

# **Opplevd livskvalitet, før – og ett år etter – kurs i kognitiv terapi**



---

University  
of Stavanger

**Helsevitenskapelige Fakultet  
Master i rus- og psykisk helsearbeid  
Masteroppgave (40 ECTS)**

**Kandidat: Per Magnus Johnsen Idsø  
Veileder: Førsteamanuensis Trond Erik Grønnestad**

**31.08.21**

**Antall ord kappe: 6829**

**Antall ord artikkel: 4528**

## Forord

Med denne oppgaven avsluttes en krevende, men svært lærerik periode. Jeg ikke ville vært den foruten, men glad for at det nå kan settes punktum og leveres inn et sluttprodukt som på et vis summerer opp store deler av flere meningsfulle år.

En stor takk rettes først og fremst til dere som stilte til intervju, oppgaven baseres i størst grad på deres erfaringer og refleksjoner. Det ga meg mye, både å få høre hver enkeltes historie og deretter ved å sette dem inn i oppgaven og undersøke videre betydning gjennom den.

Jeg vil også takke UiS for et spennende studium og engasjerte forelesere som gjorde det lett tilgjengelig, spesielt Trond Grønnestad som også har vært min veileder. Han har underveis sett om det krevdes støtte eller utfordringer og gitt meg begge på riktige tidspunkt.

Sist men så absolutt ikke minst vil jeg takke min svært tålmodige og oppmuntrende familie som ikke bare har holdt ut, men også støttet meg gjennom krevende perioder når jeg har trengt det som mest.

Per Magnus Johnsen Idsø

Stavanger, august 2021

## Sammendrag

Denne oppgaven undersøker livskvaliteten hos fire personer som har fått et gruppekurs i kognitiv terapi, som hjelp til å håndtere mild til moderat angst og depresjon. Deltakerne ble spurt om livskvaliteten, før kurset og ett år etter. Noen av deltakerne sto, eller hadde nylig stått, i kriser ved kursstart. Andre hadde opplevd høy belastning over tid. Lite og uregelmessig søvn var en vesentlig faktor. Samtlige deltakere opplevde en svært dårlig livskvalitet, flere hadde selvmordstanker. Felles for alle deltakerne var opplevelsen av negative tanker som tok over livene og gradvis gjorde dem engstelige, inaktive, deprimerte og tilbaketrukkne. Ett år etter kurset opplevde samtlige deltakere å ha fått livet tilbake, og gjerne enda bedre livskvalitet. De opplevde seg styrket på tre hovedpunkter: 1. De forsto hvorfor de hadde fått de negative tankene, hvordan disse påvirket livet deres og hvordan de kunne håndtere dem. 2. De hadde tatt styring i eget liv ved å overkomme tankemønsteret, blitt mer aktive og sosiale. 3. De hadde fått bedre selvfølelse og tro på egne evner til å håndtere liknende utfordringer i fremtiden.

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn .....	6
1.2 Tidligere forskning .....	6
1.3 Hensikt.....	7
1.4 Problemstilling .....	7
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>8</b>
2.1 Kognitiv terapi.....	8
2.2 Self-efficacy .....	8
2.3 Sence of coherence .....	9
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Design.....	9
3.2 Forforståelse .....	10
3.3 Utvalg og rekruttering .....	10
3.4 Datainnsamling.....	10
3.5 Analyse.....	11
3.6 Svakheter ved studien.....	12
3.7 Ethiske vurderinger .....	12
<b>4.0 Funn</b> .....	<b>13</b>
4.1 Inndeling.....	13
4.2 Livskvalitet før kurs .....	14
4.2.1 Negative tanker.....	14
4.2.2 Fysisk redusert .....	14
4.2.3 Sosialt begrenset.....	15
4.3 Livskvalitet ett år etter kurs .....	15
4.3.1 Forstå .....	15
4.3.2 Mestre .....	16
4.3.3 Fremtidstro .....	17
4.4 Andre funn.....	17
4.4.1 Utløsende faktorer.....	17
4.4.2 Tilstrekkelig for alle? .....	18
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1 Livskvalitet før kurs .....	18
5.2 Livskvaliteten ett år etter kurs .....	19
5.2.1 Kurset og kognitiv terapi .....	19

5.2.2 Self efficacy .....	20
5.2.3 Sence of coherence .....	21
5.3 Kategorier ekskludert fra artikkelen .....	21
5.3.1 Utløsende faktorer .....	21
5.3.2 Tilstrekkelig for alle? .....	22
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>23</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>24</b>
<b>Artikkel .....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>44</b>
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD .....	44
Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	46
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring .....	48
Vedlegg 4: Forfatterveiledning .....	49

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Ifølge Folkehelse rapporten fra 2014, forekommer det i løpet av et år en form for psykisk lidelse hos 20 % av den voksne befolkningen. Hyppigst forekommende lidelser i den aktuelle populasjonen er depresjon, angstlidelser og rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Milde til moderate psykiske utfordringer regnes ikke som alvorlige nok for behandling hos distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Kombinert med lang kø og ventetid hos psykologtjenester fører dette til at nevnte gruppe risikerer å ikke få behandling for lidelsene før de forverres og blir større utfordringer, både for personene selv og hjelpeapparatene (Gundersen, 2017). Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lavterskeltilbud for denne gruppen og etableres i stadig flere kommuner. Tilbudet er utformet i tre trinn: veiledet selvhjelp, gruppetilbud (ofte kurs), og individuell samtaleterapi (Helsedirektoratet, 2013).

I Sandnes er det egenutviklede gruppekurset «Tankens kraft» satt som det primære trinn basert på erfaringer om at dette rekker ut til flere og krever mindre ressurser enn veiledet selvhjelp (Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid, 2018a). Som alle tilbud innen RPH er kurset basert på kognitiv terapi. En evaluering samt en RCT-studie, begge iverksatt av folkehelseinstituttet (FHI) viser gode resultater. Dette omtales videre under. Mediedekningen viser utelukkende positive erfaringer, hvor Sandnes RPH omtales med flere oppslag om kursdeltakeres tilfriskning (Dalaker & Frafjord, 2015; Ntb, 2014; Olsen, 2017).

### 1.2 Tidligere forskning

Folkehelseinstituttet (FHI) utførte i 2016 en evaluering av de første RPH-tilbudene som ble etablert fra 2012, såkalte pilotprosjekter. Evalueringen rapporterer om under kliniske nivåer av angst- og depresjonssymptomer hos 61,6 %. Forskningsdesignet ble forøvrig ikke vurdert som særlig sterkt, hvilket førte til at FHI iverksatte en randomisert kontrollert studie (RCT) (Folkehelseinstituttet, 2016; Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid, 2018b). Denne startet i 2018, og ble tilgjengelig i 2020. Studien viser at blant kontrollgruppen som fikk vanlig behandling, hadde 31,9 % av deltakerne rapportert under kliniske nivåer. I gruppen som fikk RPH tilsvarte dette 58,5 % av deltakerne. Det ble benyttet Patient Health Questionnaire (PHQ) og Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) for å måle kliniske nivåer (Knapstad, Lervik, Sæther, Aarø & Smith, 2020).

I England er det utført flere studier av Improving Access to Psychological Therapy (IAPT), (det opprinnelige britiske tiltaket som RPH er basert på). Disse studiene er i all hovedsak kvantitative og de få kvalitative studiene som finnes omhandler nesten utelukkende intervjuer av terapeutene, og ikke tjenestemottakerne. I 2012 la det engelske helsedepartementet frem en rapport som sammenfattet hvordan erfaringene de tre foregående årene hadde vært. Rapporten omhandlet en million mottakere av IAPT, og kunne vise til resultater som hadde innfridd og til dels oversteget forventningene (Department of Health, 2012).

I 2016 ble det som masteroppgave utført en kvalitativ studie om RPH tilbudet i Molde. To gruppeintervjuer ble utført; om hvordan tjenestemottakere opplevde effekten av tilbudet. Studien handler om RPH-tilbudet i sin helhet, ikke spesifikt noen av de tre ulike trinnene (veiledet selvhjelp, gruppe og individuell terapi). Studien løfter frem tre funn: Opplevd mestring ved å benytte aktuelle tillærte metoder. De opplevde seg sett og forstått. Rask hjelp opplevdes avgjørende. Ut ifra studien var det imidlertid uklart hvor mange av deltakerne som hadde hatt hvilke av de ulike tilbudene og hvor lenge etter hjelpen intervjuene ble gjort. Studien åpner for spørsmål om hvordan effektens varighet vil oppleves (Naas, 2016).

### 1.3 Hensikt

Som vi ser av tidligere forskning så finnes det lite data om hvordan mottakere av RPH selv opplever hjelpen utover det som måles ved scoringsskjemaene PHQ og GAD-7. Det som finnes av kvalitativ forskning på området etterspør spesielt videre forskning på hvordan deltakerne har det en stund etter mottatt hjelp. RPH i Sandnes fremholder at kurset har bedre effekt enn selvhjelpsprogrammet og individuelle samtaler, spesielt med tanke på å nå flere personer samtidig, og at deltakerne opplever det positivt å se at andre personer også kan ha tilsvarende utfordringer. For å tilstrebe å fremskaffe ny og supplerende kunnskap utformes denne studien dermed med sikte på å undersøke hvordan livskvaliteten oppleves for deltakere som mottar kurs i kognitiv terapi, både før kurset og ett år etter.

### 1.4 Problemstilling

*Hvordan oppleves livskvaliteten, før – og ett år etter – for kursmottagere av kognitiv terapi?*

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Kognitiv terapi

Ettersom oppgaven omhandler et kurs i kognitiv terapi er det naturlig å først trekke frem selve kursmaterialet og de kildene som kurset er bygget på; utvalgte utgivelser av hovedsakelig Torkil Berge og Arne Repål (Berge, Dehli & Fjerstad, 2014; Berge & Repål, 2004, 2013). Kurset har blant annet som hensikt å gjøre deltakerne i stand til selv å ta grep og håndtere sine vansker og negative tankemønstre. Det er den delen av kurset som blir relevant å utdype her. Deltakerne blir under kurset gjort kjent med den såkalte «ABC-DE»-modellen utviklet av Albert Ellis (Berge et al., 2014). På 1970-tallet utviklet han sammen med Aron Beck, kognitiv atferdsterapi, som en motreaksjon og til dels videreføring av den klassiske behaviorismen (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009; Taylor, 2015). Hovedendringen fra behaviorismen var en mindre vektlegging på adferdsendringen i seg selv, og større fokus på endring i tenkning og meningsdannelse (Haugsgjerd et al., 2009).

Prinsippet bak ABC-DE er at en først blir kjent med egne tanke- og reaksjonsmønstre og deretter utfordrer dem (Berge & Repål, 2000). Kursdeltakerne blir først introdusert for «ABC» som representerer A – situasjon eller hendelse, gjerne noe som oppleves truende eller deprimerende. B – tankene som kommer av dette, som oftest automatiske, negative og repetitive. C – de følelsene og kroppslige fornemmelsene som påfølger (Berge & Repål, 2000). Deltakerne blir så bedt om å fylle ut skjemaer basert på egne erfaringer, for å konkretisere egne reaksjonsmønstre. Deretter får de innsikt i D – stille spørsmål ved B's (tankenes) validitet og E – om B kan erstattes av andre (mer plausible og hensiktsmessige) tanker (Berge & Repål, 2000).

