre rede for min forforståelse og hvordan jeg endte opp med datamaterialet som dannet grunnlaget for analysen.

3.2 Vitenskapssyn

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning. Kvalitativ forskning innebærer at forskeren både beskriver og fortolker. Enhver beskrivelse er påvirket av fortolkning og enhver fortolkning bygger på beskrivelser. Det går ikke an å bruke enten beskrivelse eller fortolkning ettersom det henger sammen (Malterud, 2011). Videre ønsker jeg derfor å gi en kort beskrivelse av fenomenologi og hermeneutikk. Til slutt ønsker jeg å presentere min forforståelse i denne oppgaven. Denne studien er inspirert av det fenomenologiske vitenskapssynet.

3.2.1 Fenomenologi

I følge Giorgi (2012) blir Edmund Husserl sett på som grunnleggeren av fenomenologi som filosofisk retning. Husserl mente at bevissthet egentlig er et medium mellom individet og verden. Etterhvert utviklet Husserl fenomenologi, og han mente at det var et forhold mellom individets kroppslige opplevelser og verden. Martin Heidegger og Maurice Merleau-Ponty er noen av de som har videreutviklet denne filosofiske retningen (Giorgi, 2012).

Innenfor kvalitativ forskning peker fenomenologi i følge Kvale og Brinkmann (2015) på en forsker sin interesse for å forstå sosiale fenomen ut fra menneskers egne perspektiv. Forskeren ønsker å beskrive verden slik informantene i prosjektet opplever den. Fenomenologiske forskere jobber med en forståelse av at den virkelige virkeligheten er den som oppfattes av mennesker. Med andre ord ønsker fenomenologiske forskere å komme med beskrivelser av hvordan mennesker opplever ulike fenomen i sin livsverden. Livsverden er den levde hverdagen til informantene, og derfor emnet for forskningsintervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fenomenologiske forskere skal i følge Giorgi (2012) så langt det lar seg gjøre legge sin egen forforståelse til side. Store deler av fenomenologien er beskrivende, men dette utelukker ikke at fortolkninger også finner sted. Det betyr heller at fenomenologiske forskere ikke skal diktere fenomenet, men forsøke å beskrive hvordan informantene opplever det. Beskrivelser er bruken av språket for å artikulere informantenes opplevelser av fenomenet (Giorgi, 2012).

Men når vi forsøker å forstå et fenomen innebærer det alltid en viss form for tolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk handler i følge Malterud (2011) om tolkning av menneskers uttrykk og meningen som legges i uttrykkene. Forskeren søker i følge Kvale og Brinkmann (2015) etter å komme frem til det som blir sett på som gyldige fortolkninger av meningen i for eksempel tekster eller uttalelser. Kvalitative forskere hevder at fenomener kun kan forstås i sin opprinnelige sammenheng. For å forstå og fortolke fenomener må forskeren sette fenomenet inn i en kontekstuell sammenheng. Ulike fortolkningskontekster kan føre til ulike tolkninger av meningen med teksten. (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det blir av flere sett på som et uoppnåelig mål å legge egen forforståelse helt vekk (Creswell, 2007; Kvale & Brinkmann, 2015). I denne oppgaven har jeg ønsket å få kunnskap om ansatte på treffstedene i Trondheim sine opplevelser av eget arbeid. Beskrivelsene de har kommet med innebærer som regel at de har fortolket hvordan de opplever sitt eget arbeid. Jeg kommer også til å se disse beskrivelsene opp mot tidligere forskning og teori, noe som innebærer tolkninger fra min side. Jeg må da tolke hvilken forskning og teori som er aktuell (Creswell, 2007). I det følgende velger jeg å presentere min forforståelse ettersom det fra min side også blir sett på som uoppnåelig å legge egen forforståelsen min helt vekk.

3.2.3 Forforståelse

Min forforståelse er i følge Malterud (2011) det jeg bringer med meg inn i forskningsprosjektet. Forforståelsen min påvirker både hvordan jeg samler inn data og hvordan jeg tolker meningsinnholdet i datamaterialet. Det er viktig at jeg er bevisst på hvilke erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv jeg har slik at jeg kan presentere den faktiske kunnskapen som datamaterialet mitt består av (Malterud, 2011). En persons forforståelse kan i følge Gilje og Grimen (1993) forandres gjennom nye erfaringer. Dersom vi ikke er åpne for slike endringer kan det oppstå misforståelser og feiltolkninger (Regjeringen, 2015). Jeg har gjennom hele dette prosjektet vært klar over at min forforståelse kan påvirke resultatene. Gjennom kontinuerlig refleksjon og ettertanke har jeg forsøkt å ikke la meg styre av min forforståelse. I det følgende ønsker jeg derfor å gi en innsikt i min forforståelse som er preget av mange forhold.

Først og fremst syntes jeg at psykisk helse som fagfelt er veldig spennende. Helt fra første gang jeg hadde forelesninger om psykisk helse har jeg søkt etter mer kunnskap på området. Før jeg fikk tilstrekkelig kunnskap om temaet tenkte jeg ikke over konsekvensene det fikk for menneskers hverdagsliv. Men ettersom jeg hadde lite egenerfaring med temaet, fant jeg ut at jeg ønsket å få et innblikk i denne brukergruppen sin hverdag. Det siste året på bacheloren fikk jeg mulighet til å være 10 uker i praksis på Brøset. Dette er en avdeling innenfor psykisk helsevern som yter spesialiserte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og utviklingshemming. På Brøset havner også mennesker som blir regnet som utilregnelig etter straffbare handlinger. Her opplevde jeg hvordan jeg skapte relasjoner med brukerne gjennom turer, fysisk aktivitet, matlaging, sjakk, håndverksaktiviteter og andre sosiale aktiviteter. Jeg opplevde at jeg enkelte dager glemte at dette var mennesker som hadde alvorlige psykiske lidelser. Etter denne praksisperioden opplevde jeg at jeg hadde fått en mye større forståelse for hvordan det er å leve med psykiske lidelser. Jeg så tegnene på at dette var mennesker som var syke, men jeg så også at det var mange ressurssterke mennesker som hadde behov for støtte og meningsfullt innhold i hverdagen.

Som ergoterapeut er jeg opptatt av at psykiske plager ikke skal hindre mennesker i å leve gode liv. Jeg har blant annet jobbet med mennesker med psykisk utviklingshemming og i hjemmesykepleien. Jeg mener at helsepersonell bør jobbe aktivt for å skape gode liv for mennesker med psykiske plager. Innenfor ergoterapifaget blir aktivitet sett på som et viktig virkemiddel for å leve et godt liv (Creek, 2005). Min arbeidserfaring har på mange måter vært med å påvirke min forståelse og mitt syn på mennesker. Gjennom arbeidserfaringen min har jeg opplevd at de sterkeste menneskene ofte er de som har de største utfordringene. Jeg er derfor opptatt av at alle får de beste forutsetningene for å få en bedre hverdag.

3.3 Rekruttering

Rekrutteringen av deltakerne til dette prosjektet ble gjennomført ved hjelp av faglederen ved treffstedene i Trondheim. Den første kontakten med treffstedene ble gjort ved å sende en mail til fagleder, hvor prosjektet ble forklart i korte trekk. Fagleder var tiltenkt en rolle som kontaktperson, og på et møte med fagleder forklarte jeg hva denne rollen innebar. Det ble lagt vekt på at de ansatte skulle delta på egne premisser. Jeg forklarte derfor til fagleder at han ikke skulle ha innsikt i hvem som takket ja til å delta i prosjektet. Fagleder sin funksjon var å

videresende mail fra meg til de ansatte, slik at de ansatte kunne ta direkte kontakt med meg. Dette gjorde jeg for å sikre at de ansatte kunne melde sin interesse for prosjektet uten at fagleder fikk vite det.

Etter dette møtet med faglederen ble vi enig om at jeg skulle forklare prosjektet mitt for de ansatte på et møte hvor de fleste ansatte var tilstede. På dette møtet fikk de ansatte litt informasjon om hva formålet med prosjektet var. Det ble lagt vekt på å forklare de ansatte hvordan intervjuene skulle gjennomføres og hva jeg skulle gjøre for å ivareta deres personvern gjennom anonymisering. Jeg forklarte også litt praktisk med tanke på gjennomføring av intervjuene. Fagleder hadde på forhånd godkjent at de ansatte kunne bli intervjuet i sin arbeidstid ettersom de i stor grad styrte sin egen arbeidshverdag. De ansatte ble forklart at de kunne bli intervjuet hvor og når de ønsket det. På dette møtet ble det også stilt spørsmål om fagleder og andre ansatte fikk vite hvem som deltok. De ble da forklart at fagleder hadde en funksjon som kontaktperson, og at han ikke skulle ha tilgang til hvem som deltok. Jeg forklarte også at dersom de ønsket å bli intervjuet på treffstedet, var det større sannsynlighet for at andre ansatte eller deltakere kunne finne ut at de deltok i prosjektet. Før dette møtet var prosjektet allerede meldt inn til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD). Ettersom prosjektet ikke var godkjent når dette møtet foregikk, fikk de ansatte beskjed om at de skulle få en mail når intervjuene skulle starte og når de som ønsket det kunne melde seg. Når prosjektet var godkjent (se vedlegg 1) sendte jeg en ny mail til fagleder. I denne mailen forklarte jeg at prosjektet var godkjent av NSD og at jeg kunne starte å intervju de ansatte. Jeg la også med en kopi av samtykkeskjemaet (se vedlegg 2), og oppfordret de ansatte til å lese gjennom denne før de takket ja til å delta. De ansatte ble også forklart at de skulle ta kontakt med meg enten på mail eller via telefon. Det var ikke mange som svarte på denne mailen, noe som førte til at jeg etter ca. 1 måned senere sendte en ny mail til fagleder. Heller ikke på denne mailen fikk jeg så mange svar. De siste som spurte om å få delta i prosjektet kom bort til meg når jeg var på et treffsted for å gjennomføre et av intervjuene.

3.4 Utvalg

I følge Malterud (2011) er det utvalget som avgjør hvilke sider av saken forskeren kan si noe om. Dette fører til at forskeren må velge en utvalgsstrategi som sikrer at materialet inneholder data om det fenomenet som skal utforskes. Et godt utvalg kan baseres på hvor mye informasjon om fenomenet forskeren sitter igjen med når studien er gjennomført (Malterud,

2011). I dette prosjektet bestemte jeg meg raskt for at jeg skulle ha et *strategisk utvalg*. Et strategisk utvalg er i følge Malterud (2011) satt sammen ut ifra den målsetningen om at de som deltar har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen til forskeren. Ettersom det var de ansatte ved treffstedene sine erfaringer av sitt arbeid, var det denne gruppen jeg ønsket å ha som informanter.

I dette prosjektet var det til sammen seks ansatte som takket ja til å delta. Dette utgjør 43 % av de ansatte som jobber ved de tre treffstedene i Trondheim. Av de seks ansatte var det fem kvinner og en mann. De ansatte representerer alle de tre treffstedene i Trondheim. De som ønsket å delta i dette prosjektet hadde både ulik arbeidserfaring og fagbakgrunn med seg i arbeidet på treffstedet. Flere av de ansatte hadde også relevant videreutdanning. Alle som takket ja til å delta passet med inklusjonskriteriene for dette prosjektet. Disse kriteriene var at det var aktuelt å intervjuer både menn og kvinner med ulik helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Det var også ønskelig at de ansatte hadde jobbet på treffstedet i mer en ett år. Utvalget skal i følge Malterud (2011) være så stort at det kan belyse problemstillingen til forskeren, men ikke så stort at analysen ikke blir gjort forsvarlig fordi det er for omfattende. Et begrep som ofte nevnes da er *metning*. Med metning menes det at forskeren har kommet til et punkt hvor han eller hun vurderer at det ikke kommer ny kunnskap gjennom ytterligere datainnsamling (Malterud, 2011). I dette prosjektet ble det tatt hensyn til at det er relativt få ansatte (14 stykker) i faste stillinger ved treffstedene.

3.5 Utforming av intervjuguide

Noe av det som skiller en intervjusituasjon fra andre samtaler i hverdagen er at forskeren ønsker å undersøke noe spesifikt som intervjupersonen har eller kan ha kunnskap om. Et hjelpemiddel for å strukturere intervjuforløpet er en *intervjuguide*. Intervjuguiden er en form for et manuskript som forskeren har utarbeidet før intervjuet. Denne guiden kan gjøre det enklere for forskeren å fokusere på de aktuelle temaene som han eller hun ønsker å ta opp i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden (se vedlegg 3) min bestod av ulike spørsmål som var knyttet til tema jeg ønsket å finne ut mer om. Jeg spurte blant annet om hvordan arbeidsdagen til de ansatte var, hvordan brukergruppen var sammensatt, hvilke tanker de hadde om helsefremmende arbeid, hva bedringsprosesser betydde for deres arbeid på treffstedene og hvilke tilnærminger de arbeidet etter. Jeg valgte å stille de ansatte åpne spørsmål i håp om at de skulle reflektere rundt temaet. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er

det variasjoner i hvor stramt oppsettet på intervjuguiden er i de semistrukturerte intervjuene. I de første intervjuene fokuserte jeg mye på helsefremmende arbeid og de ansattes tanker rundt hva dette innebar for dem. Etter et par intervju fant jeg ut at jeg ønsket å fokusere mer på bedringsprosesser, ettersom dette var et mer aktuelt begrep for de ansatte ved treffstedene. Creswell (2007) hevder at det er vanlig å endre på spørsmålene underveis i prosjektet ettersom forskeren får en bedre forståelse av temaene sine.

De ansatte har taushetsplikt ovenfor sine brukere og de andre ansatte ved treffstedene. I praksis betyr det at de ikke kan eller skal gi opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte. For å unngå at deltakerne havner i en situasjon hvor de forsnakker seg, fokuserte jeg på overordnede arbeidsmetoder hvor de ansatte ikke trenger å gå i dybden med enkeltteksempler. Intervjuguiden var utformet på en slik måte at de som deltok i studien ikke trengte å gi enkeltteksempler eller personidentifiserende opplysninger.

3.6 Gjennomføring av intervju

I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det ulikt hvor åpen forskeren er om formålet med sine kvalitative intervju. I dette forskningsprosjektet ønsket jeg å få så frie beskrivelser fra de ansatte som mulig. Derfor fikk de kun vite at jeg skulle intervju dem med det formål å få beskrivelser om hvordan de opplevde at deres eget arbeid kunne være helsefremmende for deltakerne på treffstedene. Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2016. Det var ulikt hvor og når de ansatte ønsket å gjennomføre intervjuene. Noen ønsket å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden sin og på sin arbeidsplass. Andre ønsket å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden sin men utenfor arbeidsplassen sin, og noen ønsket å gjøre det på fritiden sin utenfor arbeidsplassen. To intervju ble gjennomført på møterom utenfor arbeidsplassen, mens fire av intervjuene ble gjennomført på de ansatte sin arbeidsplass etter eget ønske fra informantene. Før intervjuene startet ble den ansatte bedt om å lese gjennom samtykkeskjemaet og skrive under på dette dersom de syntes det så greit ut. I dette skjemaet ble de informert om at det var ønskelig at intervjuet ble tatt opp på lydbånd, men at dette ikke var et krav for deltagelse. Jeg valgte å spørre alle de ansatte om dette muntlig også, for å forsikre meg om at de ikke hadde problemer med at det ble tatt opp. Alle de seks deltakerne godkjente at jeg benyttet lydopptaker. Intervjuene varte i alt fra 50 minutter til 80 minutter.

I starten av hvert intervju minnet jeg deltakerne om deres taushetsplikt, samtidig som jeg oppfordret dem til å komme med generelle eksempler dersom det kunne hjelpe med å illustrere deres arbeidsmetoder. Rett etter hvert intervju skrev jeg ned mine umiddelbare tanker om hvordan jeg opplevde at intervjuet hadde blitt gjennomført. Jeg fokuserte på min rolle som forsker, om jeg stilte spørsmålene på en god måte og om spørsmålene jeg stilte ga informantene mulighet til å reflektere og gi utdypende svar. Allerede etter det første intervjuet satt jeg igjen med en følelse av at spørsmålene mine hadde vært for ledende og at måten jeg intervjuet på ikke stemte med hva jeg ønsket å gjøre. Jeg tok meg selv i å bekrefte den ansatte sine svar samtidig som jeg opplevde at jeg var litt for søkende etter hva jeg ønsket svar på. Som nevnt tidligere forklarer Creswell (2007) at deltakernes beskrivelser skal være frie og upåvirket av hva jeg tror de kommer til å svare. Ettersom jeg la merke til dette allerede etter det første intervjuet bestemte jeg meg for å gjøre noen endringer på intervjuguiden. Dette førte til at jeg hadde færre fastsatte spørsmål og flere tema som jeg ønsket å komme inn på. Med disse endringene merket jeg at jeg satte rammene for intervjuet, mens intervjupersonen styrte hva som ble sagt uavhengig av hva jeg ønsket eller trodde han eller hun skulle svare. Jeg var også usikker på om jeg hadde valgt rett innfallsvinkel med tanke på min teoretiske forankring i helsefremmende arbeid. Som jeg forklarte tidligere, ble fokuset flyttet mer over på bedringsprosesser og meningsfull hverdag i intervjuene. Jeg ønsket nå å se mer på sammenhenger og ulikheter mellom helsefremmende arbeid og arbeid med fokus på bedringsprosesser. Jeg mener at dette førte til at de ansatte kunne gi mer åpne beskrivelser av hva deres arbeid gikk ut på. Jeg opplevde at beskrivelsene til de ansatte var noe ulik. Noen svarte på spørsmålene med en teoretisk tilnærming, mens andre relaterte det i større grad til praksisen på treffstedene. Jeg er av den forståelsen av at dette bidro til dybde i datamaterialet mitt.

