

Å være i samme båt

En kvalitativ studie om kursholderes erfaringer med gruppesettingen
ved kurs i depresjonsmestring (KID)

To be in the same boat

A qualitative study of course instructors' experiences with the group
setting of the "Coping with Depression" (CWD) course



Det helsevitenskapelige fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Eline Skraastad

Veileder: Førsteamanuensis avd. folkehelse UIS, Lise Sæstad Beyene

Dato/år: 01. juni 2023

Forord

Etter tre innholdsrike år, nærmer jeg meg slutten av mitt masterforløp i rus- og psykisk helsearbeid. Arbeidsprosessen med masterprosjektet har vært en spennende, krevende og stressende reise som har vært lærerik både faglige og personlig. Jeg hadde ikke klart å komme i mål uten, støtte, bidrag og hjelp fra flere personer.

Først vil jeg rette en stor takk til mine informanter som sa seg villig til å dele sin kunnskap og erfaring med meg i forskningsprosjektet. Uten dere og deres bidrag, hadde ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre! Takk for at dere tok dere tid til å formidle deres meninger og tanker om erfaringer med gruppesettingen ved kurs i depresjonsmestring.

En stor takk fortjener også min veileder, Lise S. Beyene for støtte, råd og veiledning fra start til slutt. Det var et tidspunkt hvor jeg var usikker på om jeg ville klare å fullføre det siste året av masterløpet, men med din hjelp og motivasjon, har jeg kommet i mål. Du har hatt tro på meg og mitt masterprosjekt, og gjennom dette, gitt meg styrke til å fullføre løpet! Jeg er evig takknemlig, tusen takk!

Jeg vil også rette en stor takk til min arbeidsgiver og sjef ved Madla helse- og velferdskontor som har støttet meg og tilrettelagt min arbeidshverdag i tre år. Som følge av dette, har det vært mulig å kombinere jobb og mastergrad. Sist, men ikke minst, vil jeg si takk til familie og venner som har vist meg tålmodighet når jeg har vært fraværende, og for å ha gitt meg oppmuntrende ord og støtte langs reisen!

Stavanger, 01.06.2023

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Del 1 - Kappe	V
Sammendrag	1
1.0 Innledning.....	2
1.1 Tidligere forskning	3
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål.....	4
1.3 Begrepsavklaring	4
2.0 Teoretisk perspektiv	5
2.1 Gruppestruktur og metode	5
2.2 Læringsteori.....	6
2.2.1 Modellæring.....	6
2.2.2 Erfaringslæring	7
2.2.3 Refleksjonslæring	7
2.3 Sosial støtte.....	8
3.0 Metode.....	9
3.1 Design	9
3.2 Rekruttering	9
3.3 Utvalg og datainnsamling	10
3.4 Dataanalyse.....	11
3.5 Metodologiske refleksjoner	12
3.5.1 <i>Min forforståelse</i>	13
3.5.2 <i>Troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet</i>	14
3.6 Etske overveielser.....	16
4.0 Funn.....	17
5.0 Diskusjon.....	18
5.1 Forskningsprosjektets betydning for klinisk praksis	20

5.2 Implikasjoner for videre forskning	21
6.0 Konklusjon	21
Referanser.....	22
Del 2 – Artikkel.....	28
Vedlegg	47
Vedlegg 1 – PICO.....	48
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	49
Vedlegg 3 - Intervjuguide.....	52
Vedlegg 4 – COREQ checklist	53
Vedlegg 5 – Godkjenning fra SIKT om endringer i prosjektet	55