### 2.2 Self-efficacy

Underveis i analysen av materialet ble *mestring* identifisert som en viktig faktor og teorien om *self-efficacy* ble dermed vurdert som en naturlig referanseramme å ta med i diskusjonsdelen. Albert Banduras teori om self-efficacy kan oversettes som en persons tro på egen mestringsevne, mestringstro eller mestringsforventninger (Bandura, 1997; Helgesen, 2011). Denne mestringsforventningen avhenger ifølge Bandura av fire komponenter, hvorav den første regnes som mest betydningsfull; 1. tidligere mestring, 2. rollemodeller, 3. verbal overbevisning, og 4. emosjonell tilknytning til det som skal mestres (Bandura, 1997).



Tidligere mestring regnes som nevnt som den mest avgjørende faktoren, og det er også denne som anses spesielt relevant for å belyse funnet om mestring under diskusjonsdelen.

## 2.3 Sence of coherence

Aaron Antonovsky utviklet en teori om *salutogenese* som kan beskrives som *helseutvikling*, hvor begrepet *sence of coherence (SOC)* (*opplevelse av sammenheng*), står sentralt (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Disse begrepene trekkes frem under diskusjonsdelen for å belyse funn som ligger tett opp mot denne teorien. Antonovsky beskriver hvordan en persons opplevelse av sammenheng avhenger av faktorene *begripelighet*, *håndterbarhet* og *mening* (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004). Begripelighet forteller om hvorvidt en person evner å forstå sin egen livssituasjon; om den fremstår logisk og forutsigbar. Håndterbarhet handler om å ha tillit til at en har nødvendige ressurser for å løse en situasjon. Mening handler om hvordan en er motivert til å møte utfordringene, er sterkt knyttet til følelseslivet og regnes som den viktigste komponenten (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Langeland & Vaardal, 2014; Walseth & Malterud, 2004).

## 3.0 Metode

### 3.1 Design

Studien ble utformet som et induktivt og kvalitativt forskningsdesign. Etersom hensikten med oppgaven var å undersøke opplevd livskvalitet, ville det sannsynliggjøre et rikere materiale ved å benytte denne metoden som søker å belyse noens opplevelse av et fenomen og den meningen som tillegges fenomenet, enn ved den kvantitative metoden som er best egnet under forutsetningen av at noe er målbart (Kleven & Hjørdemaal, 2018; Nestor & Schutt, 2012). Sistnevnte metode definerer nødvendigvis i forkant premissene og alternativene for hvilken informasjon respondentene kan gi, og begrenser dermed deres mulighet for å tilføye annen informasjon (Marshall & Rossman, 2011). Oppgaven tar også sikte på å tilføye en annen type informasjon enn det som allerede foreligger i det allerede eksisterende kunnskapsgrunnlaget, som i all hovedsak er basert på kvantitativ forskning.

### 3.2 Forforståelse

Før rekruttering presenterte jeg studien min for kursholdere og spurte om jeg selv kunne få delta på kurset for å få et innblikk i hvordan det kunne oppleves for en deltaker å få kurset presentert. Jeg deltok på kurset og fikk dermed en erfaring jeg ikke kunne leste meg til eller levd meg tilsvarende inn i ved kun å lytte til andre deltakeres erfaringer. Dette har nok forøvrig farget både min forforståelse og fortolkning av respondentenes fortellinger på en annen måte enn om jeg ikke hadde deltatt selv. Jeg mener at erfaringen totalt sett påvirker oppgaven på en mer positiv enn negativ måte, ettersom jeg har andre forutsetninger for å kunne forstå deltakerne, enn om jeg ikke hadde deltatt selv. Et konkret eksempel er hvordan en kursholder trekker frem en situasjon fra eget liv for å bedre forklare anvendelsen av en kognitiv metode. Dette opplever jeg selv at gjør deler av kurset mer tilgjengelig og relaterbart for deltakerne enn om metodene bare ble beskrevet teoretisk. Dette ser jeg i ettertid at kunne vært interessant og fulgt nærmere opp, men respondentene ble dessverre ikke spurt – og sa heller ikke noe – om dette.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget for oppgaven ble, naturlig nok, deltakere fra det aktuelle kurset. Etter avtale med kursholder fikk jeg presentert studien min i en pause ved tredje kursdag og delte ut samtykkeskjema til samtlige deltakere. Ved kursdagens slutt ble skjemaene samlet inn. Tilsvarende ble skjemaer utdelt i pausen og samlet inn på slutten av fjerde og siste kursdag i tilfelle noen ønsket å delta, men behøvde en liten stund på å tenke seg om. Totalt ble sju skjemaer fylt ut, men to av skjemaene ble fylt ut av samme person. Ved oppringing av kursdeltakerne ett år senere, var det to personer som ikke svarte på henvendelsene. Dermed var det totalt fire personer som lot seg intervju. Dette var noe mindre enn ønskelig, men på grunn av studiens utforming basert på å intervju respondentene ett år etter kurs, ville det ikke være mulig å rekruttere nye deltakere.

### 3.4 Datainnsamling

Etter avtale ble selve intervjuene gjort over telefonen på grunn av den pågående situasjonen rundt covid-19. Det ble avklart på forhånd at samtalen ble tatt opp på bånd og de ble minnet på at de når som helst kunne ta kontakt dersom de lurte på noe, angret på noe de hadde sagt eller ønsket å trekke samtykket og umiddelbart slette intervjuet. Under intervjuene ble det

benyttet en semistrukturert intervjuguide for å sikre at hovedmomentene ble dekket. Utover dette ble det lagt opp til at respondentene skulle få svare så fritt som mulig og at det ble stilt en del oppfølgingsspørsmål som skulle minske risikoen for feiltolkninger. Transkriberingen ble gjort ordrett, inkludert pauser og gjentakelser for å sikre korrekt psykologisk fortolkning (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

### 3.5 Analyse

Selv om den største svakheten med studien nok er at den kun baserte seg på fire respondenter, er fordelen at det forenklet arbeidet med å skaffe en tydelig oversikt over materialet, både når det gjaldt likheter og forskjeller. Det transkriberte materialet ble analysert ved å benytte Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering (STC) for å gjøre en tematisk og tverrgående analyse av de kvalitative dataene. Metoden består av fire trinn: 1. Skaffe et helhetsinntrykk. 2. Identifisere meningsbærende enheter ved å benytte koding. 3. Abstrahere innholdet av de enkelte meningsbærende enhetene, såkalt kondensering. 4. Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017). For hvert steg i prosessen ble det foreløpige resultatet sett opp imot det transkriberte materialet for å sikre at det ikke ble gjort feilaktige slutninger eller kunstige snarveier.

Det første som stakk seg ut som helhetsinntrykk var at samtlige hadde bedre opplevd livskvalitet ett år etter kurset, og at de hadde gjennomgått en prosess hvor de hadde lært å bedre håndtere sine utfordringer. Det ble valgt ut tre foreløpige temaer basert på helhetsinntrykket: Livssituasjon før kurs, etter kurs og kursets påvirkning. Etter kodingen viste det seg at det var mer hensiktsmessig å kategorisere materialet noe annerledes. De meningsbærende enhetene ble satt inn i en matrise for å skaffe en god oversikt. Uansett hvordan materialet ble betraktet i forhold til hovedkategorier, var det ikke til å komme utenom en hovedinndeling mellom *livskvalitet før kurset*, og *livskvalitet etter kurset*. Det var likevel flere mulige undergrupper som ga seg til kjenne og noen ble etterhvert slått sammen eller erstattet av andre mer utfyllende. Et eksempel er at ulike uttrykk for negative tanker ble først gitt ulike kategorier, men det viste seg etterhvert mer passende å samle dem i en stor underkategori, som *negative tanker*. Dette var hovedsakelig fordi at så lenge tanken kunne defineres som negativ, så var det ikke av større betydning for respondentene hvilket uttrykk den hadde; de opplevde de samme konsekvensene av ulike negative tanker.

En tredje hovedgruppe andre funn ble opprettet for de meningsbærende enhetene som ikke var relevante for problemstillingen, men likevel interessante. Da de ulike undergruppene hadde fått tildelt sine respektive meningsbærende enheter ble det skrevet et kondensat av dem for å se om hver enkelt var i riktig undergruppe. Etter noen justeringer og endringer i undergruppene viste det seg mer hensiktsmessig å omdefinere noen grupper for å få en bedre fremstilling av materialet, og nye kondensater ble skrevet. Deretter ble det hele sammenfattet og dermed rekontekstualisert (Malterud, 2017). Sammenfatningen ble til slutt sett opp mot transkriberingen og deretter presentert som funn.

### 3.6 Svakheter ved studien

Som nevnt tidligere er nok studiens største svakhet antallet respondenter. Deltakerne fremsto som en relativt homogen gruppe med mange likhetstrekk når det gjaldt både opplevd livskvalitet, utfordringer i form av symptomer og mestringsprosessen. Et større utvalg hadde vært ønskelig både med tanke på å utfordre eller bekrefte likheter ved funnene og samtidig muligens tilført en annen type kunnskap. Én respondent som ikke hadde nevneverdig utbytte av kurset; som opplevde livskvaliteten uforandret eller forverret, ville kunne gitt stort utslag på det totale resultatet. En mulig svakhet ved analysedelen av oppgaven er at utforming av kategorier sannsynligvis ble sterkt påvirket av teoretisk forforståelse. Dette utdypes videre i diskusjonskapittelet, under avsnittet om *sence of coherence*.

### 3.7 Ethiske vurderinger

Studien ble meldt inn til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Minnekort med lydopptak, samtykkeskjema og krypteringsnøkkel ble oppbevart i en safe og adskilt fra resten av datamaterialet, i tråd med gjeldende retningslinjer. Lydopptakene ble oppbevart og transkribert på en egen partisjon av datamaskinen ved å benytte Veracrypt. Etter transkripsjon ble språket omgjort til bokmål for å anonymisere eventuelle dialekter og sosiolekter. Deretter ble annen informasjon i teksten som kunne være identifiserende tatt ut eller erstattet med et annet mer generelt ord. Et eksempel på dette er at en spesifikk, navngitt type medisin ble i stedet videre beskrevet som kun medisin. Enkelte plasser ble også betegnelsene «han» eller «hun» erstattet med «vedkommende», for å sikre anonymisering også i forhold til hvilket kjønn vedkommende hadde.

Under omsettingen til bokmål ble det også rettet opp feil og dårlig språk som ofte forekommer i den daglige tale i motsetning til skriftspråket. Dette ble gjort for å unngå at respondentene ble fremstilt feilaktig skriftlig, ettersom ingen ville skrevet svaret slik som de forteller det muntlig (Kvale et al., 2015). Dette inkluderte blant annet ordene eller, liksom og sant, som kan forekomme hyppig hos noen i dagligtalen, men kan oppfattes fordommende gjengitt i en tekst. Slike støtteord opptrådte også hyppigere ved temaer hvor respondentene hørtes mer følelsesladet ut, men dette ville ikke fremkommet i teksten, fristilt fra konteksten det auditive aspektet ville gitt.