3.7 Transkribering av intervjuene

Transkribering handler om å omforme intervjuene til tekst. Analysen av datamaterialet i et kvalitativt forskningsprosjekt forutsetter at materialet er omformet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2011). Transkribering kan gjøres på ulike måter, men i følge Malterud (2011) er det viktig å være oppmerksom på at ting som kan virke presist og sammenhengende når det blir sagt, ikke nødvendigvis er det i skriftlig form. Derfor er det som regel vanlig å redigere teksten i noen grad under transkripsjonen. Dette gjøres for å unngå å

latterliggjøre deltakernes utsagn (Malterud, 2011). I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det vanskelig å overføre muntlig tale til skrift ettersom setninger passer til det skriftlige språket, mens muntlig tale ofte er mer flytende. Jeg valgte å redigere transkriberingen på grunn av forskjellene mellom muntlig og skriftlig språk. De endringene jeg gjorde handlet om å omformulere setninger slik at de høstes mer skriftlig ut, for å unngå å latterliggjøre deltakernes utsagn. Jeg fokuserte på at denne redigeringen ikke skulle gå ut over meningsinnholdet i det deltakerne sa. Jeg har selv gjennomført og transkribert alle intervjuene. En fordel med dette er at jeg husker ulike segmenter som ga mening når det ble sagt under intervjuet. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan deler av teksten miste meningen hvis det blir transkribert direkte av en som ikke var tilstede under intervjuet.

I følge Eide og Eide (2007) foregår mye av kommunikasjonen i en samtale non-verbalt, altså gjennom kroppsspråket vårt. Non-verbal kommunikasjon kan påvirke hvordan forskeren tolker det som blir sagt i intervjuet (Eide & Eide, 2007). Denne formen for kommunikasjon kan blant annet handle om at en informant gestikulerer, bruker ansiktsmimikk og peker på kroppsdeler eller objekter. Andre ting som kan påvirke hvordan transkripsjonen blir er i følge Malterud (2011) små pauser som kan være vanskelig å fange opp dersom du ikke selv er tilstede i intervjusituasjonen. Dette kan for eksempel føre til kommafeil som kan endre betydningen i et utsagn. Hvor forskeren velger å sette punktum og komma kan altså ha stor betydning for meningsinnholdet, og er derfor en del av en fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har fokusert på at mine transkriberinger skal være presise for å unngå å fjerne eller endre på deltakernes meningsinnhold. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan forskere som transkriberer sine egne intervju lære mye, blant annet om sin egen intervjustil. Jeg transkriberte derfor mine egne intervju som en læringsprosess, men også for å sørge for at teksten ble sammenhengende og meningsfull. Etter transkriberingen av de seks intervjuene satt jeg igjen med nærmere 130 sider med datamateriale som skulle analyseres.

3.8 Analyse

Fenomenologi er i denne oppgaven utgangspunktet for min metodiske tilnærming. Giorgi (2012) har på bakgrunn av arbeidet til Husserl og Merleau-Ponty utviklet den fenomenologiske metoden. Giorgi ønsket å forstå hele mennesket, og utviklet derfor fenomenologi som en metodisk tilnærming for å ha mulighet til å utvikle kunnskap om menneskers erfaringer og oppførsel. Fenomenologi som metode ble først utviklet for

fagdisiplinen psykologi, men det betyr ikke at metoden ikke kan benyttes av andre fag. Fenomenologi kan bli brukt av alle forskere innenfor samfunns- og humanvitenskap. Den eneste forskjellen er at forskeren må påta seg rollen innenfor sitt fagfelt, enten det er sosiologi, helsevitenskap, antropologi eller et annet human –og/eller samfunnsvitenskapelig fagfelt. Fenomenologi er som nevnt tidligere en beskrivende metode, hvor forskeren ønsker å forstå et fenomen, ikke diktere hvordan fenomenet er (Giorgi, 2012).

Inspirert av Giorgi sin fenomenologiske metode har Malterud (2011) utviklet *systematisk tekstkondensering*. Dette er en analysemetode som er en modifisering av den opprinnelige metoden til Giorgi. Systematisk tekstkondensering er utforskende, beskrivende og datastyrt. At metoden er datastyrt betyr at forskeren identifiserer data i teksten slik at han eller hun kan utvikle kategorier som er basert på datamaterialet, ikke teori. Målet med datastyrt analyse er å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet blir tydeliggjort. Teorien blir senere brukt for å støtte opp under hvilke tolkninger som er mest relevant. Strukturen i metoden fører til at den egner seg godt til å få frem beskrivelser og å utvikle nye begrep (Malterud, 2011). Når forskeren benytter systematisk tekstkondensering for å analysere sine data ønsker han eller hun i følge Malterud (2012) å presentere hva deltakerne sier. Videre ønsker forskeren å formidle disse beskrivelsene slik som deltakerne selv har sagt det. Det er ikke ønskelig å finne ut om det kan være en underliggende mening med hva som blir sagt. At denne metoden er utforskende betyr at forskeren ønsker å presentere eksempler om hvordan informantene opplever fenomenet. Det er med andre ord ikke et mål å dekke alt som kan dekkes, eller si alt som kan bli sagt om det gjeldende fenomenet. Et lite utvalg kan derfor gi nok data for denne analysemetoden (Malterud, 2012).

Malterud (2011) hevder at vi bør ha et reflektert forhold til vår innflytelse på materialet, også når vi skal analysere. Dette fører til at vi kan gjengi deltakernes utsagn, slik de selv har sagt det. Man skal så langt det lar seg gjøre unngå å bruke våre tolkninger som fasit (Malterud, 2011). Jeg har som nevnt tidligere valgt å være tydelig på min forforståelse og utdanning ettersom Giorgi (2012) hevder at mine analyser kan bli påvirket av mitt samfunnsvitenskapelige ståsted, og fordi Malterud (2011) hevder det er uoppnåelig at vi klarer å legge vår egen forståelse helt bort. Jeg har reflektert over mine interesseområder, min utdanning og mitt grunnsyn slik at jeg best mulig skal kunne gjenfortelle deltakernes beskrivelser. Slike refleksjoner er avgjørende for at den vitenskapelige kunnskapen skal bli god (Malterud, 2011).

Giorgi (2012) har valgt å dele sin fenomenologiske metode inn i fire trinn:

- 1) Forskeren leser hele teksten for å skape seg et helhetsinntrykk.
- 2) Deretter skal forskeren lese gjennom alt datamaterialet en gang til for å skape en oversikt over hva som er såkalte *meningsenheter*.
- 3) Forskeren skal på dette steget bearbeide datamaterialet for å fremheve innholdet i de meningsbærende enhetene. Dette steget er i følge Giorgi «hjertet i metoden», altså dette er det viktigste steget.
- 4) Det siste forskeren skal gjøre er å sammenfatte og klargjøre betydningen av deltakernes beskrivelser.

I systematisk tekstkondensering er det disse fire trinnene som utgjør hovedstrukturen i metoden (Malterud, 2011). I det følgende ønsker jeg å presentere de fire analysestegene jeg har gått gjennom når jeg i dette prosjektet har benyttet systematisk tekstkondensering for å analysere mitt datamateriale. Malterud (2011) forklarer at erfarne forskere kan gjennomføre analysen mer intuitivt, men at det da kan være vanskeligere å redegjøre for hva han eller hun faktisk har gjort. Underveis i analysen skrev jeg ned stikkord på hva jeg gjorde. Disse notatene brukte jeg for å huske hva jeg gjorde og hvorfor jeg valgte å gjøre det jeg gjorde.

3.8.1 Steg 1 – Få et helhetsinntrykk

I det første steget av systematisk tekstkondensering skal forskeren lese materialet sitt for å skape seg et helhetsinntrykk. I dette steget er det helheten som er viktig, ikke detaljene. Forskeren skal aktivt jobbe med å sette sin egen forforståelse og sitt teoretiske ståsted til side, i tråd med Giorgi sin intensjon om å være datastyrt på dette punktet. Forskeren skal etter å ha lest gjennom datamaterialet danne seg fire til åtte foreløpige tema. Disse temaene representerer hva forskeren intuitivt ser på som interessant. Temaene er med andre ord ikke utviklet gjennom en form for systematisk refleksjon, men et godt utgangspunkt for å organisere datamaterialet. Det gjenstår derfor flere trinn med systematisk og kritisk refleksjon for å sikre at kunnskapen som blir utviklet er vitenskapelig (Malterud, 2011, 2012).

Når jeg gjennomførte dette steget hadde jeg allerede gjennomført alle intervjuene, til tross for at Malterud (2012) foreslår å gjennomføre en foreløpig analyse når halvparten av intervjuene er gjennomført. Flere omstendigheter gjorde at jeg ikke fikk gjennomført en foreløpig

analyse, blant annet at intervju nummer tre til og med intervju nummer seks ble gjennomført tett på hverandre. Derfor valgte jeg å lese gjennom det transkriberte datamaterialet mitt flere ganger for å skape meg et best mulig overblikk. Jeg ønsket å skape overordnede temaer som ikke var de samme som jeg hadde basert intervjuguiden min på. Dette var en tidkrevende prosess, og det var vanskelig å skille mellom overblikk og detaljer. Jeg vekslet mellom å lese teksten med intervjuspørsmålene, og lese kun det deltakerne hadde sagt. Dette førte til at jeg klarte å skape meg et overblikk om hva de snakket om, ikke bare hva jeg spurte om. Når jeg til slutt la vekk de transkriberte tekstene tok jeg meg tid til å reflektere over hva deltakerne faktisk snakket om. Med litt bearbeiding var det fem tema jeg ønsket å benytte for å organisere materialet. Temaene var: aktivitet og deltakelse, brukermedvirkning, målrettet arbeid, relasjonsbygging og faglig kompetanse.

3.8.2 Steg 2 – Meningsbærende enheter

På dette trinnet skal forskeren organisere materialet som han eller hun ønsker å se nærmere på. I systematisk tekstkondensering skal forskeren skille relevant tekst fra det som er irrelevant, slik at han eller hun kan trekke ut data som kan belyse problemstillingen. Denne prosessen skal gjennomføres systematisk. Forskeren går gjennom linje for linje i teksten for å identifisere *meningsbærende enheter*. Dersom et stykke av teksten inneholder informasjon som kan brukes for å belyse problemstillingen, kan den bli sett på som meningsbærende. De meningsbærende enhetene markeres og plasseres under temaene fra det første trinnet. En slik klassifisering kalles *koding*. I prosessen med å kode blir de meningsbærende enhetene midlertidig fjernet fra sin opprinnelige sammenheng i teksten, en såkalt dekontekstualisering. Dette blir gjort for at de delene av teksten som blir hentet ut senere skal kunne leses i sammenheng med liknende tekstelementer og tidligere teori. Kodene kan bli plassert under flere av temaene, og det blir foreslått at forskeren er svært fleksibel i kodingsprosessen (Malterud, 2011, 2012).

På dette trinnet gikk jeg systematisk gjennom datamaterialet mitt for å finne meningsbærende enheter. Jeg skrev ut transkripsjonene slik at jeg kunne bruke fargemarkører for å kode de meningsbærende enhetene, såkalt fargekoding. En meningsbærende enhet kunne bli kodet under flere tema. Jeg hadde også skrevet ned problemstillingen slik at jeg kunne ha den foran meg dersom jeg var usikker på om tekstbiter var meningsbærende. Jeg gikk gjennom transkripsjonene to ganger for å sikre at jeg fikk med alle de meningsbærende enhetene. Dette

var et arbeid som viste seg å være tidkrevende og jeg oppdaget at jeg måtte være svært fleksibel i kodingsarbeidet. Jeg hadde flere forhandlingsprosesser hvor jeg måtte endre koder og forandre på temaene. Koder som var store ble delt, mens mindre koder ble slått sammen. Jeg leste de meningsbærende enhetene i sammenheng med resten av transkripsjonen, men også frittstående fra resten av teksten. I denne prosessen fikk jeg også hjelp av en medstudent for å forsikre meg at min egen forforståelse ikke hadde preget kodingsarbeidet. Vi diskuterte kodegruppene og kom med eksempel på meningsbærende enheter. Jeg fikk flere gode innspill gjennom dette samarbeidet og jeg fikk et kritisk blikk på kodingsgruppene mine. Medstudenten fikk ikke tilgang på datamaterialet, kun anonymiserte tekstbiter.

Disse kodene er dog bare et middel i prosessen med å komme frem til resultatene. Det kreves fortsatt at forskeren tolker, sammenfatter og abstraherer dersom kunnskapen som utvikles skal være robust (Malterud, 2011, 2012).

3.8.3 Steg 3 – Kondensering

I dette steget skal forskeren abstrahere kunnskapen fra kodegruppene. Teksten som ikke blir sett på som meningsbærende skal legges til side og resten av materialet skal være sortert på tre til seks kodegrupper. Datamaterialet er på dette stadiet dekontekstualisert, vi har fjernet det fra sin opprinnelige sammenheng. En kodegruppe kan inneholde flere ulike sider. Forskeren går derfor gjennom en og en kodegruppe som enhet for å finne ulike nyanser. Hver kodegruppe deles nå inn i to til tre undergrupper som skal synliggjøre de ulike sidene i kodegruppen. I arbeidet med undergrupper kan det være nyttig å få hjelp av andre, slik at egen forforståelse ikke råder over hva som er passende undergrupper. Det skal også lages et kondensat som best beskriver kodegruppen. Her skal forskeren også finne et gullsitat som beskriver kondensatet best mulig (Malterud, 2011, 2012).

Det første jeg valgte å gjøre på dette steget var å skrive alle de meningsbærende enhetene inn på egne dokumenter på PC en. Kodene jeg satt igjen med fra forrige analysetrinn var navnene på dokumentene. Når jeg skrev alle de meningsbærende enhetene inn følte jeg at jeg fikk enda bedre kjennskap til datamaterialet mitt. Når jeg hadde gjort dette satt jeg igjen med 46 sider av de i alt 130 transkriberte sidene. Jeg la vekk resten av teksten og fokuserte på de meningsbærende enhetene. Jeg så tydelig konturene av flere undergrupper under flere av kodene, og noen meningsbærende enheter gikk igjen. Jeg valgte derfor å gå gjennom alt

materialet med fokus på problemstillingen for å legge til side det som ikke var relevant. Jeg skrev ut de 46 sidene og begynte å klippe ut meningsbærende enheter som passet sammen. Deltakerne hadde fått ulike nummer slik at jeg lett skulle finne tilbake til hvem som hadde sagt hva. Jeg skapte en til tre undergrupper under de ulike kodegruppene. I dette arbeidet fikk jeg igjen hjelp av min medstudent. Sammen forhandlet vi oss frem til undergrupper som var passende. Jeg limte så de meningsbærende enhetene på store ark slik at jeg fikk en oversikt over kodegruppene og undergruppene. Jeg så at noen av undergruppene måtte bli slått sammen. Jeg laget så kondensat for de ulike undergruppene hvor jeg prøvde å sammenfatte hva gruppene handlet om. Gullsitatene jeg valgte ut skulle illustrere hva kondensatet handlet om. Jeg fokuserte i dette trinnet på å være tro mot brukernes egne ord og jeg brukte begrepene i de meningsbærende enhetene. Jeg satt nå igjen med følgende tema: et sted for gode bedringsprosesser, respekt, bygge et trygt nettverk, samarbeide for å gi brukerne en meningsfull hverdag, mestre aktivitet.

3.8.4 Steg 4 - Sammenfatning

I dette steget skal forskeren utvikle tre til fem kategorier som kan bli sett på som mer abstrakt. Disse kategoriene utvikles gjennom å sammenfatte essensen i hver av kodegruppene. Det er disse kategoriene som danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet. I de foregående analysetrinnene har forskeren forholdt seg til dekontekstualisert tekst. I dette trinnet skal forskeren vurdere om resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse. Da må tekstbitene sees opp mot sammenhengen den ble hentet ut ifra. Forskeren skal i dette trinnet også lete etter data som kan motsi de konklusjonene han eller hun har kommet frem til for å utfordre resultatene våre. Dersom noen deltakere har bidratt lite, bør forskeren se om denne deltakeren kan bidra med kritiske spørsmål (Malterud, 2011, 2012).