Del 1 - Kappe

Sammendrag

Flere kommuner tilbyr kurs i depresjonsmestring (KID) i gruppe for voksne med mild til moderat depresjon. Hensikten med denne studien, var å undersøke hvilke erfaringer kursholdere ved KID har med gruppesettingen. Forskningsprosjektet er kvalitativt uformet og datamaterialet bygger på syv semistrukturerte intervju. Utvalget bestod av informanter med to til åtte års erfaring med å være kursholder for KID og representerte tre kommuner. Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse med inspirasjon av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. I intervjuene ble det avdekket et overordnet funn at det å være i gruppe, erfartes som å være i samme båt. Informantene erfarte at deltakerne opplevde gruppen som et godt sted å være, hvor det å møte likesinnede med gjenkjennbare erfaringer og tanker, bidro til redusert opplevelse av å være annerledes og ensom. Interaksjonen mellom deltakerne, ble formidlet som en positiv og nyttig tilleggseffekt av å ha KID i gruppe. I tråd med dette erfartes gruppesettingen å bidra til en aktiv dialog mellom deltakerne, hvor de aktive deltakerne i utstrakt grad var en ressurs for gruppesamspillet gjennom å stimulere til økt interaksjon. Det erfartes dog periodevis utfordrende å inkludere de tause deltakerne, samt forhindre at enkelte aktive deltakere fikk ta for stor plass. Samtidig erfartes det at gruppene utviklet et sosialt fellesskap preget av anerkjennelse og støtte overfor hverandre. Dersom deltakerne valgte å ta del i fellesskapet, fikk de mulighet til å utvikle nye relasjoner og bekjentskap som vedvarte både under og etter fullført KID. Gruppesettingen skapte også en arena for læring som følge av deltakernes anledning til å gi og ta imot kunnskap og erfaring fra hverandre i prosessen mot økt depresjonsmestring. Studien finner overveiende positive erfaringer med bruk av gruppetilbud for personer med depresjon på bakgrunn av gruppesettingens potensiale for sosial og personlig utvikling. Studien bidrar med viktig kunnskap for hvordan tilrettelegge og imøtekomme et økende behov for rask psykisk helsehjelp for personer med depresjon i primærhelsetjenesten. Gjennom å tilby KID i gruppe, kan personer med depresjon få tilgang til god og kunnskapsbasert helsehjelp som kan bidra til økt helse- og livskvalitet og forhindre forverring av lidelsestrykket. I tillegg kan organisering av psykisk helsehjelp i gruppe, medvirke til at primærhelsetjenesten kan hjelpe flere på en kostnadseffektiv måte.

1.0 Innledning

I 2014 rapporterte over 50 % av kommunene at psykisk helse er deres største utfordring og en vesentlig lavere andel hadde kunnskap om tiltak som kunne iverksettes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 14). Å fremme god helse og livskvalitet, samt forebygge psykiske helseproblemer, er en av mange oppgaver kommuner har i sitt folkehelsearbeid. Hensikten er blant annet å forhindre at innbyggere får behov for spesialiserte tjenester i spesialisthelsetjeneste (Ose & Kaspersen, 2015, s. 8).

Kurs i depresjonsmestring (KID) er et gruppetilbud for personer med depresjon hvor intervensjonen er basert på psykoedukasjon i relasjon til sosial læring (Cuijpers et al., 2009, s. 450). Sosial læringsteori betegner unormal atferd som innlært og som påvirker, samt påvirkes av individers interaksjon med miljøet (Lewinsohn et al., 1985). KID omfatter undervisning, arbeidsoppgaver og hjemmelekser hvor formålet er å gi deltakerne økt kunnskap om depresjon, samt mulighet til å lære mestringsteknikker for å forebygge, håndtere og mestre depresjonsplager i hverdagen (Casañas et al., 2012, s. 2; Ulleberg et al., 2021, s. 505). Sammenlignet med tradisjonelle terapi, får deltakerne større ansvar for egen behandling og blir av den grunn påpekt som et tilbud som kan oppleves mindre stigmatiserende enn andre tradisjonelle behandlingstilbud i psykisk helsevern (Cuijpers et al., 2009, s. 450). Det er gjennomført flere studier som har sett nærmere på behandlingseffekten av KID opp mot ulike brukergrupper, forløp og grad av depresjon, hvor resultatene er sprikende (Casañas et al., 2012; Cuijpers, 1998; Cuijpers et al., 2009; Lewinsohn et al., 1989; Ulleberg et al., 2021). En systematisk litteraturgjennomgang av Cuijpers et al. (2009, s. 456) fant at KID er en effektiv behandling for eksisterende depresjon og for å forhindre utvikling av alvorlig depresjon. Studien til Casañas et al. (2012, s. 14) så derimot at intervensjoner basert på psykoedukasjon hadde signifikant effekt på remisjon av symptomer for personer med mild depresjon på kort og lang sikt, henholdsvis tre, seks og ni måneder etter behandling, hvor effekten for moderat depresjon kun var signifikant på kort sikt (Casañas et al., 2012, s. 12). Resultatet er motstridende til funn fra studien til Ulleberg et al. (2021, s. 509) som fant signifikant reduksjon av depressive symptomer og økt tro på egne mestringsferdigheter over en 24 måneders periode for pasienter med langvarig og tilbakevendende depresjon.