## 4.0 Funn

### 4.1 Inndeling

Studiens problemstilling beskriver at det ønskes å undersøke livskvaliteten hos deltakerne før kurset og etter kurset. Under analysen ble disse to hovedtemaene forsøkt lagt bort for å åpne så mye som mulig for at andre temaer kunne komme frem og at dataene ikke nødvendigvis skulle deles mellom disse. Det viste seg forøvrig raskt at det ikke var mulig å komme utenom denne inndelingen, mye på grunn av hvordan selve intervjuguiden var utformet og intervjuene tok form. I tillegg til en naturlig hovedinndeling mellom *livskvalitet før kurs* og *livskvalitet ett år etter kurs*, trådte det frem ett annet stort tema som respondentene fortalte en del om, og det var *utløsende faktorer*. Dette var ikke like relevant for problemstillingen og er dermed ikke tatt med i artikkelen. Ettersom det er rom for å trekke frem andre funn her så vil dette beskrives nærmere etter det som i studien trekkes frem som hovedfunnene.

Som nevnt så viste de to originale hovedtemaene seg å være de mest naturlige for å best få frem de andre funnene. De to hovedtemaene omtales derfor videre som to hovedkategorier. Under hver av de to hovedkategoriene fremtred tre underkategorier. I hovedkategorien *livskvalitet før kurs* fremkom følgende tre underkategorier: *negative tanker*, *fysisk redusert* og *sosialt begrenset*. Under den andre hovedkategorien *livskvalitet ett år etter kurs* ble det identifisert disse tre underkategoriene: *forstå*, *mestre* og *fremtidstro*. De seks underkategoriene vil videre bli utfyllende presentert i nevnte rekkefølge.

## 4.2 Livskvalitet før kurs

### 4.2.1 Negative tanker

Dette var det mest sammenfallende temaet som ble nevnt og samtlige respondenter hadde flere beskrivelser om hvordan negative tanker passiviserte dem og gjorde dem stadig mer engstelige og deprimerte. Deltakerne beskrev gjentakende, mørke kvernende tanker, at de ikke følte seg gode nok og ikke hadde lyst - eller gledet seg - til noe.

*«Jeg gledet meg aldri til dagene, tenkte bare negativt; hva drit er det som skjer i dag? Ja, var negativ hele tiden. Til alt»*

Disse tankene kan beskrives som depressive. De fortalte også om negative tanker som ga uttrykk for angst; redd for å dø, redd for å havne i psykose og redd for hva andre tenker. Flere beskrev at de ikke så noen mulighet til å få kontroll over disse tankene, og noen opplevde at de etterhvert fikk det så tungt at de også hadde selvmordstanker.

*«Jeg fikk en henvisning av legen til DPS'en, og der sa de at det ikke var alvorlig nok. Hva gjør jeg da liksom, er det ikke alvorlig nok at jeg har selvmordstanker?»*

### 4.2.2 Fysisk redusert

Respondentene forteller om hvordan deres fysiske fungering ble redusert. De gir uttrykk for å alltid føle seg utslitt og ha lite energi. En person beskriver hvordan hun lå i sengen og gråt en hel dag og allikevel alltid la seg tidlig fordi hun ikke orket noe. Flere beskriver hvordan dette henger sammen med og bidrar til lite eller dårlig søvn. En person beskriver hvordan det var en lang prosess å bare stå opp av sengen. De forteller videre om hvordan de var lite aktive og en person beskriver hvordan treningsgleden ble gradvis redusert og appetitten også som en konsekvens av dette.

*«Jeg er jo en person som trener, men så ble det til at jeg nesten ikke trente lenger. Og så ble det litt lite mat da.»*

### 4.2.3 Sosialt begrenset

Som en konsekvens av de gjentakende og eskalerende negative tankene som representerte depresjon og angst, opplevde de fleste seg etterhvert mer og mer avskåret fra omverdenen. De hadde enten ikke lyst til å være sammen med andre, ble redd for samtaler med andre eller ble irritable, sure og sinte av bagateller. En person forteller om hvordan vedkommende, som egentlig betraktet seg selv som festlig i lag, etterhvert opplevde seg passiv og dum i møte med andre.

*«Når jeg er på det mørkeste så blir jeg helt rolig. Akkurat som en dompap. Det er ikke så mye som sviver da.»*

## 4.3 Livskvalitet ett år etter kurs

### 4.3.1 Forstå

Ett år etter kurset opplevde samtlige av deltakerne at de forstod tydelig sammenhengen mellom tankemønstrene og andre aspekter av livet. Både hvordan ulike stress- og belastningsfaktorer som for eksempel lite søvn kunne utløse og forsterke negative tanker, men også hvordan det var mulig å håndtere tankene og gjøre andre justeringer i livet som ga ringvirkninger også på negative tankemønstre.

*«Jeg var redd for hva alle andre tenkte om meg. Så prøvde jeg å bare drite i og prøve å ikke tenke på hva andre tenker. Da forstod jeg at det gjør meg ikke noe godt å tenke (på) hva alle andre tenker; jeg må jo ikke bry meg om det. Så da begynte jeg å tenke annerledes.»*

Respondentene gir også uttrykk for at det gav stor trygghet å få forklart at deres situasjoner og tankemønstre ikke var unike, men relativt utbredt i befolkningen og at det var flere som deltok på kurset med liknende utfordringer.

*«Ofte har jeg følt meg dum for at jeg tenker teit, men det å se at mange andre har samme problemer, ja jeg forsto at jeg ikke var alene oppi det hele.»*

#### 4.3.2 Mestre

Det som samtlige uttrykker med størst omfang og tyngde om livskvaliteten ett år etter kurs, er betydningen av å endelig kunne håndtere tankene. Først ved å gjenkjenne negative tanker i det de oppstår, dernest ved å forholde seg til dem på en måte som bryter med den tidligere opplevelsen av å føle seg fanget av tankene. Én person syntes det fungerte best å utsette tankene.

*«Jeg har blitt flinkere til å gjenkjenne at dette ikke er en bra tanke, i stedet for å la den flyte fritt, til den på en måte overtar alt. Da sier jeg til meg selv at dette er ikke en bra tanke og at hvis du vil tenke mer på den så gjør du det klokken syv. Og som regel, så dukker ikke tanken opp igjen klokken syv.»*

Det vanligste var forøvrig å ta et enda mer aktivt grep med å utfordre tankene ved enten å benytte skjema (ABC-DE) eller en indre konfronterende dialog. På den måten opplevde de at de negative tankene mistet sin kraft, ved å fremstå for eksempel som bagatellmessige, lite sannsynlige eller direkte usanne.

*«Når jeg da reflekterer over disse tankene; er dette ekte, kommer det her til å skje? Så er det sånn; nei, det her er jo bare tull.»*

En av deltakerne beskriver hvordan han etterhvert klarte å forholde seg til negative tanker og et kraftig angstanfall ved å fokusere på pusten.

*«Ofte når jeg la meg så gikk pulsen opp og jeg ble redd for å havne i psykose. Ved å puste med nesen, stenge ute alt annet og bare ligge og tenke på pusten så greide jeg etterhvert å sovne. Men før det klarte jeg ikke å sovne (når slikt hendte).»*

Respondentene beskriver også hvordan det å utfordre seg selv, ikke bry seg så mye om andres tanker og bare sette i gang med aktivitet eller sosialisering, raskt ga positive resultater.

*«Da begynte jeg å tenke sånn, fake it 'til you make it, og gikk ut blant folk. Nå er jeg mye mer sosial og har fått mange nære venner.»*



Denne mestringen i forhold til aktiviteter og sosialisering, opplevdes også som en viktig faktor for å snu en negativ spiral til en positiv. Negative tanker fikk mindre gravitasjonskraft og andre ting ble lettere å sette i gang. Felles for de ulike arenaene for opplevd mestring var at de nå opplevde seg selv aktive i styringen av eget liv, og ikke et passivt offer for et negativt tankemønster.

*«Jeg tenkte alltid at ting ikke går min vei og at jeg ikke er god nok. Det (kurset) hjalp meg til å ta litt mer sjanser på at, ja dette kan jeg faktisk få til.»*

*«Så jeg valgte å heller bare konsentrere meg om dem som jeg vet bryr seg om meg og som står meg nær.»*

#### 4.3.3 Fremtidstro

Det tredje kategorien som ble identifisert som betydningsfull for livskvaliteten etter kurset, var at deltakerne nå hadde de nødvendige ressursene for å kunne håndtere lignende utfordringer i fremtiden. Dette gjaldt både i form av å forstå årsaksmekanismer, beherske metoder og teknikker, samt tillit til at de hadde økt sin egen mestringsevne og opplevde seg mer i kontroll av eget liv. En person forteller at vedkommende nå har avtalt med legen om å trappe ned og etter hvert prøve å klare seg uten medisin som har dempet symptomene, ved å gradvis benytte flere kognitive metoder i stedet. En respondent ble av en venn gjort oppmerksom om at tilbakefall kunne forekomme.

*«Jeg vet det går an å få tilbakefall, men det er jeg ikke så redd for. Det gjelder å ta tak i det fortest mulig og få klarhet i hva som skjer. Og finne riktige teknikker.»*

## 4.4 Andre funn

### 4.4.1 Utløsende faktorer

Et av funnene som ikke inkluderes i artikkelen omhandler kategorien *utløsende faktorer*. Hver av deltakerne trekker frem vesentlige momenter i livet de ser så betydningsfulle for utviklingen av den livssituasjonen de havner i at de kan beskrives som mulige utløsende faktorer. Disse er ikke isolert fra andre omstendigheter i livet, og trenger ikke nødvendigvis ha vært *den* utløsende årsaken. De presentertes likevel på slik måte at det fortjente en egen

kategori ettersom det kom på siden av problemstillingens søkelys. Faktorene kan også betegnes som belastninger og skilles mellom som langvarige eller akutte. Av langvarige faktorer trekkes det frem blant annet utfordringer i barndommen som har hengt ved over i voksenlivet i form av lav selvfølelse, men den hyppigst nevnte belastningen over tid var lite eller dårlig søvn. Stress og det å la ting gå for langt nevnes også. Store akutte belastninger som nevnes oppleves mer som kriser og handler om samlivsbrudd eller måtte gå ned i stilling på jobben. Respondentene som var i kriser har nå overkommet disse og samtlige har nå et mer bevisst og ansvarlig forhold til det å utsette seg for andre belastende faktorer. De som var i kriser opplevde at et mer bevisst og endret tankemønster var avgjørende for å håndtere krisen på en konstruktiv måte.

#### 4.4.2 Tilstrekkelig for alle?

Et annet moment som ikke regnes som relevant i artikkelen men som likevel kan nevnes her er en deltakers vurdering av hvorvidt tiltaket bør anbefales til andre. Respondenten belyser at kurset kan muligens være utilstrekkelig for noen som har mer gjennomgripende problematikk.