På dette trinnet laget jeg en teks for de ulike kodegruppene. Denne teksten tok utgangspunkt i kondensatene jeg laget for de ulike undergruppene i forrige analysetrinn. Med denne teksten ville jeg formidle til leseren hva informantene sa om problemstillingen og hvordan datamaterialet kunne belyse problemstillingen. Jeg var i dette trinnet en forteller, og jeg prøvde å få frem hva informantene hadde sagt. Jeg fant ut at to av undergruppene hadde ganske få meningsbærende enheter. Disse undergruppene valgte jeg å slå sammen ettersom de handlet om det samme. Jeg så også at en undergruppe passet bedre under en annen kategori enn hva jeg først hadde tenkt. Jeg valgte derfor å flytte undergruppen til en annen kategori. Jeg hadde nå funnet overskrifter til kategorier og undergrupper som jeg kunne bruke i

resultatkapittelet. Funnene i dette prosjektet ble til slutt vurdert opp mot den opprinnelige sammenhengen de ble hentet ut fra. Jeg sjekket også tidligere forskning og teori for å se om funnene mine kunne gi ny kunnskap.

3.9 Etske vurderinger og valg

Forskere som skal utføre forskning med mennesker må blant annet ta stilling til etiske problemstillinger som omhandler informert og frivillig samtykke, krav til privatliv og krav til pålitelig presentasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var viktig for meg at de ansatte ikke skulle føle seg presset til å delta i dette prosjektet. Samtykket som deltakerne ga varte derfor gjennom hele prosjektet. Dette betyr at deltakerne kan trekke seg uten at det blir noen negative konsekvenser for dem. Dette ble alle de som ønsket å delta informert om. Jeg ønsket også å informere deltakerne om det overordnede formålet med prosjektet, hvilke design prosjektet mitt hadde og hvilke mulige fordeler og ulemper som kunne oppstå. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er dette viktige steg for å sikre at samtykket deltakerne ga var både informert og frivillig. For å være sikker på at dette samtykke er både frivillig og informert ble et samtykkeskjema utarbeidet. Dette skjemaet forklarte lederen og de ansatte i korte trekk hva dette masterprosjektet handlet om. Videre ga dette skjemaet informasjon om praktiske opplysninger som de ansatte trengte å vite før de takket ja til å delta. Disse opplysningene omhandlet etiske forbehold som ble tatt i dette prosjektet, eventuelle positive/negative sider med å delta i prosjektet, samt kontaktinformasjon til veilederen min og meg selv dersom de hadde spørsmål. Samtykkeskjemaet forklarte også deltakerne hvordan dette prosjektet ønsket å ivareta deres personvern. Alle de som ønsket å delta i prosjektet skrev under på samtykkeskjemaet før intervjuene startet.

De som takket ja til å delta har blitt anonymisert slik at ingen andre kan kjenne igjen hvem som har deltatt. I dette prosjektet har det blitt tatt høyde for at de ansatte på treffstedene kan komme til å kjenne igjen sine kollegaer i enkelte beskrivelser, ettersom det ikke er en stor arbeidsplass. Flere av deltakerne som ville delta i denne studien ønsket å gjennomføre intervjuet på sin arbeidsplass i arbeidstiden sin. De ble da gjort oppmerksom på at andre ansatte og brukere kunne forstå at de deltok i studien. Datamaterialet har blitt lagret på en minnepenn som var beskyttet med et personlig passord. De ferdige transkripsjonene var anonymisert, slik at de ikke kunne bli knyttet til enkeltdeltakere. Samtykkeskjemaene deltakerne skrev under på ble låst inn i en safe under hele forskningsprosjektet.

3.10 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

I følge Kvale og Brinkmann (2015) handler reliabilitet i stor grad om forskningsresultatene er konsis og troverdig. Med andre ord handler det om andre forskere kan reprodusere de samme resultatene på andre tidspunkt, såkalt etterprøvbarehet. Selv om det er ønskelig med en høy reliabilitet av forskningsresultatene, kan et for sterkt fokus på reliabilitet når forskeren har valgt kvalitativ metode motvirke kreativitet og variasjon. Derfor er det en balansegang mellom fokus på reliabilitet for å motvirke vilkårlighet og kreativitet fra forskerens side med tanke på intervjustil og evnen til å følge opp interessante temaer underveis i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015). Troverdigheten i et prosjekt økes i følge Malterud (2011) når forskeren er åpen om metoden som har ført til resultatene. I metodekapittelet har jeg redegjort for mine refleksjoner og min fremgangsmåte i dette prosjektet. Jeg har gitt en grundig beskrivelse av min metode, hvilke valg jeg har tatt og hvorfor jeg hatt tatt dem for å øke troverdigheten til dette prosjektet.

I samfunnsvitenskapen handler validitet om metoden er egnet til å undersøke det den skal. Med andre ord handler det om prosjektet svarer på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). I arbeidet med å styrke en studies validitet foreslår Malterud (2011) at forskeren stiller seg kritiske spørsmål. Slike kritiske refleksjoner bør blant annet gjøres med tanke på om studien svarer på problemstillingen og om den teoretiske rammen forskeren har valgt egner seg. Utvalget og måten datamaterialet er samlet inn på kan også forskeren stille seg kritiske spørsmål om. I det metodiske arbeidet har jeg hele tiden fokusert på problemstillingen, og alt arbeidet jeg har gjort har jeg gjort med tanke på å besvare oppgavens problemstilling. Jeg har flere ganger måttet stoppe opp for å stille meg spørsmål om jeg er tro mot informantene sin stemme og om teorien faktisk er relevant. Jeg tok også stilling om resultatene faktisk gjenspeiler de ansatte sine opplevelser av deres arbeid.

Ett annet ledd i valideringsprosessen er at jeg har tatt stilling til om metoden jeg har benyttet er egnet for å få beskrivelser av de ansatte sine opplevelser av eget arbeid. Det kan være utfordrende å forske på ansatte sin opplevelse av eget arbeid, og jeg er klar over at det kan være noen problemstillinger knyttet til dette. Det kan tenkes at mange er stolt over yrket sitt, noe som kan føre til at kun positive sider med arbeidet belyses. Det kan også tenkes at de ansatte fremhever hvor bra eget yrke og egne arbeidsmetoder er fordi de ikke ønsker å sette egen profesjon i et dårlig lys. Dette kan også handle om at de ansatte ikke ønsker å gi negative beskrivelser som kan gå ut over medarbeidere, sjefer eller deltakere. I dette prosjektet

opplevde jeg at de ansatte var stolt over yrket sitt og arbeidet de gjorde ved treffstedene. Men jeg oppdaget også at de var reflekterte over utfordringer de støtte på, for eksempel med å ivareta brukermedvirkning, hvem de skulle være et tilbud for og hvordan de kunne forbedre tilbudet.

Overførbarhet er i følge Malterud (2011) viktig for kvalitativ forskning. Overførbarhet handler om funnene i studien kan gjelde i andre sammenhenger enn den hvor prosjektet er gjennomført. Overførbarheten i kvalitative studier er ofte knyttet til utvalget i det kvalitative prosjektet (Malterud, 2011). Det kan tenkes at resultatene i denne studien også kan overføres til andre lavterskeltilbud som fokuserer på å gi deltakerne en bedre hverdag. Flere ulike faggrupper med ulik arbeidserfaring er representert i utvalget i dette prosjektet. Det kan øke overførbarheten til andre institusjoner som arbeider med psykisk helse.

4.0 Resultater

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene fra min analyse. Jeg har spesielt lagt vekt på å være tro mot det informantene har sagt samt å anonymisere deltakerne. Resultatene presenteres i kategoriene og undergruppene som ble etablert gjennom analysearbeidet. Fokuset i dette kapittelet er hvordan de ansatte opplevde at de arbeider for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag. Jeg presenterer også hvordan de selv mener at arbeidet de gjør kan fremme helsen til deltakerne. Resultatene presenteres i følgende hovedkategorier:

- 1) Grunnlaget for det videre arbeidet
- 2) Aktivitet som arbeidsmetode på treffstedene
- 3) Deltakeren bestemmer hva de ønsker å gjøre

Hva hver kategori handler om og hvilke undergrupper som hører til presenteres under hver kategori. Jeg har valgt å skrive sitater i kursiv for å få frem informantene sine opplevelser av eget arbeid.

4.1 Grunnlaget for det videre arbeidet

Treffstedene skal være et tilgjengelig tiltak i nærmiljøet til mennesker med psykiske plager. De ansatte arbeider med å spre informasjon om at treffstedene kan være et aktuelt tilbud for mange mennesker. For at deltakerne skal ha mulighet til å få en bedre hverdag og helse fokuserer de ansatte på å danne gode sosiale nettverk. Dette arbeidet handler om deres relasjon med deltakerne og om deltakernes relasjoner seg i mellom. De ansatte støtter deltakerne, gir dem mulighet til å få et nytt sosialt nettverk og de viser dem respekt. Videre vil følgende tema bli presentert: treffstedenes synlighet, gi deltakerne støtte og være tilgjengelig for brukergruppen, bygge et trygt nettverk rundt deltakerne og det handler om å vise respekt.

4.1.1 Treffstedenes synlighet

Flere av de ansatte nevner at deres kompetanse ikke alltid blir tatt på alvor. De forklarer at treffstedene har en bred og tverrfaglig arbeidsgruppe hvor flere profesjoner og faggrupper er representert. Dette er noe som ikke alltid kommer like godt frem for samarbeidspartnere og aktuelle nye deltakere. Treffstedene blir i følge informantene i dette prosjektet ofte beskrevet som kafeer av andre aktører, deres faglige kompetanse og bredde ble oversett av mange. En

av de ansatte forklarte at deres faglige kompetanse ikke ble nevnt i presentasjonsbrosjyren til treffstedene. Dette kan påvirke tilbudet ettersom det er med på å skape noen bilder av hva et treffsted er. Flere av de ansatte foreslår at treffstedene bør skifte navn. De opplever at det kan gjenspeile den faglige kompetansen og at det er et tilbud hvor gode bedringsprosesser er mulig for mennesker med psykiske plager.

Nei treffsted, det er sikkert en kafé, ord har betydning. Ressurs- og aktivitetssenter, det er jeg for. Da tenker de «aha, her kan jeg komme å bidra med noe sammen i fellesskap eller være med og komme meg opp av stolen». Men samtidig er det også mulighet for å bare komme for å være sosial, og det er ikke bare, bare det. Det å komme hit er også en aktivitet.

Informant 4

Informant 3 forteller i det følgende sitatet om et annet navn som kan beskrive hva et treffsted er.

Dette er ikke mitt forslag da (...) Mestrings- og læringscenter, det er et fint navn. Treffsted det er jo som en kafeteria, et treffpunkt. Vi er veldig mye mer enn det.

4.1.2 Gi deltakerne støtte og være tilgjengelig for brukergruppen

De ansatte forklarer at innlagte og polikliniske pasienter på DPS får informasjon om treffstedene. Her har de et kontor som er åpent noen timer i uken, hvor pasienter kan komme for å lære mer om tilbudet. Treffstedene er lett tilgjengelig og de ansatte har et mål om å være tilgjengelig for brukergruppen. Unge mennesker er ikke nødvendigvis en del av målgruppen til treffstedene. De ansatte mener at andre behandlingsalternativ er mer gunstig for dem. De unge som har møtt opp på treffstedene har gjerne hatt et behov for kontakt med voksne, da de har manglet dette i oppveksten. De ansatte ønsker å være enda tydeligere på hvem de er tilgjengelig for, og hvem de kan bistå.

Hvem skal vi være der for og er det noen som kan henvises til andre tilbud? For det blir så fullt her rett og slett, vi rekker ikke over alt. I tillegg har vi hatt en nedbemanning det siste året.

Informant 1

Flere av de ansatte la vekt på at de ønsker å møte deltakerne i ett miljø hvor alle kan føle at de blir sett og hørt. En av informantene i denne studien beskrev miljøet på treffstedene som en tilnærmet naturlig setting. Dette betyr i følge denne informanten at miljøet på treffstedene ikke skal bære preg av ulike tiltak, arbeidsmetoder og behandling. Flere av de ansatte er tydelig på at de ikke ønsker å vise tydelig at de bruker ulike metoder som motiverende intervju med deltakerne, da de opplever at dette kan forstyrre dialogen og relasjonen mellom dem. For å støtte mennesker med psykiske plager er de ansatte opptatt av at alle som jobber på treffstedene skal være ærlig på hva de er god på. Dette kan være både faglig og personlig kompetanse.

Alle informantene i denne studien la vekt på at støtten de gir til deltakerne skal være tilrettelagt til den enkelte. For å vise deltakerne at de ser dem individuelt påpekte en av de ansatte i denne studien at de alltid bruker deltakernes navn. Denne informanten forklarte at det å si hei «Per» i stede for hei «du» var noe som kunne føre til at deltakerne fikk en følelse av å bety noe, at de ble sett for den de er. Alle de ansatte i denne studien ønsket å vise at de står på lik linje med deltakerne, de vil samarbeide for å gi dem en mer meningsfull hverdag. I det følgende sitatet blir det blant annet lagt vekt på at støtte kan være viktig for å gjøre deltakeren trygg.

Det å vise respekt for den personen de er og ha forståelse, prøve å ha det og gi dem håp og tro på at det blir bedre. Det å være tilstede når de har behov for å prate og være tilgjengelig rett og slett. Støtte og være heiagjeng eller støtteperson som at jeg holder avtaler og at de kan stole på meg og ha tillit til meg og være trygg på meg.

Informant 4

Men det er ikke mulig å jobbe like tett med alle deltakerne. Det er variabelt hvor mye støtte hver enkelt deltaker har behov for. De ansatte prøver å bruke mest mulig tid i miljøet sammen med deltakerne, også når det ikke skjer konkrete aktiviteter. Gjennom dette vil de ansatte støtte deltakerne slik at de får en bedre hverdag.

Vi vil være der for å støtte dem til å få en bedre hverdag. Jeg tror at vår positivitet i jobben vi gjør er med på å påvirke deltakerne. Det er jo flere som sier at «jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten dere». Jeg tenker at det er en fin tilbakemelding å få.

Informant 5

Flere av de ansatte forteller at de opplever at deltakerne ønsker å ha dem i miljøet. Noen av de ansatte mener det er bra at de ikke trenger å bruke tid på å skrive rapporter og journaler. Dette mener de hadde gått på bekostning av hvor mye støtte de kunne gi til deltakerne. Flere av informantene opplever også at mange av deltakerne som syntes det er viktig at det ikke blir skrevet journaler og rapporter om dem. For flere av de ansatte er dette viktig for måten de arbeider på. De ønsker å være mye i miljøet sammen med deltakerne. På møter før og etter arbeidsdagen legger de ansatte planer og snakker sammen for å kunne gi et helhetlig tilbud til deltakerne. Disse møtene er i følge alle de ansatte viktig fordi de kan dele informasjon og kunnskap om deltakerne seg i mellom.

4.1.3 Bygge et trygt nettverk rundt deltakerne

Trygghet og det å ha et sosialt nettverk blir av alle informantene i denne studien trukket frem som viktig for deltakerne. Mye av arbeidet de ansatte gjør er basert på at deltakerne skal være trygge. Mange av de som benytter seg av treffstedene har et mangelfullt nettverk. De ansatte bekrefter og bygger opp under deltakerne for å styrke selvtilliten til den enkelte.

Ellers er det å bruke tid da. La folk få tid til å bli trygg her. Ofte når folk er uvillig til å delta på noe så handler det om at de er utrygg. Kanskje de har prestasjonsangst, er redd for at de ikke kjenner andre i gruppen og så videre. Hvis folk får tid til å bli trygg så kommer ofte lysten til å prøve etterhvert.

Informant 1

Flere av deltakerne har uttalt seg om at treffstedene og de ansatte er som en familie for dem. Mennesker med langvarige psykiske plager har i følge de ansatte i denne studien behov for trygghet og tilhørighet. En av informantene påpekte at deltakerne kanskje har «brukt opp» familien sin. Selv om de ansatte ikke har fokus på diagnoser og sykdom, vet de at det er mange deltakere som sliter med angst og sosiale utfordringer. Derfor bruker de tid på å skape en relasjon, som ofte danner grunnlaget for det videre arbeidet på treffstedet. Det er først når denne relasjonen er etablert at det er mulig å gjøre ting som kan utvikles videre.

Det her med relasjoner er kjempeviktig. Det hjelper ikke at det er en ansatt som en deltaker ikke kjenner til, for de oppsøker ikke dem. Om det er en ansatt og en vikar på jobb, er det de faste ansatte deltakerne går til. Det handler veldig mye om den

tryggheten. Men jeg tenker at det å gi hverandre den nødvendige informasjonen hvis det er noe spesielt i forhold til enkelte deltakere, det er med på å opprettholde det.

Informant 2

Å bygge et nettverk rundt deltakerne og slik at de kan bli trygg på de ansatte virker å ha mye å si for det videre samarbeidet mellom deltakerne og de ansatte. Noen av informantene la vekt på at de ønsker å vise deltakerne nærhet, og vise at de står i relasjonen selv om det noen ganger kan bli utfordrende. De ansatte mener det er viktig for deltakerne at det er noen faste ansatte på jobb, ettersom de blir sett på som kontinuitetsbærere. Gjennom denne kontinuiteten ønsker de å både bygge og vedlikeholde tryggheten til deltakerne. Dersom de er få på jobb, blir mye av dette arbeidet vanskelig. Det er få ansatte som skal se mange mennesker på treffstedene. Ofte er de tre til fire ansatte på jobb, og det kan komme så mange som 26 deltakere på en dag. Dette fører til at de ansatte ikke kan følge alle like tett.