Regjeringen ble i 2016 anmodet om å legge frem en ny strategi for god psykisk helse på tvers av ulike sektorer i samfunnet. «Mestre hele livet» ble presentert med formål å styrke kunnskap og åpenhet om psykisk helse og å fremheve kommunens betydning av

helsefremmende og forebyggende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I tråd med strategien, vil regjeringen presentere ny opptrappingsplan for psykisk helse i løpet av 2023 hvor styrking av lavterskeltilbud i kommunal regi er et av satsingsområdene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Målet til regjeringen er at alle innbyggere skal oppleve god helse- og livskvalitet og ha lett tilgang til helsetjenester av god kvalitet i sitt nærområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). I samsvar med politisk satsing, tilbys KID i flere norske kommuner som lavterskel psykisk helsehjelp og kurset har siden oppstart, blitt videreutviklet og tilpasset spesifikke målgrupper som minoritetsgrupper, ungdom og eldre (Solem, 2016).

I henhold til den opprinnelige manualen til KID, bestod kurset av 12 sesjoner på to timer over åtte uker. De fire første sesjonene ble holdt to ganger per uke, for deretter bli redusert til ukentlig. Gruppene bestod hovedsakelig av seks til ti deltakere over 18 år og ledet av en eller to kursholdere (Lewinsohn et al., 1989, s. 474). Denne studien avdekket at kommuner avviker noe fra den opprinnelige manualen til kurset og at det forekommer enkelte lokale forskjeller av mindre karakter. Min erfaring er at KID gjennomføres med ukentlig samling over åtte til ti uker med grupper på åtte til ti deltakere, og blir gjennomført med to sertifiserte kursholdere med helse- og sosialfaglig utdanning.

1.1 Tidligere forskning

Det ble utført systematisk litteratursøk i databasene CHINAL, Scopus, IDUNN, PsycArticles Direct (APA) og Google Scholar, samt søkemotoren Oria. En kombinasjon av hovedsakelig engelske søkeord ble benyttet, deriblant; «depression, experience, group, course, group dynamic og psychoeducation». Det ble benyttet «AND» eller «OR» for å kombinere aktuelle søkeord og best resultat ble gitt med direkte søk på «coping with depression course» og «depression AND psychoeducation AND group». I tillegg, ble det utarbeidet PICo (vedlegg 1) med bistand av bibliotekar ved Universitet i Stavanger for å ytterligere systematisere litteratursøk, samt bruk av litteraturliste i forskningsartikler av relevans til forskningsspørsmålet.

Forskningslitteratur på erfaringer med å være i en gruppe ved KID var mangelfull, men søk ga resultat ved andre intervensjonsmetoder som gruppeterapi- og veiledning. Lafrance Robinson et al. (2014) undersøkte i sin studie både erfaring og effekt av emosjonsfokuset terapi i gruppe for voksne med angst- og depresjon. Et overordnet tema, var fordeler med interaksjon med andre deltakere. Gruppedeltakerne erfarte anerkjennelse og forståelse, og beskrev

gruppen som en trygg og omsorgsfull familie. Verdien av å få hjelpe andre og å få tilbakemeldinger på egne utfordringer, bidro til læring (Lafrance Robinson et al., 2014, s. 270). Lignende resultat ble presentert i studien til Behenck et al. (2017) som undersøkte kognitiv atferdsterapi i gruppe for personer med panikk lidelse og fant at gruppedeltakerne fungerte som rollemodeller overfor hverandre. Gruppesettingen skapte et miljø som tilrettela for eksperimentering og utvikling av nytt og hensiktsmessig atferd- og tankemønster, samt håp for egen bedringsprosess (Behenck et al., 2017, s. 145-146).