*Jeg ville ikke anbefalt det til noen som er såpass langt nede at de ikke vet hva de skal gjøre med det (kursutbyttet). For du må jo være konsekvent og tøff nok til å faktisk sette deg ned og lese og tenke gjennom ting for deg selv. Så det kan jo bli vanskelig.*

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Livskvalitet før kurs

Den første hovedkategorien viste de tre undergruppene *negative tanker, fysisk redusert og sosialt begrenset*. Samtlige deltakere la størst vekt på hvordan negative tanker preget livskvaliteten deres. Det å være fysisk redusert og sosialt begrenset vil kunne forstås mer som en konsekvens av at de negative tankenes påvirkning. Etterhvert førte inaktiviteten og avtagende sosiale relasjoner igjen til å forsterke negative tanker, ettersom de ikke fikk utfordret eller motbevist dem ved å se om det de fryktet var reelt. Dette samsvarer med litteratur om emnet, noe vi finner beskrevet blant annet i kursheftet i delen, som er hentet fra *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon* (Berge & Repål, 2013).

I litteraturen på området om RPH fra nevnte studier så kommer det ikke så tydelig frem hvordan deltakerne der opplever sin livskvalitet utover at de scorer høyt nok for angst og / eller depresjon på scoringsskjemaene til å få et tilbud om RPH. I materialet fra denne studien så beskriver deltakerne riktignok flere symptomer på både angst og depresjon, men viser samstemt frem negative tanker som hovedbegrep for å beskrive livskvaliteten, både i omfang og tyngde. De diskriminerte lite mellom depressive eller engstelige symptomer og tanker, dette ble nærmest uttalt som ulike valører av de negative tankene. Hvorvidt dette har betydning i form av å tilføye ny kunnskap kan likevel i beste fall beskrives som marginal; negative tankers rolle i forståelsen av angst, depresjon og kognitiv terapi er velkjent. Her blir det gjerne beskrevet som automatiske tanker og at de nettopp på grunn av sitt innhold gjerne oppleves vanskelige å beskrive, men at det som regel er første steget; å sette ord på tankene (Berge & Repål, 2000). Det kan likevel være interessant for feltet å få denne entydige stemmen fra deltakerne, at de vektlegger akkurat negative tanker for å beskrive en nedsatt og begrenset livskvalitet.

Som en innvending så har intervjuet inntruffet etter selve kurset, og deres begreper og forståelse av egen livssituasjon vil nødvendigvis være påvirket av dette. Dersom de ikke hadde fått den informasjonen om begreper og sammenhenger de fikk på kurset, hadde de kanskje brukt andre ord for å beskrive livskvaliteten før kurs. De hadde kanskje forstått livene sine på en helt annen måte, vektlagt andre aspekter og beskrevet et annet bilde. Det fremstår dog tydelig at samtlige deltakere faktisk hadde mange negative tanker og opplevde seg i økende grad begrenset i sine liv på grunn av disse tankemønstrene.

## 5.2 Livskvaliteten ett år etter kurs

### 5.2.1 Kurset og kognitiv terapi

For å mestre negative tankemønstre vektlegges det i kurset å utfordre tankene og dermed se hvorvidt de samsvarer med virkeligheten. Innen kognitiv terapi er dette å betrakte som en av grunnpilarene (Berge & Repål, 2000; Haugsgjerd et al., 2009; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2018a). På kurset vises det til en alternativ teknikk dersom en blir så overveldet av tankene at en ikke klarer å møte dem. Da kan en benytte en forskyvningsteknikk hvor en forteller seg selv at «denne tanken skal jeg forholde meg til klokken 19:00» for eksempel. Én

person hadde stor nytte av dette og opplevde på det designerte tidspunktet at tanken da ikke returnerte eller i stor grad hadde mistet sitt moment. Dette betraktes likevel som en midlertidig metode, ettersom en ikke kommer tankene til livs på samme måte som ved å utfordre dem (Berge & Repål, 2000). Intensjonen er da at kursdeltakeren etterhvert skal kunne eksponere seg for tankene i stedet for å forskyve dem som blir en mer midlertidig løsning. Faren ved å utsette kontra møte det vanskelige er at en opprettholder og kanskje til og med forsterker problemet ved at en ikke får testet om det en unngår virkelig er farlig eller sant (Berge & Repål, 2004).

De tre andre deltakerne som håndterte tankene i hovedsak ved å møte og teste gyldigheten av negative påstander, opplevde en større mestring og tillit til å håndtere eventuelle tilbakefall eller lignende utfordringer i livet og kan i så måte sies å ha fått enda bedre utbytte av kurset. I samme vending kan det forså vidt nevnes at personen som benyttet forskyvningsteknikken har avtale med legen sin om å gå videre med kognitiv terapi i et ønske om å kunne trappe ned på medisin. Av dette kan det utledes at kurset har fungert etter sin intensjon og teoretiske modell for disse deltakerne (Helsedirektoratet, 2018; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2018b; Sandnes Kommune, 2018)

### 5.2.2 Self efficacy

Ettersom et av hovedfunnene i denne studien omhandler mestring vil det være naturlig å trekke frem Albert Banduras teori om self-efficacy, hvor han omtaler evnen til å sette seg mål og forventning til å mestre målene (Helgesen, 2011). Forventningen til å kunne mestre det som kreves, avhenger i størst grad av personens tidligere mestring ettersom det bygger på personens egne erfaringer (Bandura, 1997). Respondentene beskriver hvordan det gradvis ble lettere ettersom de konfronterte de negative tankene og opplevde at de avtok i styrke og omfang. Bandura utdyper hvordan en mestringsforventning forårsaket av allerede oppnådd mestring, kan videreføres til nye situasjoner. Dette behøver heller ikke nødvendigvis være identiske situasjoner (Bandura, 1997). Denne forståelsen kan bidra til å forklare funnet kategorisert som *fremtidstro*. Deltakernes optimistiske syn på fremtiden og deres eget mestringspotensiale for å håndtere nye utfordringer, kom til uttrykk i form av at de nå hadde tillit til at de hadde de nødvendige ressursene til dette. En av de ressursene de vektla mest var nettopp deres egen oppfatning av mestringssevne.

### 5.2.3 Sence of coherence

For å ytterligere forstå hvordan deltakerne nå opplever sin livskvalitet i lys av litteratur på området kan fenomenet salutogenese trekkes frem. Da spesielt i relasjon til begrepet «sence of coherence» (SOC) utformet av Aaron Antonovsky og kan oversettes som «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Han utviklet en teori som kunne representere det motsatte av begrepet patogenese, som forteller om en sykdomsutvikling. Salutogenesen beskriver derimot en utvikling av helse hvor en søker å utforske ulike faktorer som fremmer denne (Langeland & Vaardal, 2014). Antonovskys fremste funn om salutogene faktorer er begrepet SOC som beskriver en grunnholdning til egen forventningen om begripelighet, håndterbarhet og mening (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004). Begripelighet forteller om hvorvidt en person evner å forstå sin egen livssituasjon; om den fremstår logisk og forutsigbar. Håndterbarhet handler om å ha tillit til at en har nødvendige ressurser for å løse en situasjon. Mening handler om hvordan en er motivert til å møte utfordringene, er sterkt knyttet til følelseslivet og regnes som den viktigste komponenten (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Langeland & Vaardal, 2014; Walseth & Malterud, 2004).

Disse tre komponentene; begripelighet, håndterbarhet og mening, ligger tett opp til denne studiens funn; forstå, mestre og fremtidstro. Kjennskapen til den salutogene modellen har utvilsomt påvirket utformingen av kategorier i denne studien, selv om intensjonen hele tiden var å la materialet selv åpenbare logiske og naturlige temaer og kategorier. Uavhengig av hvor mye forforståelsen har influert analysen, vil det likevel kunne hevdes at kategoriene er logiske sammenfatninger av det respondentene selv vektla mest. En studie som benyttet Antonovskys skala for å måle SOC, fant at dem med sterk opplevd sammenheng betraktet seg selv som mindre syke og mindre påvirket av sykdom enn kontrollgruppen (Mendel, Bergenius & Langius, 2001). Denne studien har ingen kontrollgruppe å sammenligne med, men den understøtter teorien om salutogenese og SOC ved å vise korrelasjonen mellom respondentenes sterkere opplevde sammenheng og opplevelse av bedre livskvalitet.

## 5.3 Kategorier ekskludert fra artikkelen

### 5.3.1 Utløsende faktorer

Det som kan være av betydning å diskutere rundt funnet om utløsende faktorer, er sammenhengen mellom de akutte krisene som noen stod i og kursets betydning for å

overkomme krisene og øke livskvaliteten. Respondentene forteller om mye bedre livskvalitet med stor vekt på at krisen er over. Hvor mye kurset hjalp dem å komme over krisen og hvor mye som kan tilskrives andre omstendigheter og at «tiden leger alle sår», blir vanskelig å si så mye mer om. Det var faktorer som å få en jobb en ønsket seg og at en forsonet seg med samlivsbrudd og kom seg videre. Det som kommer frem er at kurset uansett hjalp dem underveis i prosessen ved at det endret tankemønsteret deres positivt, og fikk dem i gang med aktivitet og sosialisering. Lite eller dårlig søvn var den enkeltfaktoren som ble hyppigst nevnt som en belastning over tid. Måten dette ble uttrykt på ga inntrykk av at de i ettertid hadde reflektert en del rundt dette og satt det i sammenheng med begynnende utfordringer. Nåværende holdning til søvn ble ikke nevnt men implisitt ble det forstått at de nå hadde bedre søvn og en annen forståelse rundt viktigheten av søvn. Søvnhygiene var forøvrig noe som ble gjennomgått på kurset, men det ble ikke nevnt spesifikt eller etterspurt i intervjuet. Eventuell direkte sammenheng mellom kurset og søvn kan dessverre derfor ikke sies noe videre om.

### 5.3.2 Tilstrekkelig for alle?

Den ene respondenten uttrykket bekymring dersom en deltaker ikke klarte å nyttiggjøre seg kurset. Mulige konsekvenser av dette er at vedkommende tar videre kontakt med RPH for annen oppfølging og vil da få tilbud om en mer tilpasset hjelp som for eksempel individuelle samtaler med terapeut (Sandnes Kommune, 2018). Dersom personen ikke tar kontakt er det fare for en videreutvikling av utfordringene. Først og fremst ved at en ikke får i gang nødvendige endringer rundt tankemønstre og selvbilde. Dernest en mulig forsterket opplevelse av utilstrekkelighet eller mislykkethet ved at en opplever å ha fått utdelt de «riktige» verktøyene med tilhørende instruksjoner, men likevel ikke klarer å benytte seg av dem.

Én måte å forhindre dette, kan være å tilby en oppfølgingssamtale en tid etter kurset. Ved slutten av hver kursdag får deltakerne utdelt et scoringsskjema for å vurdere egen fungering og tilstand. Ettersom kurset er lavterskel og frivillig kunne skjemaet inneholdt en rubrikk som etterspurte samtykke til en oppfølgingssamtale per telefon. Da ville en ikke bare potensielt fanget opp de som trengte videre oppfølging, men en ville også fått en tilbakemelding fra dem som hadde utbytte av kurset og påfølgende forståelse av hva kurset bidrar med og mulige justeringsområder.