Jeg tenker jo på dette med å være i miljøet, kjenne på stemningen og regulere dette er veldig viktig. Hvis vi er få på jobb har vi ikke tid til å gjøre det engang. Da faller mye av tryggheten for deltakerne bort, for de søker tryggheten i oss.

Informant 5

Informantene i denne studien forklarer at arbeidet de gjør for å bygge et trygt sosialt nettverk rundt deltakerne kan slå feil ut. En fare ved å tilby et slikt nettverk kan føre til at deltakerne ikke ønsker å forlate treffstedet og gå videre i livet. En konsekvens av dette kan i følge de ansatte være at de hindrer deltakerne i å bli mer selvstendig.

Det handler nok mye om måten vi jobber på, det er mange som er ensom og som har opplevd mye vanskelig. I mange tilfeller er vi nok deres trygge havn. Men jeg ser jo at det kan føre til at de ankrer opp i den havnen da.

Informant 5

Treffstedene ønsker å ta vare på de som trenger støtte i lengre tid. De ønsker å vise at deltakerne kan benytte treffstedene så lenge de har behov for det. Noen av informantene i denne studien fortalte at begrepet «lavterskel» kan bli oppfattet feil av aktuelle deltakere, samarbeidspartnere og deltakerne på treffstedene. Tanken med dette begrepet er at det skal være en lav terskel for mennesker med psykiske plager å søke hjelp. Men begrep som dette

kan i følge enkelte av de ansatte føre til at ressurssterke mennesker ikke kommer seg videre i livet. Deltakerne har sagt til de ansatte at de ikke liker begrepet lavterskel. Noen av de ansatte opplever at enkelte av deltakerne som benytter treffstedene ønsker at det skal bli stilt forventninger til dem. En av de ansatte påpeker at selv om begrepet kan være uheldig, skal det fremdeles være lav terskel for deltakerne å komme på treffstedene.

Det er bare å komme når det passer deg, det er en åpen dør. Lavterskel tror jeg er avleggs. Jeg tror vi skal kutte det ordet, det har en negativ virkning på enkelte som er her (...) de sier det selv (...) ord betyr, og det blir sannheten.

Informant 4

De ansatte forteller at det er viktig for mennesker med psykiske plager å skape seg et trygt nettverk. Deltakerne lever livene sine på hjemmebane med mer eller mindre støtte rundt seg. De ansatte forklarer at flere deltakere knytter nære bånd gjennom sin deltakelse på treffstedene. Mange deltakere finner ut at de har like interesser og blir venner. De ansatte vet at flere deltakere har kontakt også utenfor treffstedene. De møtes i helgene eller når treffstedet er stengt og finner på aktiviteter sammen. Det å være sosial med andre i en tilrettelagt setting, kan føre til at deltakerne går på tur, kino, teater eller andre aktiviteter sammen utenfor treffstedene. De ansatte jobber også for at deltakere med like interesser og mål skal hilse på hverandre. Dette arbeidet gjøres i følge en av informantene i denne studien litt i det skjulte. De ansatte har opplevd tilfeller hvor deltakere har dannet relasjoner som har hindret dem i å nå målene sine. Derfor ønsker de at deltakerne skal danne relasjoner hvor de kan støtte hverandre.

Mange deltakere har god forbindelse seg i mellom. Det er jo litt nettverksbyggende og det her.

Informant 3

Flere av de ansatte i min studie la vekt på at et trygt nettverk og gode relasjoner kan gjøre mennesker med psykiske plager i stand til å fremme sin egen helse. Et trygt nettverk kan også sees i sammenheng med deltakernes personlige bedringsprosess, noe som tydeliggjøres i det følgende sitatet.

Dersom du har et fast sted hvor du forhåpentligvis har opparbeidet trygghet til at du kan vise frem enda mer hvem du er og du får tillit til det. Jeg tenker at det i hvert fall ikke er en bremsen i forhold til å gå i gang med bedringsprosesser.

Informant 6

Noen av de ansatte mener at arbeidet de gjør kan være en kilde til inspirasjon og håp for deltakerne. Informantene mener det er viktig at deltakerne har håp og tro på at ting kan bli bedre. Å jobbe med deltakernes personlige bedringsprosesser blir av noen av de ansatte sett på som faglig og personlig givende og utfordrende. De mener at det stiller store krav til deres kommunikasjonsferdigheter og tilnærming til deltakerne. De ønsker å vise deltakerne at de kan være der for dem, de kan støtte dem og legge til rette for at de skal oppleve en mer meningsfull hverdag.

4.1.4 Det handler om å vise respekt

Alle de ansatte mener at respekt kan være sentralt for at mennesker med psykiske plager skal få en bedre hverdag. På treffstedene respekterer de ansatte valgene deltakerne tar, og noen av de ansatte opplever at dette kan være aktiviserende i seg selv. Respekt er i følge flere av de ansatte også en viktig del av deltakernes bedringsprosesser. På treffstedene blir deltakerne bekreftet og sett på en annen måte enn i andre deler av helsevesenet.

De ansatte i denne studien mener at deltakerne er eksperter på egen tilstand og eget liv. Ved å være åpne om deres faglige vurderinger opplever flere av informantene i denne studien at de viser deltakerne at de respekterer dem. Selv om de ansatte ikke bruker for eksempel motiverende intervju åpenlyst, kan det være deltakerne som ønsker innsyn i hvordan de jobber. En av de ansatte i min studie påpeker at deltakerne kan få mer håp og tro på egne ferdigheter dersom de får innsikt i disse arbeidsmetodene. Flere av de ansatte ser på det som en selvfølgelighet å lære deltakerne om egen tilstand.

De er veldig bevisst på sin sykdom og de er kanskje ekspert på det. Men som sagt er det mange vi ikke vet diagnosen eller tilstanden til. Men å bli møtt som menneske tror jeg er viktig for dem og ikke ha fokus på noe annet enn det de mestrer og at vi slipper litt opp og. Det har stor betydning og da blir de mer deltakende. Den jobben jeg har er å sitte på hendene mine på en måte og motivere dem til å delta på sine egne premisser

og ut fra egne ønsker og interesser, og selvfølgelig behov. Begrensningene har vi i bakhodet, men det er ikke det som er i fokus.

Informant 4

De ansatte er opptatt av at alle som deltar på treffstedene skal oppleve at de blir tatt på alvor. De respekterer valgene deltakerne tar selv om de ikke alltid er enig i valget. Det hender at de ansatte opplever at en deltaker har behov for bistand med praktiske gjøremål. Dette kan handle om å besøke tannlegen eller snakke med NAV. I slike situasjoner kan de ansatte spørre om deltakeren ønsker hjelp med dette. Da kan deltakeren oppleve at de ansatte bryr seg om dem, noe som kan styrke selvbildet og selvfølelsen til deltakeren.

I samtale med deltakerne opplever noen av de ansatte at deltakerne ofte henger seg opp i ting som har skjedd før. Deltakerne fokuserer på det som har ført til at de er i den situasjonen de er i nå. Derfor fokuserer de ansatte på hvordan ting skal bli i fremtiden. Men en av informantene i denne studien var tydelig på at de som jobber på treffstedene ikke må glemme deltakernes bakgrunn. Denne informanten forteller at de ansatte flere ganger får enormt mye respekt når de får vite hva deltakerne har opplevd tidligere. Til tider snakker flere av informantene med en form for beundring av deltakerne på treffstedene. De ansatte er tydelig på at de ønsker å vise deltakerne at de kan få en bra fremtid til tross for de psykiske plagene.

4.2 Aktivitet som arbeidsmetode på treffstedene

De ansatte på treffstedene motiverer for deltakelse i mange ulike aktiviteter i deres arbeid med mennesker som sliter med psykiske plager. De ønsker å fremme deltakernes indre motivasjon og vise at de har troen på dem. Gjennom å mestre ulike aktiviteter og det sosiale samspillet på treffstedene mener de ansatte at deltakerne kan få større tro på egne ferdigheter og håp om at ting skal bli bedre. De legger til rette for at alle skal kunne delta i aktiviteter de ønsker å drive med. Aktivitet blir av de ansatte sett på noe som fremmer helsen til deltakerne. Videre vil følgende tema bli presentert: motivasjon for deltakelse, mestring og aktivitet er helsefremmende. Under teamet mestring er det også ett tema som handler om mestring av gruppeaktiviteter.

4.2.1 Motivasjon for deltakelse

Informantene i denne studien snakker om hvordan deltakernes motivasjon kan påvirke deltakelse i ulike aktiviteter. Motivasjonsarbeidet kan i følge de ansatte gjennomføres på flere ulike måter. Men også her snakker de om hvor viktig det er å bli kjent med deltakerne. Gjennom samtaler med deltakeren prøver de å finne ut hva personen ønsker med sin deltakelse på treffstedet. Når de ansatte blir bedre kjent med deltakerne finner de også ut hvordan de kan motivere akkurat han eller hun for deltagelse i aktivitet. De ansatte bruker ofte motiverende intervju som samtalem metode for å styrke personenes motivasjon.

På et vis er det jo at man er i lokalet og ser andre holder på, så kan det være inspirerende og smitte over. Og i noen tilfeller snakker vi om aktiviteten og prøver å motivere på den måten (...) jeg bruker altså min fagbakgrunn for å motivere til aktivitet og deltakelse fordi jeg tror det er verdifullt i forhold til å mestre livet sitt.

Informant 1

Noen av de ansatte snakker om hvilken betydning aktivitet kan ha for mennesker med psykiske plager. Informant 4 forklarer at mennesker som er passiv kan miste gnisten. De må selv håpe og tro at ting kan bli bedre. En slik indre motivasjon drevet av håp og tro kan øke energien til mennesker med psykiske plager i følge informant 4. Men det er ikke alltid denne motivasjonen kommer av seg selv, og deltakerne må ha makt til å definere hva som motiverer dem.

Folk kan gå tilbake i funksjon både fysisk og mentalt på grunn av psykisk sykdom. De kan stenge seg inne, lukke seg, ikke gidde eller slike ting. Der ser vi jo at tingene vi holder på med er med på å aktivisere folk. Vi ser at det kommer ikke av seg selv, det må mye motivasjon til. Og motiveringen må være på en sånn måte at det oppleves greit, at det ikke oppleves som press. Det er en veldig fin balansegang (...) vi er på tilbudssiden her, det er ingen tvang.

Informant 3

De ansatte motiverer deltakerne slik at de kan nå sine mål og drømmer. Aktiviteter som er meningsfulle blir trukket frem av de ansatte som viktig for å øke deltakernes indre motivasjon. Informantene i denne studien påpeker at deltakerne trenger ulike tiltak, det holder ikke med bare medisiner for eksempel. De må selv få bestemme hvilke aktiviteter de ønsker å

gjøre, men de må ha støtte og hjelp. De ansatte får se gleden av små ting i hverdagen, gjennom at de motiverer deltakerne til å delta i aktiviteter.

Vi prøver jo å stimulere til alle mulige initiativ (...) vi prøver å få folk mest mulig med på de hverdagslige aktivitetene. Det har vi troen på at kan være nyttig.

Informant 3

Men dette motivasjonsarbeidet er ikke alltid like enkelt. De ansatte i denne studien mener at mennesker med psykiske plager kan ha en tendens til å trekke seg tilbake. Derfor har de ansatte nå begynt å samle inn kontaktinformasjonen til nye deltakere som kommer innom treffstedet. Tidligere har de ikke hatt mulighet til å følge opp motivasjonsarbeidet dersom en person ikke har kommet tilbake. Nå kan de ansatte ringe de som ikke kommer tilbake og finne ut om det er noe de kan gjøre for at denne personen skal komme tilbake. De ansatte arbeider med å motivere så mange som mulig fordi de mener at alle kan ha utbytte av å delta i meningsfulle aktiviteter. Dersom en person trekker seg unna, er de opptatt av å følge denne personen opp. På denne måten motiverer de ansatte ikke bare de som er aktiv på treffstedet, men også de som trekker seg tilbake.

4.2.2 Mestring

Deltakerne som oppsøker treffstedene mestrer livet sitt i varierende grad. Det er ulike grunner til at deltakerne ønsker å delta på treffstedene og ofte handler det om isolasjon, ensomhet og sosiale utfordringer. Da kan mestring handle om at de ansatte lar deltakeren bli trygg på treffstedet. De ansatte legger da til rette for frivillig deltakelse hvor deltakeren selv bestemmer hvor aktiv de ønsker å være.

Få med brukerne på det, sånn at de kan oppleve mestring. Hele tiden fokus på at deltakeren kan oppleve mestring.

Informant 2

De ansatte hadde gjennom samtaler med deltakerne fått flere tilbakemeldinger som kan tyde på at de som benytter seg av treffstedene får noe igjen for det. En informant nevner blant annet at deltakere har sagt at de gjennom sin deltakelse har fått større tillit til egne ferdigheter, tro på en bedre fremtid og håp om at ting skal bli bedre. Dette er noe som jobbes med på

treffstedene og i det følgende sitatet tydeliggjøres det hvilken tilnærming de ansatte benytter seg av i dette arbeidet.

For å bidra til mestring har vi en trinnvis tilnærming, som gir mening og tillit til egen mestring. De får gjerne til de små skrittene, men jeg tenker at det noen ganger er lett å overse dem. Da har vi en viktig oppgave med å sette på forstørrelsesglasset på det skrittet som er gjort og den forskjellen som deltakeren har gjort. Mange ganger kan vi være en bidragsyter slik at de kan se dem.

Informant 6

Aktivitet og deltakelse syntes å være sentrale elementer i de ansatte på treffstedene sin måte å jobbe på. Alle informantene i denne studien var tydelig på at de la til rette for mestring fordi de mente at det kunne være positivt for deltakerne. Flere av informantene var allikevel tydelig på at selv om de hadde lagt til rette for mestring, er det ikke slik at alle deltakerne som kommer på treffstedene må mestre noe konkret. De ansatte ønsker at treffstedene skal være en arena hvor mennesker med psykiske plager skal kunne oppleve mestringsfølelsen fordi de ansatte mener at det kan gi dem en bedre hverdag og helse. Det blir ikke stilt krav til hvor ofte deltakerne må komme på treffstedet og hva de skal gjøre for å oppleve mestring. Deltakerne velger selv hvilke aktiviteter de ønsker å gjøre, og hvor lenge de ønsker å delta i de ulike aktivitetene. Flere av deltakerne har opplevd mestringsopplevelse av å for eksempel ta med seg aktiviteter som strikking, matlaging eller trening hjem.

Å starte der deltakeren er blir av flere av de ansatte sett på som et godt utgangspunkt for at deltakerne skulle mestre aktiviteter. For de ansatte er det en balansegang mellom omsorg og det å utfordre deltakeren til å finne mål og retning. Mestringsfølelsen er en individuell følelse som best blir beskrevet av deltakeren selv. For noen kan mestring handle om å komme seg en tur ut i skogen, mens andre må opp på den høyeste fjelltoppen for å oppleve at de mestrer aktiviteten. Aktivitetene må være på deltakernes premisser, det er da de har størst mulighet for å oppleve mestring. De ansatte jobber sammen med deltakerne for å finne ut hvordan han eller hun ønsker å bruke treffstedet.

De må legge noen delmål som de klarer nå, slik at de ikke blir skuffet gang på gang. Og de er jo veldig flink til å bli skuffet gang på gang. Hvis det er noe de kan så handler det om disse nedturene sant. Det med å sette seg mål som en klarer, det er

veldig viktig for at de skal oppleve mestring (...) Jeg pleier å si at du ikke må legge listen høyere enn at du klarer å hoppe over den.

Informant 5

Alle de ansatte legger vekt på at de ønsker å se menneskene bak de psykiske plagene. Noen av informantene forklarer at det kan være greit å ha litt kunnskap om psykisk helse for å kunne tilrettelegge aktivitetene. Denne kunnskapen brukte de i arbeidet med å tilrettelegge slik at alle kunne delta.

Vi tilrettelegger og ser dem individuelt og i grupper. Jeg vet at det er positivt å være deltaker sammen med andre (...) mestringsfølelsen er jo veldig stor da, og det skal veldig lite til for å glede folk. Du bruker jo alle de ressursene som er tilgjengelig, og at de har en utfordring, det er vi klar over.

Informant 4

Mestring handler ikke alltid om konkrete aktiviteter, det kan også handle om å mestre det sosiale miljøet på treffstedene. Noen kommer for å være i kontakt med andre, mens andre kommer fordi de ønsker å delta i en konkret aktivitet. De ansatte er klar over at mennesker med psykiske plager opplever mestring på ulike måter. De jobber for at alle som deltar på treffstedene skal ha like muligheter for å oppleve mestring.

Den sosiale aktiviteten om ikke å gjøre en aktivitet i det heletatt (...) vi definerer det kanskje ikke som en aktivitet, men egentlig er det jo det. Og det er jo mange som kommer hit kun for det. Og det er jo ikke bare det heller, for det er en kjempeviktig del av det (...) det er denne grunnleggende tingen ved treffstedene (...) det å komme hit å være sosial.