En studie som undersøkte kognitiv atferdsterapi i gruppe for personer med mild til moderat depresjon og angst, fant sprikende erfaringer med gruppesettingen (Young-Southward et al., 2020). Noen oppga gruppemiljøet som trygt og trøstende, hvor det å møte likesinnede med delte erfaringer, bidro til normalisering og redusert opplevelse av ensomhet (Young-Southward et al., 2020, s. 6-7). Andre oppga gruppedynamikken som en barriere på bakgrunn av personlige egenskaper som sjenanse og manglende trygghet til å dele med gruppen, eller fordi andre tok stor plass og dominerte gruppedialogen (Young-Southward et al., 2020, s. 9). En systematisk oversiktsstudie som undersøkte gruppeveiledning, konkluderte med at gruppe medlemmene kan gjennom å dele og få tilbakemeldinger, få bedre innsikt og evne til å håndtere egne utfordringer (Yusop et al., 2020, s. 517). Det var derimot essensielt å bygge tillit og å skape et trygt og komfortabelt miljø i gruppen. Det medvirket til økt vilje til å dele personlige erfaringer og styrket gruppetilhørighet (Yusop et al., 2020, s. 517).

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å få kunnskap om å ha KID i gruppe og forhåpentligvis bidra med funn som kan fylle feltets kunnskapshull og komme til nytte i utviklingen av primærhelsetjenestens psykiske helsetjenester. I lys av tidligere forskning på erfaringer med gruppetilbud, vises det til positive og nyttige elementer med å ha psykisk helsehjelp i grupper. Det er derimot mangelfull forskning på erfaringer med gruppesettingen ved KID og studiens forskningsspørsmål er; *hvilke erfaringer har kursholdere ved kurs i depresjonsmestring (KID) med gruppesettingen?*

1.3 Begrepsavklaring

Depresjon er en psykisk lidelse som oppstår som følge av en kompleks interaksjon mellom psykologiske, sosiale og biologiske mekanismer (WHO, 2021) og er i henhold til diagnosemanualen ICD-10 kategorisert under affektive lidelser og stemningslidelser (WHO, 2023). Personer med depresjon lider ofte av både emosjonelle, kognitive og fysiske

symptomer i form av senket stemningsleie, aktivitetsnivå og livsglede, samt redusert søvnkvalitet og energi. Det er ikke uvanlig å bli innesluttet og taus, og kjenne på angstrelaterte plager i form av bekymringstanker, økt puls og hjertebank (Kringlen, 2012, s. 15). Depressive pasienter er funnet å ha dysfunksjonell sosial tilnærming med atferd preget av sosial tilbaketrekning med påfølgende risiko for forverring av lidelsen som følge av ensomhet og isolasjon (Derntl et al., 2011, s. 482). Håpløshet, lav selvfølelse og tanker om verdiløshet og skyld er andre sentrale symptomer ved depresjon (Kringlen, 2012, s. 15).

Depressiv episode kategoriseres som mild, moderat og alvorlig avhengig av symptomenes omfang og alvorlighetsgrad (WHO, 2023). Noen erfarer depresjon en gang i livet, hvor andre får tilbakefall som utgjør forhøyet risiko for ytterligere tilbakefall på senere tidspunkt (Kringlen, 2012, s.64). Ikke alle med depresjon trenger spesialisert behandling og ved mild depresjon, kan mestringstiltak utføres på egenhånd eller gjennom lavterskeltilbud i privat og kommunal regi (Kringlen, 2012, s. 70-78). Samtidig utvikles ofte depresjon gradvis og tidlig intervensjon er ansett som viktig for å forebygge forverring som kan resultere i vansker med tilfriskning (Kringlen, 2012, s. 65).