## 6.0 Konklusjon

Studien viser at samtlige deltakere beskriver en radikal endring i livskvalitet. Før kurset var hverdagene preget av angst, depresjon, inaktivitet og det som ble fremhevet mest; negative tanker. Det fremstår som at når disse negative tankene først hadde fått etablert seg og det ikke syntes tilgjengelig noen måte å håndtere disse tankene, så ble det fort en nedadgående spiral. Respondentene beskriver hvordan tankene påvirket dem på en måte som fortrenget lyst, vilje og evne til å benytte positive ressurser som aktiviteter og sosiale relasjoner. Videre førte tankene til mindre selvtillit, stadig større frykt for selve relasjonene og høyere terskel for ulike initiativer. Som konsekvens kom sykemeldinger og selvmordstanker hos noen.

Når de beskriver livskvaliteten ett år etter, er det først og fremst fraværet av negative tanker som trekkes frem. Deltakerne opplever å sitte igjen med en forståelse av hvorfor deres tankemønster var så belastende og ser sammenhengen med egen livssituasjon. Dette gir dem en trygghet i at det er en normal reaksjon ved kriser og overbelastning. Videre er de i stand til å identifisere og utfordre negative tanker ved å benytte ulike metoder, og opplever at tankene opphører, mister kraft eller kan være usanne. Slik er de mer i kontroll over eget tankemønster, og opplever en større styring i eget liv. De har tro på, og opplever, en positiv spiral hvor reduserte kvernetanker, mestring og overskudd gradvis forsterker hverandre.

Studien finner at ett år etter kurs i kognitiv terapi opplever deltakerne en vesentlig bedre livskvalitet i form av reduserte negative tanker, bedre forståelse og mestring av eget liv og en mestringsforventning til fremtiden. Dette bidrar til å underbygge teorien om opplevd sammenheng (SOC) og dens rolle for en positiv helseutvikling. Sett opp mot tidligere forskning om kognitiv behandling i form av RPH, viser studien at deltakerne ikke bare opplever en symptomreduksjon. Deltakerne beskriver en vedvarende endring i måten de opplever seg selv på og tro på egen evne til å håndtere både tilsvarende og nye utfordringer.

## Referanser

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2014). *Energityvene : utmattelse i sykdom og hverdag*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen : innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser : hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (3. og rev. utg. utg.). Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Lykketyvene : hvordan overkomme depresjon* ([Ny rev. utg.]. utg.). Oslo: Aschehoug.
- Dalaker, S. & Frafjord, M. (2015). Kurs mot angst er ein suksess i Sandnes. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/rogaland/kurs-mot-angst-er-ein-suksess-i-sandnes-1.12311693>
- Department of Health. (2012). IAPT 3 Year Report - The first million patients. November 2012: Department of Health.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 : helsetilstanden i Norge* Vol. 2014:4.
- Folkehelseinstituttet. (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge.
- Gundersen, I. (2017). Fastleger gir opp å henvise til psykolog. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/m6Ra5v/Fastleger-gir-opp-a-henvise-til-psykolog>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Helsedirektoratet. (2013). Veiledende materiell til pilotene. Hentet 05.12.2018 fra <https://napha.no/attachment.ap?id=2807>
- Helsedirektoratet. (2018). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 04.12.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp>
- Kleven, T. A. & Hjordemaal, F. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.



- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E. & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105. doi: 10.1159/000504453
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese (s. 45-71). Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research* (5th ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Mendel, B., Bergenius, J. & Langius, A. (2001). The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, 26(1), 19-24. doi: 10.1046/j.1365-2273.2001.00398.x
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018a). Magi kan oppstå på kurs. Hentet 05.12.2018 fra <https://napha.no/content/22468/Magi-kan-oppsta-pa-kurs>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018b). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 03.12.2018 fra <https://napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>
- Nestor, P. G. & Schutt, R. K. (2012). *Research methods in psychology : investigating human behavior*. Los Angeles: Sage.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2018a). Kognitiv terapi. Hentet 04.12.2018 fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2018b). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 04.12.2018 fra <https://www.kognitiv.no/tilbud-til-deg/behandlingstilbud/rask-psykisk-helsehjelp/>
- NTB. (2014). – Terapeutene opplever at pasientene har stor nytte av hjelpen. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/mr/pilotprosjekt-har-slatt-an-1.11919215>
- Naas, R. (2016). En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk.
- Olsen, J. T. (2017). Kenneth har lært seg å takle angsten for å dø. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/dAoGA/Kenneth-har-lart-seg-a-takle-angsten-for-a-do>

Sandnes kommune. (2018). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 05.12.2018 fra <https://www.sandnes.kommune.no/helse-sosial/psykisk-helse/rask-psykisk-helsehjelp/#heading-h2-11>

Taylor, S. E. (2015). *Health psychology* (9th ed. utg.). New York: MCGraw-Hill Education.

Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenesis and empowerment in the perspective of general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 124(1), 65-66.

# **Opplevd livskvalitet, før – og ett år etter – kurs i kognitiv terapi**

Per Magnus Johnsen Idsø, 1979

Masterstudent ved universitetet i Stavanger

Referansenummer NSD: 231601

Antall ord sammendrag ekskludert: 4878

[peridsoe@gmail.com](mailto:peridsoe@gmail.com)

Denne oppgaven undersøker livskvaliteten hos fire personer som har fått et gruppekurs i kognitiv terapi, som hjelp til å håndtere mild til moderat angst og depresjon. Deltakernes livskvalitet før kurs var preget av negative tanker som gjorde dem engstelige, inaktive, deprimerte og tilbaketrukne. Lite og uregelmessig søvn var en vesentlig faktor i forløpet. Ett år etter kurset opplevde de seg styrket på tre hovedpunkter: De forsto og kunne håndtere negative tanker. De hadde tatt styring i eget liv, blitt mer aktive og sosiale. De hadde fått bedre selvfølelse og tro på egne evner til å håndtere liknende utfordringer i fremtiden.

Nøkkelord: Kognitiv terapi, angst, depresjon, livskvalitet

## Experienced life quality, before – and one year after – a course in cognitive therapy

This study was conducted with an aim to investigate the life quality of participants receiving a course in cognitive therapy, to relieve mild to moderate anxiety and depression. Their lives before the course were severely impaired by negative thoughts which made them anxious, inactive, depressed and withdrawn. Little and irregular sleep was a major cause of their negative development. One year after they felt strengthened in three areas: They understood and managed their negative thoughts. They were more in control of their own lives, active and social. They had a better self-esteem, and faith in their ability to cope with similar challenges.

Key words: cognitive therapy, anxiety, depression, life quality

## Bakgrunn

Ifølge Folkehelse rapporten fra 2014, forekommer det i løpet av et år en form for psykisk lidelse hos 20 % av den voksne befolkningen. Hyppigst forekommende lidelser i den aktuelle populasjonen er depresjon, angstlidelser og rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Milde til moderate psykiske utfordringer regnes ikke som alvorlige nok for behandling hos distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Kombinert med lang kø og ventetid hos psykologtjenester fører dette til at nevnte gruppe risikerer å ikke få behandling for lidelsene før de forverres og blir større utfordringer, både for personene selv og hjelpeapparatene (Gundersen, 2017). Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lavterskeltilbud for denne gruppen og etableres i stadig flere kommuner. Tilbudet er utformet i tre trinn: veiledet selvhjelp, gruppetilbud (ofte kurs), og individuell samtaleterapi (Helsedirektoratet, 2013).

I Sandnes er det egenutviklede gruppekurset «Tankens kraft» satt som det primære trinn basert på erfaringer om at dette rekker ut til flere og krever mindre ressurser enn veiledet selvhjelp (Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid, 2018a). Som alle tilbud innen RPH er kurset basert på kognitiv terapi. En evaluering samt en RCT-studie, begge iverksatt av folkehelseinstituttet (FHI) viser gode resultater. Dette omtales videre under neste overskrift. Mediedekningen har også utelukkende vist til positive erfaringer, hvor Sandnes RPH omtales med flere oppslag om kursdeltakeres tilfriskning (Dalaker & Frafjord, 2015; Ntb, 2014; Olsen, 2017).

## Tidligere forskning

Folkehelseinstituttet (FHI) utførte i 2016 en evaluering av de første RPH-tilbudene som ble etablert fra 2012, såkalte pilotprosjekter. Evalueringen rapporterer om under kliniske nivåer av angst- og depresjonssymptomer hos 61,6 %. Forskningsdesignet ble forøvrig ikke vurdert som særlig sterkt, hvilket førte til at FHI iverksatte en randomisert kontrollert studie (RCT) (Folkehelseinstituttet, 2016; Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid, 2018b) . Denne startet i 2018, og ble tilgjengelig i 2020. Studien viser at kontrollgruppen som fikk vanlig behandling, hadde 31,9 % av deltakerne rapportert under kliniske nivåer. I gruppen som fikk RPH tilsvarte dette 58,5 % av deltakerne. Det ble benyttet Patient Health Questionnaire (PHQ) og Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) for å måle kliniske nivåer (Knapstad, Lervik, Sæther, Aarø & Smith, 2020).

I England er det utført flere studier av Improving Access to Psychological Therapy (IAPT), (det opprinnelige britiske tiltaket som RPH er basert på). Disse studiene er i all hovedsak kvantitative og de få kvalitative studiene omhandler nesten utelukkende intervjuer av terapeutene, og ikke tjenestemottakerne. I 2012 la det engelske helsedepartementet frem en rapport som sammenfattet hvordan erfaringene de tre foregående årene hadde vært. Rapporten omhandlet en million mottakere av IAPT, og kunne vise til resultater som hadde innfridd og til dels oversteget forventningene (Department of Health, 2012).

I 2016 ble det som masteroppgave utført en kvalitativ studie om RPH tilbudet i Molde. To gruppeintervjuer ble utført; om hvordan tjenestemottakere opplevde effekten av tilbudet. Studien handler om RPH-tilbudet i sin helhet, ikke spesifikt noen av de tre ulike trinnene (veiledet selvhjelp, gruppe og individuell terapi). Studien løfter frem tre funn: Opplevd mestring ved å benytte aktuelle tillærte metoder. De opplevde seg sett og forstått. Rask hjelp opplevdes avgjørende. Ut ifra studien var det imidlertid uklart hvor mange av deltakerne som hadde hatt hvilke av de ulike tilbudene og hvor lenge etter hjelpen intervjuene ble gjort. Studien åpner for spørsmål om hvordan effektens varighet vil oppleves (Naas, 2016).