Informant 1

Noen av de ansatte mener deltakerne kan få nye erfaringer og ny kunnskap gjennom å delta på treffstedene. Dersom en deltaker fatter interesse for en aktivitet, kan dette føre til at han eller hun ønsker å gjøre aktiviteten på fritiden også. De ansatte mener at dette er en måte å forlenge tilbudet på, som kan øke livskvaliteten til deltakeren flere timer i døgnet. Flere av informantene i denne studien forklarer at mange av deltakeren bruker treffstedene som en form for jobb eller aktivitet i hverdagen. Noen kommer innom av og til, for andre er

treffstedene det mest meningsfulle i hverdagen deres. De ansatte jobber hele tiden med å tilpasse tilbudet slik at det skal være meningsfullt for alle. På husmøter er det både deltakere og ansatte som diskuterer tilbudet, hva er bra og hva kan bli bedre? På disse møtene ønsker de ansatte å ivareta at deltakerne blir hørt og at deres ønsker blir gjennomført dersom det er mulig innenfor rammene til treffstedene. Noen av informantene i denne studien mener at dette kan bidra til at alle som kommer på treffstedene kan oppleve mestring.

Det er ikke vedtaksbasert. Mange kommer derfor frivillig og mange sier at de kommer for å ha noe å gjøre på i hverdagen. De ser kanskje at naboen drar på jobb og kommer tilbake fra jobb klokken tre. Når de kommer på treffstedet får de også den følelsen at de drar på noe meningsfullt, det er de mange sier da.

Informant 5

4.2.2.1 Mestring av gruppeaktivitet

På treffstedene har de et bredt spekter av ulike gruppeaktiviteter slik at deltakerne kan delta på det de ønsker å oppleve mestring innenfor. Gruppeaktivitetene treffstedene kan tilby er blant annet; malegruppe, friluftsgruppe/turgruppe, treningsgrupper og matlaging. Det er deltakerne selv som bestemmer hvilke aktiviteter treffstedene skal tilby. De ansatte ser på seg selv som bidragsytere som er tilgjengelig for deltakerne. Flere av de ansatte tar avstand fra en rolle hvor de som helsepersonell er eksperter. De kan støtte deltakerne med sin faglige kompetanse og medmenneskelighet. Dersom noen er veldig god på en aktivitet kan de sammen med en ansatt drive gruppeaktiviteten fremover.

Det skal være muligheter på treffstedet slik at de får laget sine egne planer og prosjekter for å øke tilliten til egen mestring. En må være tilstede og en må være koblet på deltakeren og tenke at han eller hun sitter med nøkkelen her, de sitter med ressursene og de sitter med mulighetene.

Informant 6

De ansatte opplevde at det kunne være utfordrende å se hver enkelt deltaker i gruppeaktivitetene. De ønsker å tilrettelegge så godt som mulig for at enkelt deltakere skal mestre aktiviteten, og da kan det være vanskelig å se gruppen som helhet. De beskriver tilrettelegging individuelt i gruppeaktivitetene som spennende, hvor de får brukt sin faglige og

personlige kompetanse. Dette handler i følge informant 4 om å akseptere menneskene som de er.

Det kan være utfordrende å løse alle sine problemer innenfor ett og samme tilbud, fordi behovene er veldig ulik. Men det tenker vi at vi får til på en god måte gjennom å tilrettelegge individuelt innenfor gruppetilbudet.

Informant 2

Gjennom en refleksjonsgruppe alle treffstedene har en gang i uken snakker de ansatte og deltakerne om hva helse er for hver enkelt. Denne gruppen heter «helse i hverdagen», og det er deltakerne som bestemmer hva som skal diskuteres. De snakker blant annet om hva som er meningsfullt, hva god helse er og hvordan en god hverdag kan se ut. De ansatte har fått signaler fra deltakerne at de gjennom sin deltakelse på treffstedet gjerne bruker mindre medisin, har en bedre hverdag og kjenner at ting går bedre. Informant 1 forteller at det er ønskelig at deltakerne skal komme seg videre, selv om det kan ta lang tid. Det er en god situasjon dersom de har funnet seg noen nye holdepunkter i hverdagen.

4.2.3 Aktivitet er helsefremmende

Treffstedene er en sosial arena hvor mennesker med psykiske plager får øve seg på å være sammen med andre. Gjennom å øve seg på sosiale koder som andre kan se på som enkle og selvfølgelig, mener noen av de ansatte i min studie at deltakerne kan bli tryggere på egne ferdigheter. Det blir sett på som helsefremmende at de har en plass som treffstedene å gå til. De ansatte forklarer at det å gjøre noe meningsfullt sammen med andre er med på å fremme helsen til deltakerne. De ansatte jobber med å fremme helsen til deltakerne gjennom aktivitetene på treffstedet.

Det å ha noen ting som er givende tenker jeg er helsefremmende i seg selv. Og hvis det er betydningsfullt og meningsfylt for deltakerne å komme til treffstedet så er det helsefremmende. Og det å være et tilbud som er lett tilgjengelig uten vedtak som du kan komme til når du selv har behov for det. Det tenker jeg er viktig. Og det er mye forebyggende som kan foregå i treffsted sammenheng, med at vi kan ivareta deltakerne i for eksempel krise.

Informant 2

De ansatte mener at deltakerne selv må delta for å kunne fremme sin egen helse. Noen av de ansatte forklarer at de legger til rette for at dette skal være mulig. De ser på det som helsefremmende dersom deltakerne deltar selv og opplever mestring og en mer meningsfull hverdag. En av informantene forklarer i det følgende sitatet hvordan deltakerne selv kan fremme sin egen helse.

Jeg tror at det er gjennom praksis, gjennom det å prøve det her og se at det kanskje kjennes bra ut for dem selv. Eller at andre holder på med en aktivitet, det kan jo smitte over og inspirere. Men selvfølgelig motivasjonsarbeidet og.

Informant 1

Flere av informantene snakker om det å fremme helsen til deltakerne og hvordan dette kan være forebyggende. De ansatte forklarer at deltakelse på treffstedene både kan skape bedre helse og at det også har en forebyggende effekt hvis det hindret innleggelse eller re-innleggelse. Om ikke selve aktiviteten er helsefremmende, kan det skje helsefremmende prosesser gjennom aktivitet og deltakelse.

Jeg syntes jo veldig mye av det vi gjør er helsefremmende, nettopp fordi det er normale ting vi tilbyr. Riktignok i en tilrettelagt setting da. Men vi har jo også andre aktiviteter vi gjør som er utenfor huset her. Vi trener blant annet på treningsstudio to dager i uken hvor vi drar ut av huset og trener på lik linje med andre som kommer der. Vi benytter tilbud i byen slik som kino, kunstutstilling og sånne ting.

Informant 1

Når informanten i sitatet ovenfor legger vekt på normale ting, handler det om at de ansatte på treffstedene opplever at dette fokuset kan være effektivt. De ønsker å tilby aktiviteter som deltakerne ønsker å gjennomføre, også utenfor treffstedene. Svært mange av aktivitetene på treffstedene er hverdagslige aktiviteter som de ansatte opplever at deltakerne har utbytte av å delta i. En av de ansatte er opptatt av at treffstedene blir verdsatt og at andre også kan se fagligheten i hverdagslige aktiviteter.

Det er utrolig mye godt faglig arbeid som foregår på treffstedene. Det er de små tingene her som jeg erfarer er det mest helsefremmende. Lett tilgjengelig, gode relasjoner, trygghet, aktiviteter som er meningsfulle.

Informant 2

De ansatte har et fokus på at hverdagslige ting kan være med på å fremme helsen til brukergruppen dersom det oppleves som meningsfullt. De har blant annet valgt å gjennomføre turene i turgruppen i nærmiljøet, slik at deltakerne kan gå turen på egenhånd senere dersom de ønsker det. I en forlengelse kan dette føre til at deltakerne klarer å håndtere hverdagen sin enda bedre. Gjennom deltakelse på treffstedet har deltakerne blitt kjent med aktiviteter og turer som de kan bruke også utenfor treffstedet.

Flere av de ansatte i denne studien mener at arbeidet de gjør og aktivitetene de tilbyr kan være helsefremmende fordi det kan gi deltakeren en bedre hverdag. Noen av de ansatte forteller at de fleste deltakerne ønsker å bli bedre, og alt som kan bidra til dette kan føre til at deltakerne får en bedre helse. Noen av informantene mener at det arbeidet de gjør fungerer, også utenfor treffstedene.

Hele tiden fokus på hvilke måter det kan være helsefremmende i den forstand at de blir gjort i stand til å gjøre det på egenhånd, også utenfor treffstedet.

Informant 2

Flere ansatte i denne studien påpeker at aktivitet kan være veien til bedre helsen for mange, og på denne måten kan de også komme inn i gode bedringsprosesser. De ansatte er tydelig på at de ikke må glemme at forutsetningene til deltakerne kan være svært ulike. Noen av informantene opplever at en av arbeidsoppgavene deres består av å balansere deltakernes aktiviteter på treffstedet og ellers i hverdagen.

Vi har klokketro på at det å være i aktivitet er godt for folk. Og vi har ulike behov, vi må starte der folk har lyst å være med. Og det er noen som er med på nesten alt her, som vi nesten må bremse litt (...) vi prøver å hjelpe dem å balansere litt. Vi har jo troen på aktivitet som middel for å fremme helsen da, så enkelt.

Informant 3

Noen av deltakerne går videre til skole og jobb. Andre prøver seg gjerne en periode i jobb, men de finner kanskje ut at de ikke ønsker det allikevel. Men ettersom de har prøvd, så har de fått utnyttet ressursene sine på en positiv måte. Enkelte deltakere har sagt til de ansatte at det å delta på treffstedet har reddet livet deres fordi det har blitt så meningsfullt.

Når du gjør noe lystbetont så kjenner du at dersom du har en dårlig dag og kommer hit og kanskje blir med på en gruppe som betyr noe for deg, som er meningsfull. Da kan de kjenne at de har det godt og at de har hatt en god dag (...) det er meningsfylt som skaper en god dag, og det er helsefremmende.

Informant 4

Bedringsprosesser ble av en av de ansatte sett på som en holdning, tilnærming eller filosofi. Det ble lagt vekt på at personlige bedringsprosesser ikke er en metode hvor de ansatte kan følge samme oppskrift med alle deltakerne. De ansatte jobber for at deltakerne skal oppleve en mer meningsfull hverdag og en bedre helse.

Jeg tenker at vi skal muliggjøre at deltakeren utforsker, reflekterer og at de er delaktig. Det (bedringsprosesser) er en holdning og det er en måte å tenke på som gjennomsyrrer min faglighet.

Informant 6

Informantene forklarer at de nå har mer fokus på at deltakerne kan komme seg videre, som et ledd i deres fokus på deltakernes bedringsprosesser. Noen av informantene i denne studien opplever at de har jobbet med et fokus på brukernes ressurser og bedringsprosesser lenge. Andre informanter har en forståelse av at de nå er enda tydeligere på hvordan de jobber for at deltakerne skal komme inn i gode bedringsprosesser. Flere av de ansatte som deltok i denne studien opplevde at dette var et viktig steg for at de ble tatt mer på alvor og at de fikk synliggjort den faglige kompetansen de har. Flere informanter påpeker at de har en faglig kompetanse de kan bruke for å fremme deltakernes helse, gjennom å fokusere på individets personlige bedringsprosess. De ønsker at treffstedene skal være en arena for personlig utvikling, og en av informantene trekker paralleller mellom personlige bedringsprosesser og helsen til deltakerne.

Hvis du har en bedringsprosess så tenker jeg at det er jo ikke noen forringelse av helsen (...) for meg og i forhold til treffsted, så tenker jeg at de perspektivene er veldig flettet inn i hverandre, i den konteksten. Jeg tenker også på det her med at det er noe felles i det med at det også er noe håp i det, noe håpefullt i det.

Informant 6

Trening og friluftsliv blir sett på som helsefremmende aktiviteter av flere av de ansatte i denne studien. Men de ansatte er tydelig på at slike aktiviteter er kun helsefremmende dersom det oppleves som meningsfullt og om det er med på å øke livskvaliteten til individet.

Jeg tror vi har veldig forskjellige mål på hva som er livskvalitet. Det som er min livskvalitet trenger ikke å være en deltakers livskvalitet. Det med å få avklart hva som er positivt og bra for deltakerne, da er det lettere for meg og være der å støtte deltakeren og øke deres livskvalitet

Informant 5

4.3 Deltakerne bestemmer hva de ønsker å gjøre

Informantene forklarer at deres arbeid handler om deltakerne. De ansatte mener alle mennesker har iboende ressurser de kan benytte seg av for å fremme egen helse og få en mer meningsfull hverdag. Brukernes ønsker, interesser og mål er med på å styre hvordan de ansatte jobber. Gjennom samtaler og kartlegging finner de ansatte ut hvilke mål deltakerne har og hvordan de kan støtte dem for å nå disse målene. De som oppsøker treffstedene skal ha mulighet til å påvirke tilbudet og styre egen hverdag. Under denne kategorien vil følgende tema bli presentert: fokus på deltakernes ressurser, jobbe mot deltakernes mål og la deltakerne styre sin egen hverdag.

4.3.1 Fokus på deltakernes ressurser

De ansatte forklarer på ulike måter hvor viktig det er for dem å arbeide med et fokus på deltakernes ressurser. Deltakernes psykiske plager i hverdagen settes til side ettersom de ansatte fokuserer på at alle har iboende ressurser.

Vi bryr oss ikke om det er paranoia eller om det er depresjon eller angst. Jeg tenker at hvis du er god på å bake boller kan du være med på det. Det med å ikke bry seg om diagnose er jo første bud tenker jeg.

Informant 5

Gjennom samtaler og aktiviteter jobber de ansatte for å finne ut hvilke ressurser deltakerne har. Det er deltakerne som har ressurser til å fremme egen helse og til å komme inn i gode bedringsprosesser. Det er sentralt for de ansatte sin arbeidsmåte at deltakerne selv må ta i bruk disse ressursene.

Det kan være gjennom aktivitet eller det kan være gjennom andre ting. Men det å få øye på at du har ressurser, det kan være en krevende øvelse. Det at jeg sitter med ressurser selv om det er fylt opp med mange nederlag og andre ting, så har du ressurser. Der er vi en viktig aktør tenker jeg.

Informant 6

De ansatte kan på ulike måter bistå deltakerne med å finne frem til deres ressurser. Flere av de ansatte snakker om en bevisstgjøring, hvor deltakerne selv blir klar over at de har ressurser. Treffstedene kan i så måte bli sett på som et fristed hvor mennesker med psykiske plager kan utvikle seg i sitt eget tempo. Uansett hvordan fremgangsmåten er, ønsker de ansatte at deltakerne skal klare å utnytte sine ressurser. Aktivitet blir sett på som et sentralt virkemiddel for at deltakerne skal kunne ta i bruk sine ressurser.

Dersom jeg ikke vet hvordan jeg skal gjøre en aktivitet, men en deltaker kan det, kan han eller hun lære meg det så kan vi se om vi får den aktiviteten i gang (i gruppen). Vi finner frem deltakernes ressurser, det beste som finnes er jo å være uvitende ansatt. Det er et veldig bra utgangspunkt for å få en god relasjon med deltakeren.

Informant 5

Dersom en deltaker har svært mange ressurser, eller er veldig god på en spesifikk aktivitet, kan han eller hun få bidra inn i tilbudet. Da kan denne personen for eksempel drive gruppen sammen med en ansatt, dersom han eller hun ønsker det. På denne måten viser de ansatte at de ser ressursene til deltakeren, og at de har troen på vedkommende. Et slikt fokus på ressurser blir sett på som en sentral del av de helsefremmende tiltakene på treffstedene.

De konkrete tiltakene da tenker jo jeg på recovery orienteringen. At de får bruke sine egne ressurser, ikke at de får men at det åpnes muligheten for de som ønsker det. Det å bruke sine egne ressurser er jo på en måte å fremme helsen, altså helsefremmende.

Informant 2

4.3.2 Jobbe mot deltakernes mål

Tidligere har de ansatte ikke registrert deltakernes mål og ønsker når de kommer til treffstedet. Dette har de nå startet med gjennom en førstegangssamtale med alle nye deltakere. De har nylig utarbeidet et kartleggingsskjema som de bruker i denne samtalen. Dette skjemaet er på en A4 side og inneholder spørsmål som gjør at de ansatte kan bli bedre kjent med personen. En ansatt går gjennom skjemaet sammen med deltakeren. De snakker om hvilke mål, interesser og ønsker han eller hun har. De ønsker også å finne ut hvordan de kan støtte dem. En av informantene i denne studien forteller at de ansatte kan bruke dette kartleggingsskjemaet til vise deltakerne at de har en tro på at deltakerne skal nå sine mål og komme seg videre.

Hvis en av oss ansatte har den førstegangssamtalen så får vi gjennom skriftliggjøring i kartleggingsskjemaet også gitt informasjon til de andre ansatte uten at det blir veldig tilfeldig. Det blir en strukturert måte å jobbe på, der deltakeren sine ord og deres uttrykk er det som blir gjeldende når vi videreformidler det.

Informant 2

De ansatte har inntrykk av at de jobber etter deltakernes ønsker, interesser og mål. De fleste deltakerne har konkrete mål som de kan jobbe med på treffstedet. For de som ikke har klare mål når de kommer på treffstedet, kommer det ofte etterhvert. I dette arbeidet ønsker de ansatte å vise at de har noen forventninger til deltakerne på treffstedene. Tilbudet kan deltakerne benytte så lenge de ønsker, men det kan også være et springbrett videre for de som har mål om dette.