Primærhelsetjenesten blir ofte brukt synonymt med kommunehelsetjenesten og er en samlebetegnelse på kommunens tjenestetilbud (Haugsgjerd et al., 2009, s. 51)

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Gruppestruktur og metode

Grupper kan forenklet skilles mellom primære og sekundære, avhengig av forholdet til gruppen. Primære grupper preges ofte av varige relasjoner og nærhet, som familie og venner, hvor sekundære grupper gjerne har flere deltakere, kortere varighet og erfares mindre personlig (Gjøsund & Huseby, 2015, s. 28). Grupper kan ytterligere deles inn i uformelle grupper som dannes når deltakerne grupperer seg sammen på bakgrunn av felles interesser og formelle grupper som dannes for å løse et felles problem (Gjøsund & Huseby, 2015, s. 31). Det er dermed nærliggende å tenke at KID-gruppe er en sekundær og formell gruppe hvor det er potensiale for at det dannes primære og uformelle grupper mellom deltakerne.

Gruppmetode blir av Brok og Kjems (2014, s. 12) definert som et faglig profesjonelt forløp mot et felles mål hvor gruppens samspill, aktiviteter og tilstedeværelse bidrar til utvikling og forandring. Gruppe som behandlingsmetode ble formet som følge av økt kunnskap om sosiale

relasjoners betydning på helse og velvære (Yalom & Leszcz, 2020, s. 36), og fikk fotfeste i Norge på 1950-tallet som følge av et økende behov for alternative og supplerende behandlingsmetoder for personer med psykiske helseutfordringer (Heap, 2005, s. 22; Bjerke, 2018, s. 39). Gruppestruktur viser til de relativt stabile forholdene i gruppen, deriblant deltakernes rolleforventninger. Hvilken rolle andre forventer du skal ha, vil påvirke din atferd som videre vil påvirke gruppesamspillet (Gjøsund & Huseby, 2015, s. 18). Hvilke erfaring og effekt gruppeterapi kan ha for den enkelte, påvirkes av de gruppeegenskaper- og prosesser som gjenspeiles i den dynamiske samhandlingen mellom den enkelte deltaker, gruppeleder og gruppen som helhet (Bjerke, 2018, s. 48; Heap, 2005, s. 25).

Gruppesamspillet viser til deltakernes atferd overfor hverandre, hvor gruppedynamikk handler om samspillet mellom deltakerne. Sistnevnte er sentralt innen sosialpsykologi som ser på deltakernes kommunikasjonsmønster og i hvilken grad gruppen har innvirkning på den enkelte (Gjøsund & Huseby, 2015, s. 15). Det er sett en sterk korrelasjon mellom et gruppesamhold preget av støtte og anerkjennelse og positivt terapeutisk utfall (Yalom & Leszcz, 2020, s. 85). Effekten ses i et bredt spekter av gruppetilbud, både av korte forløp med færre enn 20 økter og lengre forløp, men er tydeligst i grupper som er basert på interaksjon (Yalom & Leszcz, 2020, s. 85). De relasjonelle faktorene og deltakernes mulighet for speiling i en gruppe, har betydning for både læring og utvikling (Bjerke, 2018, s. 41-48).