## Hensikt

Som vi ser av tidligere forskning så finnes det lite data om hvordan mottakere av RPH selv opplever hjelpen utover det som måles ved scoringsskjemaene PHQ og GAD-7. Det som finnes av kvalitativ forskning på området etterspør videre spesielt forskning på hvordan deltakerne har det en stund etter mottatt hjelp. RPH i Sandnes fremholder at kurset har bedre effekt enn selvhjelpsprogrammet og individuelle samtaler, spesielt med tanke på å nå flere personer samtidig, og at deltakerne opplever det positivt å se at andre også har tilsvarende utfordringer. For å tilstrebe å fremskaffe ny og supplerende kunnskap utformes denne studien dermed med sikte på å undersøke hvordan livskvaliteten oppleves for deltakere som mottar kurs i kognitiv terapi, både før kurset og ett år etter.

## Problemstilling

*Hvordan oppleves livskvaliteten, før – og ett år etter – for kursmottagere av kognitiv terapi?*

## Metode

### Design

Studien ble utformet som et induktivt og kvalitativt forskningsdesign. Ettersom hensikten med oppgaven var å undersøke opplevd livskvalitet, ville det sannsynliggjøre et rikere materiale ved å benytte denne metoden som søker å belyse noens opplevelse av et fenomen og den mening som tillegges fenomenet, enn ved den kvantitative metoden som er best egnet under forutsetningen av at noe er målbart (Kleven & Hjordemaal, 2018; Nestor & Schutt, 2012). Sistnevnte metode definerer nødvendigvis i forkant premissene og alternativene for hvilken informasjon respondentene kan gi, og begrenser dermed deres mulighet for å tilføye annen informasjon (Marshall & Rossman, 2011). Oppgaven tar også sikte på å tilføye en annen type informasjon enn det som allerede foreligger i det allerede eksisterende kunnskapsgrunnlaget, som i all hovedsak er basert på kvantitativ forskning.

### Forforståelse

Før rekruttering ble det avklart at egen deltakelse på kurset var velkomment. Dette var etter eget initiativ og med ønske om selv å få et innblikk i hvordan det kunne oppleves for en deltaker å få kurset presentert. Dette ga en erfaring som ikke er mulig å lese seg til eller mentalisere ved intervju av andre deltagere. En konsekvens av dette er nødvendigvis en forforståelse når andres historier blir fortalt og tolkes dermed på en annen måte enn om kurset ikke hadde vært opplevd selv. Et negativt aspekt av dette er at en som intervjuer kan være mindre åpen og ta for gitt at andres opplevelse er tilsvarende sin egen. En positiv side er at det gir et konkret grunnlag for bedre å forstå andre deltakeres erfaringer fra kurset og således kunne stille relevante oppfølgings spørsmål.

### Utvalg og rekruttering

Utvalget var kursdeltakere ved kurset «Tankens kraft» i regi av RPH Sandnes. Deltakerne ble i forkant informert om at det ville bli presentert en studie på kurset, med hensikt å rekruttere informanter til denne. Det ble gitt en muntlig presentasjon av studien på kurset, og deretter delt ut et utfyllende informasjonsskriv med samtykkeskjema. Deltakerne kunne da selv melde sin interesse ved å fylle ut samtykkeskjemaet som ble samlet inn etter kurset. Fire respondenter ønsket å delta.

## Datainnnsamling

Etter avtale ble selve intervjuene gjort over telefonen på grunn av den pågående situasjonen rundt covid-19. Det ble avklart på forhånd at samtalen ble tatt opp på bånd og de ble minnet på at de når som helst kunne ta kontakt dersom de lurte på noe, angret på noe de hadde sagt eller ønsket å trekke samtykket og umiddelbart slette intervjuet. Under intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide for å sikre at hovedmomentene ble dekket. Utover dette ble det lagt opp til at respondentene skulle få svare så fritt som mulig og at det ble stilt en del oppfølgingsspørsmål som skulle minske risikoen for feiltolkninger. Transkriberingen ble gjort ordrett, inkludert pauser og gjentakelser for å sikre korrekt psykologisk fortolkning (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

## Analyse

Det transkriberte materialet ble analysert ved å benytte Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering (STC) for å gjøre en tematisk og tverrgående analyse av de kvalitative dataene. Metoden består av fire trinn: Skaffe et helhetsinntrykk. Identifisere meningsbærende enheter ved å benytte koding. Abstrahere innholdet av de enkelte meningsbærende enhetene, såkalt kondensering. Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017). For hvert steg i prosessen ble det foreløpige resultatet sett opp imot det transkriberte materialet for å sikre at det ikke ble gjort feilaktige slutninger eller kunstige snarveier.

## Etikk og personvern

Studien ble meldt inn til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Minnekort med lydopptak, samtykkeskjema og krypteringsnøkkel ble oppbevart i en safe og adskilt fra resten av datamaterialet, i tråd med gjeldende retningslinjer. Lydopptakene ble oppbevart og transkribert på en egen partisjon av datamaskinen ved å benytte Veracrypt. Etter transkripsjon ble språket omgjort til bokmål for å anonymisere eventuelle dialekter og sosiolekter. Deretter ble annen informasjon i teksten som kunne være identifiserende tatt ut eller erstattet med et annet mer generelt ord. Et eksempel på dette er at en spesifikk, navngitt type medisin ble i stedet videre beskrevet som kun medisin. Enkelte plasser ble også betegnelsene «han» eller «hun» erstattet med «vedkommende», for å sikre anonymisering også i forhold til hvilket kjønn vedkommende hadde. Under omsetningen til bokmål ble det også rettet opp feil og dårlig språk som ofte forekommer i den daglige tale i motsetning til skriftspråket. Dette ble



gjort for å unngå at respondentene ble fremstilt feilaktig skriftlig, ettersom ingen ville skrevet svaret slik som de forteller det muntlig (Kvale et al., 2015).

## Funn

Studiens problemstilling beskriver at det ønskes å undersøke livskvaliteten hos deltakerne før kurset og etter kurset. Under analysen ble disse to hovedtemaene forsøkt lagt bort for å åpne for at det kunne utskille seg andre hovedtemaer, men disse hovedtemaene viste seg å være de mest naturlige for å best få frem de andre funnene. Under hver av de to hovedkategoriene fremtred tre underkategorier. I hovedkategorien *livskvalitet før kurs* fremkom følgende tre underkategorier: *negative tanker*, *fysisk redusert* og *sosialt begrenset*. Under den andre hovedkategorien *livskvalitet ett år etter kurs* ble det identifisert disse tre underkategoriene: *forstå*, *mestre* og *fremtidstro*. De seks underkategoriene vil videre bli utfyllende presentert i nevnte rekkefølge.

## Negative tanker

Dette var det mest sammenfallende temaet som ble nevnt og samtlige respondenter hadde flere beskrivelser om hvordan negative tanker passiviserte dem og gjorde dem stadig mer engstelige og deprimerte. Deltakerne beskrev gjentakende, mørke kvernende tanker, at de ikke følte seg gode nok og ikke hadde lyst - eller gledet seg - til noe.

*«Jeg gledet meg aldri til dagene, tenkte bare negativt; hva drit er det som skjer i dag? Ja, var negativ hele tiden. Til alt»*

Disse tankene kan beskrives som depressive. De fortalte også om negative tanker som ga uttrykk for angst; redd for å dø, redd for å havne i psykose og redd for hva andre tenker. Flere beskrev at de ikke så noen mulighet til å få kontroll over disse tankene, og noen opplevde at de etterhvert fikk det så tungt at de også hadde selvmordstanker.

*«Jeg fikk en henvisning av legen til DPS'en, og der sa de at det ikke var alvorlig nok. Hva gjør jeg da liksom, er det ikke alvorlig nok at jeg har selvmordstanker?»*

## Fysisk redusert

Respondentene forteller om hvordan deres fysiske fungering ble redusert. De gir uttrykk for å alltid føle seg utslitt og ha lite energi. En person beskriver hvordan hun lå i sengen og gråt en hel dag og allikevel alltid la seg tidlig fordi hun ikke orket noe. Flere beskriver hvordan dette henger sammen med og bidrar til lite eller dårlig søvn. En person beskriver hvordan det var en lang prosess å bare stå opp av sengen. De forteller videre om hvordan de var lite aktive og en person beskriver hvordan treningsgleden ble gradvis redusert og appetitten også som en konsekvens av dette.

*«Jeg er jo en person som trener, men så ble det til at jeg nesten ikke trente lenger. Og så ble det litt lite mat da.»*

## Sosialt begrenset

Som en konsekvens av de gjentakende og eskalerende negative tankene som representerte depresjon og angst, opplevde de fleste seg etterhvert mer og mer avskåret fra omverdenen. De hadde enten ikke lyst til å være sammen med andre, ble redd for samtaler med andre eller ble irritable, sure og sinte av bagateller. En person forteller om hvordan vedkommende, som egentlig betraktet seg selv som festlig i lag, etterhvert opplevde seg passiv og dum i møte med andre.

*«Når jeg er på det mørkeste så blir jeg helt rolig. Akkurat som en dompap. Det er ikke så mye som sviver da.»*

## Forstå

Ett år etter kurset opplevde samtlige av deltakerne at de forstod tydelig sammenhengen mellom tankemønstrene og andre aspekter av livet. Både hvordan ulike stress- og belastningsfaktorer som for eksempel lite søvn kunne utløse og forsterke negative tanker, men også hvordan det var mulig å håndtere tankene og gjøre andre justeringer i livet som ga ringvirkninger også på negative tankemønstre.

*«Jeg var redd for hva alle andre tenkte om meg. Så prøvde jeg å bare drite i og prøve å ikke tenke på hva andre tenker. Da forstod jeg at det gjør meg ikke noe godt å tenke (på) hva alle andre tenker; jeg må jo ikke bry meg om det. Så da begynte jeg å tenke annerledes.»*

Respondentene gir også uttrykk for at det gav stor trygghet å få forklart at deres situasjoner og tankemønstre ikke var unike, men relativt utbredt i befolkningen og at det var flere som deltok på kurset med liknende utfordringer.

*«Ofte har jeg følt meg dum for at jeg tenker teit, men det å se at mange andre har samme problemer, ja jeg forsto at jeg ikke var alene oppi det hele.»*

## Mestre

Det som samtlige uttrykker med størst omfang og tyngde om livskvaliteten ett år etter kurs, er betydningen av å endelig kunne håndtere tankene. Først ved å gjenkjenne negative tanker i det de oppstår, dernest ved å forholde seg til dem på en måte som bryter med den tidligere opplevelsen av å føle seg fanget av tankene. Én person syntes det fungerte best å utsette tankene.

*«Jeg har blitt flinkere til å gjenkjenne at dette ikke er en bra tanke, i stedet for å la den flyte fritt, til den på en måte overtar alt. Da sier jeg til meg selv at dette er ikke en bra tanke og at hvis du vil tenke mer på den så gjør du det klokken syv. Og som regel, så dukker ikke tanken opp igjen klokken syv.»*

Det vanligste var forøvrig å ta et enda mer aktivt grep med å utfordre tankene ved enten å benytte skjema (ABC-DE) eller en indre konfronterende dialog. På den måten opplevde de at de negative tankene mistet sin kraft, ved å fremstå for eksempel som bagatellmessige, lite sannsynlige eller direkte usanne.