Vi må stille forventninger til dem og på en måte være en dialogpartner der, det er viktig i forhold til min profesjonelle rolle.

Informant 6

4.3.3 La deltakerne styre sin egen hverdag

Mange av de ansatte i denne studien legger stor vekt på at deltakerne skal ha medvirkning på tilbudet til treffstedene. Det er naturlig for de ansatte at deltakerne får bestemme hvordan de ønsker å benytte tilbudet. De ansatte syntes det er stimulerende å jobbe med et sterkt fokus på deltakernes ønsker. De blir godt kjent med menneskene som deltar på treffstedet, og de klarer ofte å finne løsninger som passer for alle.

Det er deltakerne sin hverdag treffstedet skal gi et tilbud til. Jeg tenker det er helt naturlig at de har medvirkning eller i det heletatt bestemmer hvordan det skal være. Og det er også det som det legges opp til i planlegging, altså det undersøkes hvilke ønsker de har med tanke på samarbeidet. Det er ikke de ansatte som skal drive det her, det er et samarbeid mellom deltakere og ansatte.

Informant 2

Ukeplanen er i følge noen av informantene et konkret uttrykk for en kontinuerlig dialog med deltakerne. De som benytter treffstedene får ikke en individuell ukeplan, men det lages felles ukeplaner på treffstedene. Ukeplanene på de ulike treffstedene er ikke lik ettersom deltakerne har forskjellige ønsker. De ansatte bruker også sin kunnskap om sunne aktiviteter for å lage varierte ukeplaner. Når nye deltakere kommer på treffstedet kan de komme med forslag til aktiviteter som de ønsker å ha i ukeplanen. Sammen kommer de ansatte og deltakerne frem til en løsning slik at alle opplever at de kan delta i noe meningsfullt på treffstedet.

Du er på en arena som mange bruker veldig mye, noen kan være her hele uken. I det så ligger det jo at vi er en stor del av hverdagslivet deres og at du da får mulighet til innvirkning, medvirkning og delaktighet i det som er en del av hverdagslivet deres. Det tenker jeg at er et viktig element i bedringsprosesser da, at du kjenner at det foregår noen gode sirkler i hverdagen.

Informant 6

Et resultat av brukermedvirkningen på treffstedene er at deltakerne har fått mer ansvar. Dersom de ansatte skal ha fagdag har de lagt til rette for at deltakerne kan holde treffstedet åpent. Det er to brukerrepresentanter ved hvert treffsted som er valgt av deltakerne. Disse kan da få nøklene og ansvar for å åpne og lukke treffstedet. De ansatte opplever at måten de arbeider med brukermedvirkning har mye å si for deltakerne.

Men det er ikke alltid et slikt samarbeid er like enkelt. Det kan være utfordrende for de ansatte å fokusere på deltakernes ønsker ettersom treffstedene har rammer å holde seg innenfor. En av de ansatte forteller at de må ta hensyn til arbeidstid, arbeidsmiljø, sammensetning av de som er på jobb og tilrettelagte arbeidsdager på den ene siden. På den andre siden må de ivareta deltakernes ønsker og ta dem på alvor slik at samarbeidet skal fungere bra. En annen ansatt trekker fram at selvbestemmelse kan føre til at deltakerne blir lykkeligere.

Ekte lykke må være å få bestemme over sitt eget liv. Å si at du gjør det feil og jeg gjør rett, det har vi ingen rett til å si. Alle er ulik og vi må ha aksept for de ulike.

Informant 4

Grunnen til at mange av de ansatte i denne studien trekker frem brukermedvirkning og selvbestemmelse er fordi de mener det kan være helsefremmende for deltakerne. Noen av informantene påpeker at hvis deltakerne har et eierforhold til eget prosjekt og får styre egen hverdag, så får deltakerne også mulighet til å styrke egen helse. Deltakerne blir derfor oppfordret av de ansatte til å komme med løsninger selv. Noen av de ansatte i min studie var tydelig på at de ikke skulle ta noen valg for deltakerne. En av informantene forklarte blant annet at noen deltakere gjerne ønsket at noen skulle styre hverdagen for dem og ta valg for dem. Denne informanten påpeker at dette ikke er en helsefremmende måte å arbeide på. Flere av informantene mener at de hele tiden må tenke på brukermedvirkning og om de kan imøtekomme deltakernes ønsker.

Det er lett å glemme det (brukermedvirkning) i farten, eller hvis en bruker foreslår ting som vi ikke er helt enig i. Da møter vi oss selv i døren, og må gå noen runder der. Det er ikke like enkelt bestandig, noen ganger er det ganske utfordrende.

Informant 1

De ansatte mener at arbeidet som gjøres på treffstedene kan motvirke at deltakerne føler seg utenfor samfunnet. Brukermedvirkning blir av alle de ansatte i denne studien sett på som sentralt for at deltakerne skal oppleve at de er en del av samfunnet. Noen av de ansatte i denne studien opplever at det kan være utfordrende å jobbe med et så sterkt fokus på brukermedvirkning. Andre informanter i denne studien ønsker derimot at det skal bli enda mer brukermedvirkning på treffstedene.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere empirien fra dette prosjektet opp mot tidligere forskning og teori. Fra resultatene skiller 'nettverk, støtte og relasjoner', 'aktivitet', 'brukermedvirkning' og 'ta oss på alvor' seg ut som sentrale tema for å besvare problemstillingene i denne oppgaven. På bakgrunn av dette bruker jeg disse fire temaene som struktur på diskusjonens oppbygging. Til slutt i dette kapitlet presenteres det forslag til videre forskning på området.

5.1 Nettverk, støtte og relasjoner

For å øke tilgjengeligheten til treffstedene i Trondheim kommune er de plassert i tre ulike nærmiljø. Mange mennesker med psykiske plager opplever utfordringer med å søke hjelp (Helsedirektoratet, 2014), og mange av disse menneskene kommer aldri i kontakt med heletjenesten (Folkehelseinstituttet, 2015). Herrman og Jané-Llopis (2012) hevder at mennesker med psykiske plager kan stå i fare for å bli sosialt isolert fordi de har en tendens til å trekke seg unna. Plasseringen til treffstedene syntes å være ett viktig tiltak for å gjenskape en tilhørighet til nærmiljøet og senke terskelen for å søke hjelp. Borg (2009) påpeker at tilhørighet til nærmiljøet er viktig for den personlige bedringsprosessen til mennesker med psykiske plager. De ansatte i min studie jobbet i følge flere av informantene med å spre informasjon om hva treffstedene er og hvem som kan ha utnytte av å delta på tilbudet. En av de ansatte opplevde at det var helsefremmende for brukergruppen at de var lett tilgjengelig. Informantene i denne studien opplevde at treffstedene var lett tilgjengelig for brukergruppen. Ajdacic-Gross (2014) hevder at mennesker med psykiske plager bør bli oppmuntret til å søke hjelp og at de har behov for økt kunnskap ettersom det kan føre til at flere ønsker å søke hjelp. Men selv om treffstedene blir definert som lavterskeltilbud, kan aktuelle deltakere oppleve at det er vanskelig å søke hjelp. Edland-Gryt og Skatvedt (2013) hevder at mange brukere kan oppleve at terskelen for å ta kontakt med lavterskeltilbud kan være for høy. I følge dem er det umulig å tilby tjenester uten at det er noen terskler som kan hindre at mennesker får tatt i bruk tilbudet. Selv om deltakere kommer tilbake til lavterskeltilbudet, er det ikke sikkert de har nok tillit til å fortelle om sine behov (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013).

Elstad (2014) fant i sin studie at de ansatte på treffstedene ønsker å støtte mennesker med psykiske plager i hverdagen, de skal ikke behandle dem. De ansatte i min studie var tydelig på at de brukte sin faglige og personlige kompetanse for å støtte mennesker med psykiske plager.

De ønsket å skape gode relasjoner mellom dem og deltakerne, og i dette arbeidet mener Edland-Gryt og Skatvedt (2013) at tillit er viktig. Sommer et al. (2013) hevder at ansatte på lavterskeltilbud har et ansvar for å skape tillitsfulle relasjoner til deltakerne. De ansatte sin væremåte kan bidra til å skape slike tillitsfulle forhold (Sommer et al., 2013). Datamaterialet i min studie belyste at de ansatte benyttet seg av ulike arbeidsmetoder som var ment for å øke deltakernes tillit. De ansatte ga blant annet deltakerne innsikt i arbeidsmetodene de brukte, individuelt tilpasset støtte og viste at de var der for dem. Med dette fokuset kan de ansatte styrke deltakernes ressurser slik at han eller hun i større grad kan takle hverdagens utfordringer (Langeland, 2009). Ådnøy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, og Karlsson (2014) mener at relasjonen mellom helsepersonell og deltakere bør være preget av anerkjennelse og tilknytning for begge parter. Informantene i min studie opplevde at de kunne støtte deltakerne og styrke hver enkelt sin selvtillit når de hadde etablert en trygg relasjon med han eller henne. Mange av deltakerne på treffstedene har i følge Elstad (2014) behov for støtte i hverdagen for å kunne delta i samfunnet. Informantene i min studie la vekt på at de ønsket å være mye i miljøet sammen med deltakerne. Noen av de ansatte som ble intervjuet i min studie uttalte seg positivt om at de ikke skrev journaler og rapporter om deltakerne. Dersom de skulle skrevet journaler opplevde noen informanter at de måtte brukt mindre tid i miljøet, noe de mener kunne ført til mindre støtte for deltakerne. Elstad og Hellzén (2010) fant i sin studie ut at de ansatte på treffstedene mener at deltakerne hadde sluttet å komme dersom de skrev journaler.

De ansatte i min studie la vekt på at deltakerne ikke skulle defineres ut ifra sine psykiske plager, noe de opplevde at kunne føre til at de ble kjent med hele personen. Borg og Kristiansen (2004) hevder at nøkkelen til en god relasjon med mennesker som har psykiske plager er å kjenne hele personen, ikke bare kjenne han eller hun som en bruker av et tilbud. Ådnøy Eriksen et al. (2013) mener at det å anerkjenne deltakerens personlighet er noe som kan føre til at både den ansatte og deltakeren opplever personlig vekst. Dette kan skje dersom det er et gjensidig samarbeid hvor helsepersonalet forsøker å forstå deltakeren (Ådnøy Eriksen et al., 2013). Ut fra informantene i min studie sine beskrivelser var det tydelig at de brukte mye tid på å skape gode relasjoner til deltakerne. Slike relasjoner ble av de ansatte sett på som et grunnlag for det videre arbeidet de skulle gjøre på treffstedene. Måten de ansatte jobbet for å skape en god og trygg relasjon mellom seg selv og deltakerne virker å være i tråd med Helsedirektoratet (2014) sine anbefalinger. Helsepersonell bør tilstrebe en god relasjon med deltakerne (Helsedirektoratet, 2014), og slike relasjoner kan føre til at deltakerne får

gode relasjoner med andre mennesker utenfor treffstedene (Ådnøy Eriksen et al., 2013). En konsekvens av det relasjonelle arbeidet de ansatte gjorde på treffstedene kunne være at deltakerne nærmest ble uselvstendig og at de i for stor grad lente seg på de ansatte. For de ansatte på treffstedene var det et overordnet mål at deltakerne skulle bli selvstendig og komme seg videre i livet. Samtidig var de tilgjengelig så lenge deltakerne hadde behov for det. Arbeidet de ansatte gjorde for å skape gode og tillitsfulle relasjoner kunne derfor være positivt for deltakernes bedringsprosess.

Ådnøy Eriksen et al. (2014) påpeker at mennesker med psykiske plager kan få en styrket identitet gjennom slike relasjoner. De ansatte kan støtte deltakerne gjennom samtaler og samvær, noe som kan gi dem håp og optimisme for fremtiden (Ådnøy Eriksen et al., 2014). Håp og optimisme er sentralt for deltakernes personlige bedringsprosess, og Leamy et al. (2011) mener det ikke er mulig å komme inn i gode bedringsprosesser uten håp. Dette kan også innebære at de ansatte på treffstedene må balansere mellom å være realistisk og optimistisk. Det kan tenkes at de ansatte har bedre forutsetninger for dette når relasjonen mellom dem og deltakeren er preget av tillit og trygghet. Leamy et al. (2011) påpeker at deltakerne må være realistisk ettersom bedringsprosesser kan ta svært lang tid. De ansatte sin positive innstilling om at alle deltakerne er ressurssterke og engasjert kan i følge Leamy et al. (2011) føre til en positiv tankegang for deltakerne også.

De ansatte på treffstedene var opptatt av at hverdagslige ting kunne fremme helsen til deltakerne. Skatvedt (2013) mener at uformelt samvær mellom deltaker og helsepersonell fremstår som undervurdert innenfor helsetjenestene. Småprat og hverdagssituasjoner kan være terapeutiske verktøy som skaper en ramme for gode relasjoner og en likeverdig relasjon (Skatvedt, 2013). Noen av informantene i min studie opplevde at det kunne være forstyrrende for relasjonen dersom de brukte ulike kartleggingsverktøy og metoder tydelig. De fokuserte heller på å skape gode relasjoner med deltakerne gjennom samhandling i miljøet på treffstedene. Funn fra studien til Sommer et al. (2013) peker på at hverdagssamtalen og samarbeidsrelasjonen er viktige verktøy for å styrke deltakernes tilhørighet til resten av samfunnet. Deltakerne som kom til treffstedene møtes i følge de ansatte i en tilrettelagt, men naturlig setting. De ansatte opplevde at det var flere deltakere som fikk gode relasjoner og fant på ting sammen utenfor treffstedene, selv om miljøet på treffstedene var tilrettelagt. I følge Ervik et al. (2012) har helsepersonell på lavterskeltilbud en uforutsigbar arbeidshverdag.

Mine funn tyder på at de ansattes personlige ferdigheter kanskje var like viktig som den faglige kompetansen når de skulle skape gode relasjoner med deltakerne.

Datamaterialet i min studie pekte tydelig på at de ansatte opplevde at de respekterte deltakerne på treffstedene. I Helse- og omsorgstjenesteloven (2016) kan vi lese at ett av formålene med loven er å sikre at helsepersonell respekterer den enkeltes verdighet. Datamaterialet i denne studien pekte flere ganger på at de ansatte snakket med en form for beundring av deltakerne. De ansatte mente at deltakerne selv var ekspert på sin egen situasjon. Dette innebar at de ansatte kunne få kunnskap om deltakernes situasjon fra deltakerne. Solbjør, Rise, Westerlund, og Steinsbekk (2011) påpeker at en slik form for kunnskapsoverføring kan føre til at deltakerne føler seg respektert sett og hørt, samtidig som de ansatte får erfaringskunnskap om deltakernes situasjon. De ansatte i min studie så ikke på respekt som en konkret arbeidsmetode, men heller noe som preget og styrte hvordan de arbeidet for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag. Ådnøy Eriksen et al. (2013) mener at respekt og anerkjennelse av mennesker med psykiske plager ikke er en oppgave for helsepersonell. I følge dem bør det være en selvfølge at denne brukergruppen blir respektert og anerkjent (Ådnøy Eriksen et al., 2013). Informantene i min studie var opptatt av å akseptere og respektere valgene deltakerne tok og noen av de ansatte opplevde at dette i seg selv kunne være aktiviserende. Respekt kan bli sett på som grunnleggende for å fremme helsen til personer med psykiske plager (Herrman & Jané-Llopis, 2012).

På treffstedene ble deltakerne i følge informantene i min studie sett på som mennesker som ønsket å passe inn i nærmiljøet, noe Larsen (2004) mener er viktig for individers personlige bedringsprosess. Ness et al. (2013) fant i sin studie at miljøet på lavterskeltilbud bør være fri for fordømmelse, deltakerne skal ikke bli sett ned på. De ansatte i min studie var tydelig på at de hadde lagt til rette for at deltakerne kunne få innsyn i hvilke arbeidsmetoder de benyttet seg av dersom de ønsket det. Dette førte i følge flere av informantene til at deltakerne ble sett og bekreftet på en annen måte enn i andre deler av helsevesenet. Borg og Kristiansen (2004) mener at en slik måte å jobbe på kan skape gode relasjoner, noe som kan føre deltakerne inn i personlige bedringsprosesser.