*«Når jeg da reflekterer over disse tankene; er dette ekte, kommer det her til å skje? Så er det sånn; nei, det her er jo bare tull.»*

En av deltakerne beskriver hvordan han etterhvert klarte å forholde seg til negative tanker og et kraftig angstanfall ved å fokusere på pusten.

*«Ofte når jeg la meg så gikk pulsen opp og jeg ble redd for å havne i psykose. Ved å puste med nesen, stenge ute alt annet og bare ligge og tenke på pusten så greide jeg etterhvert å sovne. Men før det klarte jeg ikke å sovne (når slikt hendte).»*

Respondentene beskriver også hvordan det å utfordre seg selv, ikke bry seg så mye om andres tanker og bare sette i gang med aktivitet eller sosialisering, raskt ga positive resultater.

*«Da begynte jeg å tenke sånn, fake it 'til you make it, og gikk ut blant folk. Nå er jeg mye mer sosial og har fått mange nære venner.»*

Denne mestringen i forhold til aktiviteter og sosialisering, opplevdes også som en viktig faktor for å snu en negativ spiral til en positiv. Negative tanker fikk mindre gravitasjonskraft og andre ting ble lettere å sette i gang. Felles for de ulike arenaene for opplevd mestring var at de nå opplevde seg selv aktive i styringen av eget liv, og ikke et passivt offer for et negativt tankemønster.

*«Jeg tenkte alltid at ting ikke går min vei og at jeg ikke er god nok. Det (kurset) hjalp meg til å ta litt mer sjanser på at, ja dette kan jeg faktisk få til.»*

*«Så jeg valgte å heller bare konsentrere meg om dem som jeg vet bryr seg om meg og som står meg nær.»*

## Fremtidstro

Det tredje kategorien som ble identifisert som betydningsfull for livskvaliteten etter kurset, var at deltakerne nå hadde de nødvendige ressursene for å kunne håndtere lignende utfordringer i fremtiden. Dette gjaldt både i form av å forstå årsaksmekanismer, beherske metoder og teknikker, samt tillit til at de hadde økt sin egen mestringsevne og opplevde seg mer i kontroll av eget liv. En person forteller at vedkommende nå har avtalt med legen om å trappe ned og etter hvert prøve å klare seg uten medisin som har dempet symptomene, ved å gradvis benytte flere kognitive metoder i stedet. En respondent ble av en venn gjort oppmerksom om at tilbakefall kunne forekomme.

*«Jeg vet det går an å få tilbakefall, men det er jeg ikke så redd for. Det gjelder å ta tak i det fortest mulig og få klarhet i hva som skjer. Og finne riktige teknikker.»*

## Diskusjon

### Livskvalitet før kurs

Den første hovedkategorien viste de tre undergruppene *negative tanker*, *fysisk redusert* og *sosialt begrenset*. Samtlige deltakere la størst vekt på hvordan negative tanker preget livskvaliteten deres. Det å være fysisk redusert og sosialt begrenset vil kunne forstås mer som en konsekvens av at de negative tankenes påvirkning. Etterhvert førte inaktiviteten og avtagende sosiale relasjoner igjen til å forsterke negative tanker, ettersom de ikke fikk utfordret eller motbevist dem ved å se om det de fryktet var reelt. Dette samsvarer med litteratur om emnet, noe vi finner beskrevet blant annet i kursheftet i delen, som er hentet fra *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon* (Berge & Repål, 2013).

I litteraturen på området om RPH fra nevnte studier så kommer det ikke så tydelig frem hvordan deltakerne der opplever sin livskvalitet utover at de scorer høyt nok for angst og / eller depresjon på scoringsskjemaene til å få et tilbud om RPH. I materialet fra denne studien så beskriver deltakerne riktignok flere symptomer på både angst og depresjon, men viser samstemt frem negative tanker som hovedbegrep for å beskrive livskvaliteten, både i omfang og tyngde. De diskriminerte lite mellom depressive eller engstelige symptomer og tanker, dette ble nærmest uttalt som ulike valører av de negative tankene. Hvorvidt dette har betydning i form av å tilføye ny kunnskap kan likevel i beste fall beskrives som marginal; negative tankers rolle i forståelsen av angst, depresjon og kognitiv terapi er velkjent. Her blir det gjerne beskrevet som automatiske tanker og at de nettopp på grunn av sitt innhold gjerne oppleves vanskelige å beskrive, men at det som regel er første steget; å sette ord på tankene (Berge & Repål, 2000). Det kan likevel være interessant for feltet å få denne entydige stemmen fra deltakerne, at de vektlegger akkurat negative tanker for å beskrive en nedsatt og begrenset livskvalitet.

Som en innvending så har intervjuet inntruffet etter selve kurset, og deres begreper og forståelse av egen livssituasjon vil nødvendigvis være påvirket av dette. Dersom de ikke hadde fått den informasjonen om begreper og sammenhenger de fikk på kurset, hadde de kanskje brukt andre ord for å beskrive livskvaliteten før kurs. De hadde kanskje forstått livene sine på en helt annen måte, vektlagt andre aspekter og beskrevet et annet bilde. Det fremstår dog tydelig at samtlige deltakere faktisk hadde mange negative tanker og opplevde seg i økende grad begrenset i sine liv på grunn av disse tankemønstrene.

## Kurset og kognitiv terapi

For å mestre negative tankemønstre vektlegges det i kurset å utfordre tankene og dermed se hvorvidt de samsvarer med virkeligheten. Innen kognitiv terapi er dette å betrakte som en av grunnpilarene (Berge & Repål, 2000; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2018a). På kurset vises det til en alternativ teknikk dersom en blir så overveldet av tankene at en ikke klarer å møte dem. Da kan en benytte en forskyvningsteknikk hvor en forteller seg selv at «denne tanken skal jeg forholde meg til klokken 19:00» for eksempel. Én person hadde stor nytte av dette og opplevde på det designerte tidspunktet at tanken da ikke returnerte eller i stor grad hadde mistet sitt moment. Dette betraktes likevel som en midlertidig metode, ettersom en ikke kommer tankene til livs på samme måte som ved å utfordre dem (Berge & Repål, 2000). Intensjonen er da at kursdeltakeren etterhvert skal kunne eksponere seg for tankene i stedet for å forskyve dem som blir en mer midlertidig løsning. Faren ved å utsette kontra møte det vanskelige er at en opprettholder og kanskje til og med forsterker problemet ved at en ikke får testet om det en unngår virkelig er farlig eller sant (Berge & Repål, 2004).

De tre andre respondentene håndterte tankene i hovedsak ved å møte og teste gyldigheten av negative påstander. Disse deltakerne opplevde en større mestring og tillit til å håndtere eventuelle tilbakefall eller lignende utfordringer i livet og kan i så måte sies å ha fått enda bedre utbytte av kurset. I samme vending kan det forså vidt nevnes at personen som benyttet forskyvningsteknikken har avtale med legen sin om å gå videre med kognitiv terapi i et ønske om å kunne trappe ned på medisin. Av dette kan det utledes at kurset har fungert etter sin intensjon og teoretiske modell for disse deltakerne (Helsedirektoratet, 2018; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2018b; Sandnes Kommune, 2018).

## Self-efficacy

Ettersom et av hovedfunnene i denne studien omhandler mestring vil det være naturlig å trekke frem Albert Banduras teori om self-efficacy, hvor han omtaler evnen til å sette seg mål og forventning til å mestre målene (Helgesen, 2011). Forventningen til å kunne mestre det som kreves, avhenger i størst grad av personens tidligere mestring ettersom det bygger på personens egne erfaringer (Bandura, 1997). Respondentene beskriver hvordan det gradvis ble lettere ettersom de konfronterte de negative tankene og opplevde at de avtok i styrke og omfang. Bandura utdyper hvordan en mestringsforventning forårsaket av allerede oppnådd

mestring, kan videreføres til nye situasjoner. Dette behøver heller ikke nødvendigvis være identiske situasjoner (Bandura, 1997). Denne forståelsen kan bidra til å forklare funnet kategorisert som *fremtidstro*. Deltakernes optimistiske syn på fremtiden og deres eget mestringspotensiale for å håndtere nye utfordringer, kom til uttrykk i form av at de nå hadde tillit til at de hadde de nødvendige ressursene til dette. En av de ressursene de vektla mest var nettopp deres egen oppfatning av mestringsevne.

### Sence of coherence

For å ytterligere forstå hvordan deltakerne nå opplever sin livskvalitet i lys av litteratur på området kan fenomenet salutogenese trekkes frem. Da spesielt i relasjon til begrepet «sence of coherence» (SOC) utformet av Aaron Antonovsky og kan oversettes som «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Han utviklet en teori som kunne representere det motsatte av begrepet patogenese, som forteller om en sykdomsutvikling. Salutogenesen beskriver derimot en utvikling av helse hvor en søker å utforske ulike faktorer som fremmer denne (Langeland & Vaardal, 2014). Antonovskys fremste funn om salutogene faktorer er begrepet SOC som beskriver en grunnholdning til egen forventningen om begripelighet, håndterbarhet og mening (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Walseth & Malterud, 2004). Begripelighet forteller om hvorvidt en person evner å forstå sin egen livssituasjon; om den fremstår logisk og forutsigbar. Håndterbarhet handler om å ha tillit til at en har nødvendige ressurser for å løse en situasjon. Mening handler om hvordan en er motivert til å møte utfordringene, er sterkt knyttet til følelseslivet og regnes som den viktigste komponenten (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Langeland & Vaardal, 2014; Walseth & Malterud, 2004).

Disse tre komponentene; begripelighet, håndterbarhet og mening, ligger tett opp til denne studiens funn; forstå, mestre og fremtidstro. Kjennskapen til den salutogene modellen har utvilsomt påvirket utformingen av kategorier i denne studien, selv om intensjonen hele tiden var å la materialet selv åpenbare logiske og naturlige temaer og kategorier. Uavhengig av hvor mye forforståelsen har influert analysen, vil det likevel kunne hevdes at kategoriene er logiske sammenfatninger av det respondentene selv vektla mest. En studie som benyttet Antonovskys skala for å måle SOC, fant at dem med sterk opplevd sammenheng betraktet seg selv som mindre syke og mindre påvirket av sykdom enn kontrollgruppen (Mendel, Bergenius & Langius, 2001). Denne studien har ingen kontrollgruppe å sammenligne med, men den

understøtter teorien om salutogenese og SOC ved å vise korrelasjonen mellom respondentenes sterkere opplevde sammenheng og opplevelse av bedre livskvalitet.

## Konklusjon

Studien viser at samtlige deltakere beskriver en radikal endring i livskvalitet. Før kurset var hverdagene preget av angst, depresjon, inaktivitet og det som ble fremhevet mest; negative tanker. Det fremstår som at når disse negative tankene først hadde fått etablert seg og det ikke syntes tilgjengelig noen måte å håndtere disse tankene, så ble det fort en nedadgående spiral. Respondentene beskriver hvordan tankene påvirket dem på en måte som fortrenget lyst, vilje og evne til å benytte positive ressurser som aktiviteter og sosiale relasjoner. Videre førte tankene til mindre selvtillit, stadig større frykt for selve relasjonene og høyere terskel for ulike initiativer. Som konsekvens kom sykemeldinger og selvmordstanker hos noen.

Når de beskriver livskvaliteten ett år etter, er det først og fremst fraværet av negative tanker som trekkes frem. Deltakerne opplever å sitte igjen med en forståelse av hvorfor deres tankemønster var så belastende og ser sammenhengen med egen livssituasjon. Dette gir dem en trygghet i at det er en normal reaksjon ved kriser og overbelastning. Videre er de i stand til å identifisere og utfordre negative tanker ved å benytte ulike metoder, og opplever at tankene opphører, mister kraft eller kan være usanne. Slik er de mer i kontroll over eget tankemønster, og opplever en større styring i eget liv. De har tro på, og opplever, en positiv spiral hvor reduserte kvernetanker, mestring og overskudd gradvis forsterker hverandre.

Studien finner at ett år etter kurs i kognitiv terapi opplever deltakerne en vesentlig bedre livskvalitet i form av reduserte negative tanker, bedre forståelse og mestring av eget liv og en mestringsforventning til fremtiden. Dette bidrar til å underbygge teorien om opplevd sammenheng (SOC) og dens rolle for en positiv helseutvikling. Sett opp mot tidligere forskning om kognitiv behandling i form av RPH, viser studien at deltakerne ikke bare opplever en symptomreduksjon. Deltakerne beskriver en vedvarende endring i måten de opplever seg selv på og tro på egen evne til å håndtere både tilsvarende og nye utfordringer.



## Referanser

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berge, T. & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen : innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser : hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (3. og rev. utg. utg.). Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Lykketyvene : hvordan overkomme depresjon* ([Ny rev. utg.] utg.). Oslo: Aschehoug.
- Dalaker, S. & Frafjord, M. (2015). Kurs mot angst er ein suksess i Sandnes. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/rogaland/kurs-mot-angst-er-ein-suksess-i-sandnes-1.12311693>
- Department of Health. (2012). IAPT 3 Year Report - The first million patients. November 2012: Department of Health.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 : helsetilstanden i Norge* Vol. 2014:4.
- Folkehelseinstituttet. (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge.
- Gundersen, I. (2017). Fastleger gir opp å henvise til psykolog. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/m6Ra5v/Fastleger-gir-opp-a-henvise-til-psykolog>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* (2. utg. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Helsedirektoratet. (2013). Veiledende materiell til pilotene. Hentet 05.12.2018 fra <https://napha.no/attachment.ap?id=2807>
- Helsedirektoratet. (2018). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 04.12.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp>
- Kleven, T. A. & Hjørdemaal, F. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E. & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving

- Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105. doi: 10.1159/000504453
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese (s. 45-71). Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research* (5th ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Mendel, B., Bergenius, J. & Langius, A. (2001). The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, 26(1), 19-24. doi: 10.1046/j.1365-2273.2001.00398.x
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018a). Magi kan oppstå på kurs. Hentet 05.12.2018 fra <https://napha.no/content/22468/Magi-kan-oppsta-pa-kurs>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018b). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 03.12.2018 fra <https://napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>
- Nestor, P. G. & Schutt, R. K. (2012). *Research methods in psychology : investigating human behavior*. Los Angeles: Sage.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2018a). Kognitiv terapi. Hentet 04.12.2018 fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2018b). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 04.12.2018 fra <https://www.kognitiv.no/tilbud-til-deg/behandlingstilbud/rask-psykisk-helsehjelp/>
- NTB. (2014). – Terapeutene opplever at pasientene har stor nytte av hjelpen. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/mr/pilotprosjekt-har-slatt-an-1.11919215>
- Naas, R. (2016). En kvalitativ studie av hva brukerne av Rask psykisk helsehjelp opplevde bidro til bedring: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk.
- Olsen, J. T. (2017). Kenneth har lært seg å takle angsten for å dø. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/dAoGA/Kenneth-har-lart-seg-a-takle-angsten-for-a-do>
- Sandnes kommune. (2018). Rask psykisk helsehjelp. Hentet 05.12.2018 fra <https://www.sandnes.kommune.no/helse-sosial/psykisk-helse/rask-psykisk-helsehjelp/#heading-h2-11>

Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenesis and empowerment in the perspective of general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 124(1), 65-66.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

#### **Prosjekttittel NSD sin vurdering**

Hvordan oppleves livskvaliteten etter kurset "Tankens kraft"?

#### **Referansenummer**

231601

#### **Registrert**

22.10.2019 av Per Magnus Johnsen Idsø - pm.idso@stud.uis.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

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

Trond Erik Grønnestad, trond.gronnestad@uis.no, tlf: 90888642

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Per Magnus Idsø, peridsoe@gmail.com, tlf: 97488899

#### **Prosjektperiode**

18.11.2019 - 21.08.2020

#### **Status**

14.11.2019 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

##### **14.11.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 13.11.2019. Behandlingen kan starte.

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 21.08.2020.

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **«Hvordan oppleves livskvaliteten etter kurset Tankens kraft»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke effekten av kurset «Tankens Kraft». I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Denne studien er en masteroppgave som har til hensikt å finne ut om hvordan livskvaliteten oppleves etter kurset og hva deltakerne finner nyttig ved kurset.

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

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet, og er et samarbeid med Rask Psykisk Helsehjelp i Sandnes.

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

Alle dere som deltar på dette kurset blir spurt, og det er ønskelig å intervjuer åtte personer.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet og det blir tatt opp lyd fra intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

- *Kun jeg og min veileder vil ha tilgang til opplysningene*
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lyddata vil bli lagret kryptert og slettet når det er oversatt til tekst.*
- *Ved en eventuell publisering av studien vil du ikke kunne bli gjenkjent. Opplysningene som da publiseres vil handle om hvilken betydning kurset har hatt for deg og din livskvalitet.*

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes juli 2020. Personopplysninger og lydopptak vil da bli slettet. All informasjon vil da være anonymisert.

## **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Student og intervjuer: Per Magnus Idsø, [pm.idso@stud.uis.no](mailto:pm.idso@stud.uis.no) telefon: 97 48 88 99
- Prosjektansvarlig: Førstemanuensis Trond Grønnestad, [trond.gronnestad@uis.no](mailto:trond.gronnestad@uis.no)
- Vårt personvernombud: Kjetil Dalseth, [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Per Magnus Idsø, student

Trond Grønnestad, prosjektansvarlig

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Hvordan oppleves livskvaliteten etter kurset Tankens Kraft» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å avtale intervjuet via mobil

Mitt telefonnummer er: \_ \_ \_ \_ \_

Jeg vil helst bli intervjuet (kryss gjerne av på begge hvis det passer):

- Hjemme
- Offentlig lokale (kontor/møterom)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juli 2020.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Forfatterveiledning for Tidsskrift for psykisk helsearbeid

E-post: [redaksjonen.tph@gmail.com](mailto:redaksjonen.tph@gmail.com)

### Manuskriptstandard

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som ikke er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist. Våre retningslinjer ligger også på [www.idunn.no/tph](http://www.idunn.no/tph).

### Språk

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer skal også angis på tittelsiden.

### Fag- og vitenskapelige artikler

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil 5000 ord. Litteraturliste og noter

regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag ikke inngår. Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.

Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.

Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.

Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.

Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør og vitenskapelig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

Gode eksempler/Essay/Fortellinger skal inneholde inntil 3000 ord. Kritisk blikk/Bokanmeldelser skal inneholde inntil 1500 ord.

## Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

Tidsskriftet ønsker ikke bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

## Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – det skal være komma mellom forfatter og årstall). Hvis det er seks eller flere forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et al.,». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på følgende måte: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers:

<http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

## Referanseliste

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Eksempel på plassering av DOI-kode med APA-referansestilen:

Müller, J. (2011). The Sound of Silence. Historische Zeitschrift, (292), 1–29. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1524/hzhz.2011.0001>.

Eksempler på referanser til artikler: (NB: innrykk andre linje på alle referanser)

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.

Eksempel på referanser til bøker:

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse

- å forstå, beskrive og behandle. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elektronisk bok med forfatter:

Franzen, J. (2010). Freedom [Kindle reader versjon]. Hentet fra <http://www.amazon.com>

Bøker med redaktør:

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: For redigerte bøker skal du vanligvis vise til kapittelet du har brukt!

Kapittel i bok med redaktør:

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (s. 311– 318). Oslo:Gyldendal akademisk.

Merk: Redaktørens fornavn skrives med initialen før etternavnet.

Kapittel i elektronisk bok med redaktør:

Kohn, S. (2009). The future of innovation is in our hands. I B. v. Stamm, & A. Trifilova (Red.), The future of innovation [Ebrary versjon]. Hentet fra <http://site.ebrary.com/>

Doktoravhandlinger og masteroppgaver:

Fevang, K. L. (2010). Grammatikkens språk: Hvilke språklige trekk karakteriserer fransk grammatikk for norske elever? En kvalitativ studie (Masteroppgave). Høgskolen i Vestfold, Tønsberg.

Askeland, N. (2008). Lærebøker og forståing av kommunikasjon: Om forståing av begrepet kommunikasjon gjennom metaforar og metaforsignal i seks læreverker i norsk for ungdomstrinnet 1997-99 (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-20888>.

Merk: Når stedsnavnet er del av institusjonsnavnet, trenger du ikke gjenta stedsnavnet.

Artikler i tidsskrift

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.

Elektronisk artikkel med URL:

Helleve, I. (2013). Social networking sites in education - governmental recommendations and actual use. Nordic journal of digital literacy, 7(4), 91–207. Hentet fra <http://http://www.idunn.no/>

Offentlige dokumenter

Kunnskapsdepartementet. (2013). Lange linjer - kunnskap gir muligheter (Meld. St. 18 (2012-2013)). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Eller:

Meld. St. 18 (2012–2013). (2013). Lange linjer - kunnskap gir muligheter. Oslo:

Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

NOU:

Voldtekstutvalget (2008). Fra ord til handling: Bekjempelse av voldtekt krever handling: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 1. september 2006: Avgitt til Justis- og politidepartementet 24. januar 2008 (NOU 2008:4). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Publikasjoner, fra direktorater el.lign:

Trykt utgave:

Helsedirektoratet (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer: nasjonal oppfølging av WHO's mål. Oslo: Helsedirektoratet.

Elektronisk utgave:

Utdanningsdirektoratet (2011). Skolemiljøutvalg: veileder til medlemmene. Hentet fra

<http://www.udir.no>

Lover:

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no>

Forskrifter:

Forskrift til opplæringslova (2006). Forskrift til opplæringslova. Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/>.

Rundskriv:

Utdanningsdirektoratet (2012). Udir-8-2012 Endringer i faget kroppsøving. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Internettkilder

Carlsen, K. H. (2008). Kosthold for fotballspillere. Hentet fra <http://www.trenerforeningen.no>.

Utdanningsdirektoratet (u.å.). Veiledninger til Kunnskapsløftet. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Blogg:

Olsen, H. K. (2011, 19.06). Lære. Verk - videre [Bloggpost]. Hentet fra

<http://heidiko.wordpress.com>.

Se også:

<http://kildekompaset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.