5.2 Aktivitet

Informantene i min studie mente at mennesker med psykiske plager kunne ha utbytte av å delta i ulike aktiviteter. Det å motivere deltakerne til å delta i aktivitet virket å ha stor plass i de ansatte sin arbeidshverdag på treffstedene. Eklund og Tjornstrand (2013) forklarer at frivillighet og selvstendighet er sentrale faktorer for menneskers motivasjon. For å oppnå bedre helse og livskvalitet bør deltakerne selv være motivert for å delta i aktiviteter. Motivasjon var i følge de ansatte i min studie viktig for at mennesker med psykiske plager skulle ha lyst til å delta i ulike aktiviteter. Eklund og Tjornstrand (2013) hevder at tilbudene til mennesker med psykiske plager har blitt kritisert fordi aktivitetene ikke alltid er meningsfulle for deltakerne. Dersom deltakerne har lite innflytelse kan en konsekvens av dette være at tilbudet fører til at deltakernes motivasjon synker (Eklund & Tjornstrand, 2013). Datamaterialet i min studie viste tydelig at de ansatte lot deltakerne definere hva de selv opplevde som meningsfullt og motiverende. En av informantene understrekte at motivasjonsarbeidet ikke måtte være av en slik art at deltakeren følte seg presset til å delta. Samtidig opplevde noen av informantene at de i enkelte tilfeller måtte jobbe mye for å motivere deltakerne til å delta i aktiviteter. Ness et al. (2013) fant i sin studie ut at mennesker som har lyst å delta kan oppleve vekst og utvikling. Når deltakere opplever at de utvikler seg og mestrer aktiviteter kan dette i seg selv skape motivasjon for å bli bedre og utvikle seg videre (Ness et al., 2013).

Flere av informantene i denne studien la vekt på at mennesker med psykiske plager kunne få en mer meningsfull hverdag gjennom å mestre aktiviteter. I følge Sutton, Hocking, og Smythe (2012) er aktivitet sentralt for at mennesker skal oppleve mening i hverdagen. De ansatte i min studie fortalte at de hadde lagt til rette for at deltakerne skulle få mulighet til å mestre aktiviteter på treffstedene. Eklund og Tjornstrand (2013) fant i sin studie ut at mennesker med psykiske plager syntes det var givende når de fikk mulighet til å delta i og mestre aktiviteter som ble opplevd som meningsfulle. Informantene i min studie understrekte at det ikke ble stilt krav til hvilke aktiviteter deltakerne måtte gjøre for å oppleve mestring. På treffstedene fikk deltakerne selv velge hvilke aktiviteter de ønsket å gjøre og det var de som definerte når de hadde mestret, noe de ansatte opplevde at hadde mye å si for deltakerne. Ness et al. (2013) sin studie tydeliggjør at deltakelse i meningsfulle aktiviteter eller det å gjenoppta tidligere interesser kan skape struktur i hverdagen til deltakerne. Dette mener de at kan bidra til en opplevelse av mening og mestring (Ness et al., 2013).

Informantene i min studie la vekt på at gruppeaktiviteter var viktig for mange av deltakerne på treffstedene. De ansatte brukte sin faglige og personlige kompetanse til å støtte deltakerne og veilede dem i aktiviteten. Deltakere som var godt kjent med aktiviteten kunne få tilbud om å drive gruppen sammen med de ansatte. På denne måten kunne deltakeren oppleve mestring ettersom han eller hun fikk benyttet sine ressurser. Horghagen et al. (2014) hevder at kreative gruppeaktiviteter på treffstedene kan føre til at deltakerne utvikler sine ferdigheter og at de får stabilitet og rutiner i hverdagen. I slike gruppeaktiviteter kunne deltakerne også oppleve støtte fra resten av gruppen, både fra de ansatte og fra de andre deltakerne (Horghagen et al., 2014). De ansatte i min studie opplevde at det kunne være utfordrende å se alle deltakerne i gruppene. Ettersom deltakernes behov er ulike, prøvde de ansatte å tilrettelegge for at alle som deltok skulle oppleve å mestre aktiviteten. De ansatte ønsket at alle deltakerne skulle komme seg videre i livet. Deltakelse i gruppeaktiviteter kunne da være et tiltak for at deltakerne skulle få en bedre og mer meningsfull hverdag. Sutton et al. (2012) hevder at deltakelse i aktivitet med andre kan gi mennesker med psykiske plager en følelse av å høre til. Horghagen et al. (2014) fant i sin studie at deltakelse i flere former for gruppeaktivitet på treffstedene kan ha stor verdi for deltakernes personlige bedringsprosess. Det kan også føre til at deltakerne klarer å gjennomføre andre hverdagslige aktiviteter (Horghagen et al., 2014), og at de får en mer meningsfull hverdag (Leamy et al., 2011).

Datamaterialet mitt belyste at de ansatte så på aktivitet som mer enn fysiske og konkrete aktiviteter. Informantene i min studie syntes å være klar over at noen kunne oppleve mestring av å komme på treffstedet og være sosial i miljøet. De ansatte jobbet derfor med å finne en god balanse mellom deltakerens ferdigheter og det at han eller hun ble utfordret. Et slikt fokus kan i følge Sutton et al. (2012) gi deltakerne positive opplevelser fordi de kan bli minnet på hvilke ressurser og evner de har. Amering og Schmolke (2009) påpeker at dette også er viktig for deltakernes personlige bedringsprosess, da de selv må ta ansvar for egne handlinger og kontroll over eget liv. Dette innebærer at deltakerne må jobbe aktivt for å lære seg å leve med utfordringene han eller hun har (Amering & Schmolke, 2009). Ness et al. (2013) mener at det er mer enn det å mestre konkrete aktiviteter som kan føre til økt livskvalitet og glede i hverdagen. Samhandling og samvær med andre, gjerne kombinert med humor og latter, oppleves som viktig for deltakere på lavterskeltilbud (Ness et al., 2013). Jobben til de ansatte på treffstedene bestod i følge informantene i min studie av mer enn det å tilrettelegge for at deltakeren skulle mestre konkrete aktiviteter. De bistod deltakerne med å sette seg mål som de kunne jobbe etter, noe flere av de ansatte i min studie mente var viktig for at deltakerne skulle

oppleve en meningsfull hverdag. Leamy et al. (2011) påpeker at den personlige bedringsprosessen kan oppleves som god dersom deltakerne selv får definere hva de opplever som meningsfullt, da dette kan føre til at de når sine egne mål.

De ansatte benyttet seg av aktivitet som arbeidsmetode for å øke deltakernes motivasjon og mestring. Å gjennomføre og mestre aktivitet kan være helsefremmende for mennesker med psykiske plager, særlig dersom de opplever at aktiviteten er meningsfull (Kirkegaard, 2011). Ness et al. (2013) mener at deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan føre til at deltakerne får sunnere vaner og en bedre helse. Funn fra min studie viste at de ansatte på treffstedene også mente at deltakerne kunne få en bedre helse av å delta og mestre i meningsfulle aktiviteter. De mente at det viktigste var at deltakerne selv gjorde en innsats med å delta. Elstad og Kristiansen (2009) fant i sin studie at deltakelse på treffstedene kan føre til at deltakerne mestrer andre ting, også utenfor treffstedene. Aktivitet ble av informantene i min studie sett på som en forlengelse av tilbudet dersom en deltaker kunne mestre aktiviteten også utenfor treffstedet. En av de ansatte opplevde at dette kunne øke livskvaliteten til deltakerne flere timer i døgnet. Når de ansatte jobbet for å øke deltakernes mestring av egen hverdag syntes det å stemme overens forslagene i Helsedirektoratet (2014) sin veileder «sammen om mestring». Aktivitet kan bli sett på som et helsefremmende tiltak, i tråd med målet med psykisk helsefremmende arbeid (Wand, 2011). Deltakerne fikk i følge flere av informantene i min studie utnyttet sine ressurser og økt livskvalitet når de deltok i meningsfulle aktiviteter, både på og utenfor treffstedene.

Ness et al. (2013) mener at meningsfulle aktiviteter bør bli sett på som en sentral del av personlige bedringsprosesser. Funnene i min studie peker på at de ansatte mente at meningsfulle aktiviteter kunne føre til at mennesker med psykiske plager fikk en bedre hverdag. Selv om det kunne ta lang tid, opplevde flere av de ansatte at deltakelse i aktivitetene på treffstedene kunne føre til at deltakerne kom inn i gode bedringsprosesser. Sutton et al. (2012) mener at aktivitet er sentralt for mennesker med psykiske plager sin personlige bedringsprosess. De mener at all form for deltakelse i aktiviteter, også aktiviteten å koble ut, kan være meningsfullt i bedringsprosessen. Helsepersonell og andre som skal støtte deltakerne i deres personlige bedringsprosess bør i følge dem ha en bred forståelse av hvordan ulike aktiviteter kan gi han eller hun en meningsfull hverdag. Dette kan føre til at de klarer å støtte individet bedre (Sutton et al., 2012). En slik forståelse viste de ansatte i min studie ved at de jobbet med å tilrettelegge for deltakelse i meningsfulle aktiviteter. De opplevde at deres

rolle var å komme med forslag og råd til deltakerne. Slik jobbet de ansatte ved treffstedene aktivt for at deltakerne skulle oppleve gode bedringsprosesser og mer meningsfulle hverdager (Leamy et al., 2011).

De ansatte mente at treffstedene kunne være en arena hvor mennesker med psykiske plager kunne skape nye historier om seg selv. Kirkegaard (2011) mener at mennesker kan utvikle sin identitet gjennom å delta i aktiviteter. Dette understøttes av Horghagen et al. (2014) som forklarer at deltakerne på treffstedene opplevde at de utviklet nye identiteter når de deltok i og mestret kreative gruppeaktiviteter. Å utvikle en identitet som ikke er basert på utfordringene eller plagene individet har, er i følge Borg (2009) viktig i deres personlige bedringsprosess. Deltakerne i studien til Horghagen et al. (2014) mente også at deltakelse og mestring av aktivitet på treffstedene kan være forebyggende fordi det kan hindre innleggelse eller re-innleggelse. På denne måten kan forebyggende arbeid føre til at plagene ikke forverrer seg og hindre at deltakerne får tilbakefall (Mrazek & Haggerty, 1994). Datamaterialet i denne oppgaven pekte også på at de ansatte på treffstedene opplevde at det kunne være forebyggende å delta på et slikt lavterskeltilbud, ettersom de opplevde at det kunne hindre innleggelse eller re-innleggelse.

5.3 Brukermedvirkning

Jeg opplevde arbeidsmetodene til de ansatte på treffstedene var preget av et sterkt fokus på brukermedvirkning. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) stadfester at mennesker som oppsøker helsetjenestene i Norge har rett til medvirkning og informasjon, noe som virker å stemme overens med arbeidsmetodene til de ansatte på treffstedene. Datamaterialet i denne studien belyste at deltakerne selv bestemte hva de ønsket å gjøre og hvordan de ønsket å bruke treffstedene for å få en mer meningsfull hverdag. Sommer et al. (2013) påpeker at selvbestemmelse er svært viktig for at deltakerne skal oppleve tilhørighet til resten av samfunnet. På den ene siden ønsket de ansatte i min studie å tilrettelegge for at deltakerne skulle få si sine meninger om tilbudet. På treffstedene fikk deltakerne derfor være med på å bestemme hvordan tilbudet burde være. På den andre siden la de ansatte vekt på at medvirkning var basert på frivillighet. De ansatte var tydelig på at flere av deltakerne hadde nok med seg selv, og at det kunne bli for mye å bestemme hvordan tilbudet skulle se ut. Elstad og Kristiansen (2009) mener at deltakerne setter pris på at de ansatte legger vekt på brukermedvirkning og det å skape en tilhørighet til samfunnet igjen. Noen av de ansatte i min

studie la vekt på at treffstedene var et tilbud som har innvirkning på hverdagen til alle deltakerne. De mente derfor at det er naturlig at deltakerne fikk medvirkning og innvirkning på hvordan tilbudet skulle se ut og hvordan det kunne bli bedre. Slade og Longden (2015) mener at helsetjenestene som tilbys til mennesker med psykiske plager bør ha et mål om at deltakerne skal være inkludert i samfunnet.

Datamaterialet i min studie belyste at de ansatte på treffstedene var ivrig med å tilpasse tilbudet etter deltakernes ønsker og behov. Borg og Kristiansen (2004) definerer helsepersonell som fokusert på deltakernes personlige bedringsprosess dersom de benytter sin faglige kompetanse i samarbeidet med deltakerne. De ansatte bør også være villig til å tilpasse tilbudet etter deltakernes individuelle behov (Borg & Kristiansen, 2004). Et resultat av de ansatte i min studie sitt fokus på brukermedvirkning var at deltakerne fikk mer ansvar. I følge informantene i denne studien måtte deltakerne selv definere hva som fungerte for dem og hvordan deltakelse på treffstedene kunne gi dem en mer meningsfull hverdag. De ansatte brukte da sin faglige og personlige kompetanse for å gi deltakerne råd dersom de opplevde at han eller hun hadde behov for det. Elstad og Eide (2009) mener at mennesker med psykiske plager bør ha innflytelse over egen hverdag. De ansatte i min studie opplevde at det av og til kunne være krevende å jobbe med et så sterkt fokus på brukermedvirkning. For det første fortalte de informantene i min studie at treffstedene hadde visse rammer å forholde seg til, både når det kom til økonomi og hvor mange som var på jobb. Dette kunne påvirke om de ansatte kunne imøtekomme deltakernes ønsker. For det andre var det ikke sikkert at de ansatte hadde lik oppfattelse av situasjonen som deltakerne. Da måtte de ansatte gå noen runder i seg selv slik at de kunne samarbeide med deltakerne for å finne en god løsning. Elstad og Eide (2009) fant i sin studie at det virket som om brukermedvirkning av og til var viktigere for de ansatte enn for deltakerne selv. Derfor var det viktig at de ansatte ble kjent med deltakerne slik at de kunne kartlegge om han eller hun selv ønsket å ha medvirkning og innvirkning på hvordan tilbudet skulle se ut. Selv om deltakerne ikke ønsket å ha medvirkning og innvirkning på tilbudet, kunne det i følge de ansatte i min studie hende de ønsket å ha medvirkning i egen prosess. Dette er en sentral del av den personlige bedringsprosessen, hvor individet får økt kontroll over egen helsetilstand (Helsedirektoratet, 2014).

For å systematisere arbeidet mot å nå deltakernes ønsker og mål, hadde de ansatte på treffstedene nylig utarbeidet et kartleggings skjema. Dette skjemaet ble brukt som et verktøy for å bli bedre kjent med nye deltakere på treffstedene. Informantene i min studie opplevde at

de med dette skjemaet viste at de hadde troen på at ting kunne bli bedre for deltakerne. Sælør et al. (2015) fant i sin studie ut at de ansatte måtte ha et håp om at ting kunne bli bedre for deltakere på lavterskeltilbud. Informantene i min studie mente at det var viktig at det ble stilt noen forventninger til deltakerne også, de så på det som en del av deres profesjonelle rolle. Borg og Kristiansen (2004) forteller at håp handler om hvordan fremtiden ser ut, hvilke ønsker, mål og forventninger deltakeren har. Slik kan håp bidra til å gjøre hverdagen mer meningsfull, da individet har noe å strekke seg etter og et mål å jobbe mot (Borg & Kristiansen, 2004). Major et al. (2011) understreker at det kan være både helsefremmende og forebyggende dersom mennesker med psykiske plager får innflytelse over forhold som har betydning for deres helse. På bakgrunn av dette mener jeg at brukermedvirkning kan bli sett på som en konkret arbeidsmetode for å gi deltakerne en meningsfull hverdag. Brukermedvirkning syntes også å være en felles holdning de ansatte på treffstedet deler, som påvirket arbeidet de gjorde. Slik kunne deltakerne i følge flere av de ansatte få en mer meningsfull hverdag og bedre helse ved at de selv fikk bestemme hvordan hverdagen deres skulle se ut.

5.4 «Ta oss på alvor»

Informantene i min studie la vekt på at de var en tverrfaglig arbeidsgruppe som hadde mye kunnskap om hva som kunne gjøre hverdagen mer meningsfull for mennesker med psykiske plager. De ansatte følte ikke at deres faglige kompetanse kom tydelig nok frem når treffstedene ble presentert for samarbeidspartnere, aktuelle deltakere og i presentasjonsbrosjyrer. Elstad og Kristiansen (2009) fant i sin studie ut av deltakerne ønsket å få informasjon om treffstedene tidligere i behandlingsforløpet. En av informanter deres mente at det var mangel på informasjon om treffstedene, og at leger og annet helsepersonell bør ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes i kommunene. I motsetning til dette hadde andre informanter i deres studie fått informasjon om treffstedene fra legen sin. Legene hadde lagt vekt på at deltakelse på treffstedene kunne hindre innleggelse på psykiatrisk sykehus (Elstad & Kristiansen, 2009). En konsekvens av at det ikke er god nok informasjon om hva treffstedene er kan i følge de ansatte i min studie være at aktuelle deltakere ikke får høre om tilbudet eller ikke ønsker å benytte tilbudet. De ansatte foreslo derfor at treffstedene kunne endre navn for å bedre gjenspeile arbeidet som ble gjort. De ansatte mente at det å endre navn på treffstedene kunne føre til at de ble tatt mer på alvor og at deltakerne så hvilke forventninger som ble stilt til dem. Samtidig ønsket ikke de ansatte at en endring av navnet på

treffstedene skulle føre til at deltakere følte at de ble tvunget til å delta eller bidra. De ansatte i denne studien ønsket på bakgrunn av dette å ivareta et trygt miljø for alle som deltar på treffstedene. Elstad og Hellzén (2010) mener at de ansatte på lavterskeltilbud har et ansvar for å ivareta et miljø hvor alle deltakerne føler de blir sett og hørt. Å bytte navn kunne i følge de ansatte i min studie føre til at treffstedene ble sett på som mer enn en kafé. Informantene i denne studien mente at navnet burde gjenspeile at treffstedene var et sted hvor mennesker med psykiske plager kunne komme inn i gode bedringsprosesser, få bedre helse og en mer meningsfull hverdag.

5.5 Forslag til videre forskning

Flere av informantene i denne studien etterspurte mer forskning på lavterskeltilbud til mennesker med psykiske plager. I videre forskning hadde det vært interessant å gjennomføre en longitudinell studie for å studere effekten av deltakelse på treffstedene. Da kan deltakernes stemme komme tydelig frem og de kan selv definere om de får en mer meningsfull hverdag av å delta på treffstedene. Det kan også være interessant å sammenligne flere lavterskeltilbud slik at den profesjonelle rollen innenfor disse tilbudene kan videreutvikles enda mer. Jeg opplever at både de ansatte, deltakerne og andre aktuelle aktører kan ha utbytte av at den profesjonelle rollen innenfor lavterskeltilbudene videreutvikles.

6.0 Avslutning

I det følgende kommer en oppsummering av sentrale element i de ansatte sine beskrivelser av egne opplevelser sett i lys av denne oppgavens problemstillinger.

6.1 Oppsummering og konklusjon

Utgangspunktet for denne masteroppgaven var å undersøke hvordan ansatte ved et lavterskeltilbud opplevde at arbeidet de gjorde kunne gi deltakerne en mer meningsfull hverdag. Jeg har også undersøkt hvordan de erfarte at dette arbeidet kunne fremme helsen til deltakerne.

Funn fra denne studien tyder på at de ansatte på treffstedene opplevde at tilbudet er lett tilgjengelig for brukergruppen. De jobbet med å spre informasjon om tilbudet, og en av de ansatte opplevde at det kunne være helsefremmende for brukergruppen at tilbudet var lett tilgjengelig. De ansatte ønsket å skape gode relasjoner med deltakerne og brukte derfor mye tid på dette. Slike relasjoner ble av de ansatte sett på som et grunnlag for det videre arbeidet de skulle gjøre. De ansatte støttet deltakerne og opplevde at de kunne styrke deres selvbilde når de hadde opparbeidet en trygg og tillitsfull relasjon. De ansatte hadde et mål om at deltakerne skulle bli selvstendig og komme seg videre i livet. Men samtidig var flere av de ansatte opptatt av at de også skulle være tilgjengelig for deltakerne så lenge de hadde behov for det.

De ansatte i min studie opplevde at hverdagslige ting kunne fremme helsen til deltakerne. Noen av informantene var tydelig på at de ikke ønsket å bruke ulike kartleggingsverktøy og metoder tydelig, da de opplevde at dette kunne forstyrre relasjonen til deltakerne. Videre var de ansatte tydelig på at deltakerne selv var ekspert på egen situasjon. Derfor respekterte og aksepterte de ansatte valgene deltakerne tok, og noen av informantene opplevde at det i seg selv kunne være aktiviserende. Respekt ble ikke sett på som en konkret arbeidsmetode av de ansatte, men heller noe som preget hvordan de arbeidet for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag. De ansatte ga deltakerne innsyn i deres arbeidsmetoder, noe de opplevde at kunne føre til at deltakerne ble sett og hørt på en annen måte enn ellers i helsevesenet.

Resultater fra min studie viste at de ansatte benyttet seg av aktivitet som en konkret arbeidsmetode for å gi deltakerne en mer meningsfull hverdag og bedre helse. Flere av de

ansatte opplevde også at deltakelse i meningsfulle aktiviteter kunne føre deltakerne inn i gode bedringsprosesser. Derfor ønsket de ansatte å motivere deltakerne til å delta i aktivitetene de tilbydde på treffstedene. De opplevde at det var viktig å motivere og at det av og til måtte endel motivasjon til for at deltakerne skulle delta. En av informantene i min studie var tydelig på at de ikke skulle presse deltakerne til å delta. De ansatte lot heller deltakerne selv definere hva som var meningsfullt og motiverende for dem. De la til rette for at deltakerne skulle oppleve mestring når de deltok i aktivitetene på treffstedet. De ansatte brukte da sin faglige og personlige kompetanse til å støtte og veilede deltakerne i aktivitetene. Informantene i denne studien opplevde at mange deltakere hadde utbytte av å delta i gruppeaktiviteter. I slike aktiviteter ble det påpekt av de ansatte at de ønsket å «se» alle, selv om det kunne være utfordrende. Det var viktig for de ansatte at alle som deltok fikk mulighet til å oppleve mestring i aktivitetene. I følge de ansatte i min studie kunne deltakelse i gruppeaktiviteter være et tiltak for at deltakerne skulle få en mer meningsfull hverdag.

Informantene i min studie jobbet for å finne en god balanse mellom deltakernes ferdigheter og det at han eller hun skulle bli utfordret. For de ansatte på treffstedene var aktivitet mer enn konkrete og fysiske aktiviteter. Jobben til de ansatte bestod derfor av mer enn å tilrettelegge for at deltakerne skulle mestre konkrete aktiviteter. De bistod deltakerne med å sette seg mål, noe flere av de ansatte mente var viktig dersom deltakerne skulle få en mer meningsfull hverdag. Aktivitetene på treffstedene kunne også være helsefremmende i følge informantene. Flere opplevde at aktivitet kunne være en forlengelse av tilbudet ettersom flere deltakere tok med seg aktiviteten og utførte den utenfor treffstedet. En av de ansatte opplevde at dette økte livskvaliteten til deltakerne. De ansatte var opptatt av at aktivitetene de hadde på treffstedet skulle være meningsfullt for deltakerne. Selv om det kunne ta lang tid så opplevde de ansatte i min studie at deltakerne kunne komme inn i gode bedringsprosesser og få en mer meningsfull hverdag dersom de fikk delta i meningsfulle aktiviteter. Gjennom aktivitet kunne deltakerne i følge de ansatte også utvikle nye identiteter og skape nye historier om seg selv. Aktivitet og deltakelse på treffstedene ble sett på som forebyggende av de ansatte da det kunne hindre innleggelse eller re-innleggelse.

Videre viste denne studien at det var et sterkt fokus på brukermedvirkning på treffstedene. De ansatte lot brukeren bestemme hva de ønsket å gjøre og definere hvordan de kunne bruke treffstedet for å få en mer meningsfull hverdag. Datamaterialet i denne studien belyste at de ansatte tilpasset tilbudet slik at det skulle passe med behovene og ønskene til deltakerne. Slik

fikk deltakerne i følge de ansatte mer ansvar og de ansattes arbeidsoppgaver bestod av å gi råd og veiledning. De ansatte opplevde at det var en viktig del av deres profesjonelle rolle at de også viste deltakerne at de hadde noen forventninger til dem. Jeg opplever at brukermedvirkning på treffstedene både var en konkret arbeidsmetode og en felles holdning de ansatte hadde. Deltakerne kunne i følge flere av de ansatte få en bedre helse og mer meningsfull dersom de får bestemme hvordan hverdagen deres skal se ut.

Ut fra mitt datamateriale konkluderer jeg med at de ansatte opplever at deltakerne kan få en mer meningsfull hverdag av å delta på treffstedene. Basert på de ansatte sine beskrivelser kan deltagelse i meningsfulle aktiviteter føre deltakerne inn i gode bedringsprosesser, gi dem en mer meningsfull hverdag og bedre helse.

Litteraturliste

- Ajdacic-Gross, V. (2014). The prevention of mental disorder has a bright future. *Frontiers in Public Health*, 2, 1-5.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 521-538.
- Bonny, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 15, 140-153.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Carlquist, E. (2015) *Well-being på norsk*. (IS-2344). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/971/Well-being%20på%20norsk%20IS-2344.pdf>
- Creek, J. (2005). Ergoterapiens teoretiske vidensbase. I J. Creek (Red.), *Psykiatrisk ergoterapi: Teori, metode, praksis*. København: FADL's Forlag.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2 utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept of reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23-31.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a center for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24, 257-264.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ekeland, T. J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eklund, M., & Tjornstrand, C. (2013). Psychiatric rehabilitation in community-based day centres: Motivation and satisfaction. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 438-445.
- Elstad, T. A. (2014). *Participation in a 'low threshold' community mental health service: An ethnographic study of social interaction, activities and meaning*. (Doktorgradsavhandling), Department of Social Work and Health Science, NTNU, Trondheim.
- Elstad, T. A., & Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: Exploring the experience of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 647-681.
- Elstad, T. A., & Hellzén, O. (2010). Community mental health centres: A qualitative study of professionals' experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 110-118.
- Elstad, T. A., & Kristiansen, K. (2009). Mental health centres as 'meeting-places' in the community: Exploring experience of being service users and participants. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11(3), 195-208.
- Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket»: Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 9(4), 302-313.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 09.04). Psykisk helse hos voksne. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3-12.
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 8(2), 143-151.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven (2016). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Herrman, H. (2011). Promoting mental health. I D. Pilgrim, A. Rogers & B. A. Pescosolido (Red.), *The SAGE handbook of mental health and illness*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Herrman, H., & Jané-Llopis, E. (2012). The status of mental health promotion. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-21.
- Herrman, H. Saxena, S. & Moodie, R. (2014). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report). Hentet fra http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 140-150.
- Horghagen, S., Fostvedt, B., & Alsaker, S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: Supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 145-152.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: A review. *Promotion & Education*, 12(2), 9-25.
- Kelly, M., & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 245-251.
- Kirkegaard, B. (2011). Fra et aktivitetsvitenskapelig perspektiv: Er arbeid helsefremmende? *Ergoterapeuten*, 4, 38-43.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien*, 4(4), 288-296.
- Larsen, J. A. (2004). Finding meaning in first episode psychosis: Experience, agency, and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4), 447-471.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011) *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og*

- anbefalinger*. (Folkehelseinstituttet-rapport nr. 1/2011). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805.
- McCrane, A. (2011). Recovery in mental illness: the roots, meanings, and implementations of a «new» service movement. I D. Pilgrim, A. Rogers & B. A. Pescosolido (Red.), *The SAGE handbook of mental health and illness*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Red.), (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington: National Academies Press.
- NAPHA. (2017, 02. 02). Helsefremming og forebygging. Hentet fra <https://www.napha.no/content/20522/Helsefremming-og-forebygging>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 219-228.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*, 121(16), 1940-1944.
- Næss, S. C. K., & Tjora, A. (2012). Medikalisert lydighet? Mødres møte med ADHD. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2003). «Sammen om psykisk helse». Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo: Helsedepartementet.

- Regjeringen. (2015, 07.04). Vær bevisst på din egen forforståelse. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder/samtaleverktoy-hvordan-ga-i-dialog/var-bevisst-pa-din-egen-forforstaelse/id2401311/>
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS- 1565). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering>
- Skatvedt, A. (2013). Småprat som terapeutisk verktøy. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry, 15*(1), 285-299.
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2011). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(2), 107-113.
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrere og hverdagshjelper: Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukers medborgerskap. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 10*(1), 36-45.
- St.meld.nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sutton, D. J., Hocking, C. S., & Smythe, L. A. (2012). A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*(3), 142-150.
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M., & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: Exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis, 8*(3), 141-152.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 5*(2), 98-103.
- Trondheim kommune. (2016). Botiltak og treffsted for psykisk helse: Veiskillet treffsted. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/content/1117745533/VeiskilletTreffsted>

- Wand, T. (2011). Real mental health promotion requires a reorientation of nursing education, practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 131-138.
- Wilcock, A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17-24.
- William Shakespeare (1985) *Hamlet, Prince of Denmark*. I P. Edwards (Red.), Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa charter for health promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options* (Summary report). Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf
- World Health Organization. (2016a, 29. 11). Classifications. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization. (2016b). Mental health: Strengthening our response. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2013). «We are all fellow human beings»: Mental health workers' perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(883-891).
- Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 110-117.



Marit Solbjør
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU 7491

TRONDHEIM

Vår dato: 31.10.2016

Vår ref: 50408 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 50408 | <i>Helsefremmende lavterskeltilbud – ansattes erfaringer med helsefremmende arbeid</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Marit Solbjør</i> |
| Student | <i>Petter Berntsen</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

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

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Petter Berntsen petter.berntsen90@gmail.com

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50408

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Oppgi dato for prosjektslutt (i følge meldeskjemaet 01.11.2017) og at datamaterialet da skal anonymiseres. Personopplysningsloven skiller seg fra helseforskningsloven, ved at den ikke sier noe om lagring i fem år etter prosjektslutt. Dersom data skal lagres etter prosjektslutt, må dette meldes og begrunnes til personvernombudet (oppfølgingsstudier, videre forskning), og det må innhentes samtykke til dette fra deltakeren.

Vi minner om at informantene har taushetsplikt overfor brukere, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltperson direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.11.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å finne ut på hvilke måter du som ansatt på et treffsted erfarer at ditt arbeid kan bidra med å fremme helsen til deltakerne.

Du er en aktuell deltaker til dette prosjektet fordi du jobber på et treffsted.

Mitt navn er Petter Berntsen og jeg studerer master i helsevitenskap på NTNU. Dette prosjektet er en del av min masteroppgave ved institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim).

Hva innebærer studien?

Dersom du takker ja til å delta i denne studien innebærer det et intervju som tar mellom 60 og 90 minutter. Spørsmålene kommer til å omhandle dine erfaringer av arbeid som blir gjort på treffstedet, og hvilke tanker du har om tilnærmingene dere arbeider etter på treffstedet.

Intervjuet gjennomføres kun én gang. Det er ønskelig at intervjuet blir tatt opp på en lydopptaker for de videre analysene av datamaterialet. Det er derimot frivillig om du ønsker at intervjuet skal bli tatt opp, og det er mulig å gjennomføre intervjuet uten lydopptaker.

Mulige fordeler og ulemper

Intervjuet kommer til å finne sted når det passer for deg. Etter godkjenning fra fagleder ved treffstedene er det mulig å intervjuer deg i din arbeidstid. Om dette ikke passer for deg kan vi finne tid til intervjuet utenfor din arbeidstid. Intervjuet kan bli gjennomført på din arbeidsplass om dette er ønskelig. Det er da mulig at andre ansatte finner ut at du deltar i studien. Dersom du ønsker det blir det booket et møterom utenfor din arbeidsplass, slik at intervjuet kan gjennomføres der.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt videre arbeid. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Når resultatene publiseres vil det ikke være mulig å identifisere deg. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli helt anonymisert og slettet etter prosjektslutt.

Andre opplysninger

Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte masterstudent Petter Berntsen på telefon 42 21 33 38 eller per e-post: petter.berntsen90@gmail.com, eller veileder Marit Solbjør på telefon 73 59 02 20 eller per e-post: marit.solbjor@ntnu.no. Dette mastergradsprosjektet vil bli avsluttet høsten 2017.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Petter Berntsen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver



Intervjuguide

Helsefremmende lavterskeltilbud – ansattes erfaringer med helsefremmende arbeid

Informasjon

- Forklare temaet for samtalen (bakgrunn og formål)
- Forklar taushetsplikt, anonymitet og samtykke/ kan trekke seg
- Spør om noe er uklart og om deltakeren har noen spørsmål
- Informer om opptak, sørg for samtykke til opptak

Hoveddel

1. Hva er din fagbakgrunn?
2. Hva er din motivasjon for å arbeide på et treffsted
 - 2.1 Har du erfaring fra arbeid med psykisk helse fra tidligere?
3. Kan du fortelle meg om hvilken type brukere som kommer på treffstedet?
 - 3.1 Hvorfor kommer de til Treffstedet?
 - 3.2 Hva mener du forskjellen er på et Treffsted og et dagsenter?
4. Kan du fortelle meg litt om hvordan du opplever at livet og hverdagen til deltakerne på treffstedet er?
5. Hvilke tanker har du om begrepet helsefremmende arbeid?
6. Kan du forklare meg om dere har noen konkrete tiltak på treffstedet som kan bidra til å fremme deltakernes helse?

7. Kan du utdype om dere har noen ulike tilnærminger som dere arbeider etter på din arbeidsplass som du anser som helsefremmende?

(tilnærminger som konkrete modeller eller arbeidsmetoder)

8. Hva er dine tanker om begrepet recovery?

8.1. Har dere noen konkrete tiltak som kan omhandle recovery for deltakerne?

8.2. På hvilke måter er arbeidet dere gjør her på Treffstedet recoveryorientert?

9. På hvilke måter skiller du helsefremmende arbeid fra recovery orientert arbeid?

(Ser likheter/ulikheter?)

10. På hvilke måter motiverer dere brukerne til å delta?

10.1 Hvordan kan dere arbeide for å gi deltakerne mer mestring i sin egen hverdag?

11. Har dere fokus på meningsfulle aktiviteter?

11.1. Hvordan mener du at meningsfulle aktiviteter kan påvirke bedringsprosessen for deltakerne?

12. Hva mener du skal til for at deltakerne på treffstedet skal kunne forbedre sin egen helse?

13. Blir deltakerne bedre etter at de har deltatt på Treffstedet?

13.1. På hvilke måter blir deltakerne bedre etter at de har deltatt på Treffstedet?

Oppsummering

Dersom du fikk bestemme hvordan Treffstedet skulle være, hvordan ville det da se ut?

(Nytt navn?)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