2.2 Læringsteori

Læring er en vedvarende prosess som forløper gjennom hele livet og er en hovedfaktor for menneskers evne til å tilpasse seg ulike settinger, roller og situasjoner (Kolb, 1984, s. 32). KID er et læringsbasert kurs hvor deltakerne skal få mulighet til å lære strategier til å håndtere utfordringer på områder som ofte er problematisk for deprimerte, deriblant svake sosiale ferdigheter, ubehag i sosiale settinger, samt irrasjonelle og negative tanker (Lewinsohn et al., 1989, s. 471). Læring og økt sosialkompetanse kan oppstå ved å få ny innsikt og ferdigheter gjennom rollespill og tilbakemeldinger på egen atferd (Lewinsohn et al., 1989, s. 472), men også indirekte gjennom de uformelle samtalene mellom deltakerne (Yalom & Leszcz, 2020, s. 28). Den terapeutiske prosessen i grupper er kompleks og oppstår i samspillet mellom deltakerne og fra deling av erfaringer, som begge kan fremme endring (Yalom & Leszcz, 2006, referert i Behenck et al., 2017, s. 142). Ulike teoretiske perspektiver på læring er utviklet (Kolb, 1984, s. 28) og underliggende avsnitt skal se nærmere på tre av dem.

2.2.1 Modellæring

Modellering er et begrep utviklet av Alfred Bandura (1977, s. 192) som beskriver læring av atferd gjennom observasjon av andre som rollemodell. Det er en kognitiv prosess hvor konsekvenser av atferd påvirker individet til å ta gunstige valg med anledning til å utvikle ny og hensiktsmessig atferdsmønster som ikke er destruktivt (Bandura, 1977, s. 192). Tro på egen mestringsevne til å håndtere utfordringer er sentralt i det teoretiske perspektivet på atferdsendring, og egen mestringsforventning øker når påvirkning utveksles fra pålitelige og troverdige kilder (Bandura, 1977, s. 202). Behenck et al. (2017, s 146) fant at deltakere ved kognitiv atferdsterapi i gruppe, bruker hverandre som modell i form av å teste ut og prøve annen tilnærming til utfordringer for å finne mulige løsninger. Ved å ta opp problemer fra ulike personer, tilrettelegger gruppeformatet til KID, å modellere bruken av ferdigheter til andre lignende og individuelle utfordringer (Lewinsohn et al., 1989, s. 472).

2.2.2 Erfaringslæring

Kolb (1984) har et annet perspektiv på læring, og fremhever den sentrale rollen erfaringer har i sin definisjon av læring: «Learning is the process of whereby knowledge is created through the transformation of experiences» (Kolb, 1984, s. 38). Læring skjer ved at kunnskap utvikles gjennom refleksjon av både av private erfaringer og observasjon av andres erfaringer (Kolb et al., 1986, s. 15). Deltakere som deler sårbare og private erfaringer, er sett å ha bedre effekt av gruppebehandling i motsetning til deltakere som deler lite av seg selv (Yalom & Leszcz, 2020, s. 457). Til tross for at formidling av erfaringer fremheves som viktig i gruppeterapi, er det en fare for at deltakere deler for mye for raskt. Å dele ukritisk medfører en risiko for å vekke et ubehag i gruppen, som kan resultere i skamfølelse og høyere sannsynlighet for å droppe ut av behandlingen (Yalom & Leszcz, 2020, s. 462). Tilstedeværelse av en sertifisert leder kan avverge uheldige situasjoner og tilrettelegge for et trygt gruppesamhold basert på tillit og engasjement, noe som er vesentlig for suksessfull behandlingseffekt i gruppeterapi og veiledning (Yalom & Leszcz, 2020, s. 102; Yusop et al., 2020, s. 517).

2.2.3 Refleksjonslæring

Å reflektere defineres som en strukturert og organisert måte å tenke på som kan gi økt forståelse av hvem vi er og vårt atferdsmønster, og ny innsikt som kan forbedre våre handlinger (Ghaye, 2010, s. 1). Deprimerte personer kan ha en tendens til å dvele ved negative emner og å komme med kritiske kommentarer overfor seg selv og andre. De kan avvise kompliment og søke etter negative kommentarer som bekrefter deres destruktive tanker om seg selv (Yeung et al., 2009, s. 189). Slike kontraproduktive vaner kan resultere i

mellommenneskelig avvisning og opprettholdelse av depresjon (Yeung et al., 2009, s. 189). Refleksiv praksis benytter på sin side erfaring og kunnskap blant annet for å tolke og angripe utfordringer, problemer og spørsmål på en positiv måte. En refleksiv prosess kan hjelpe med å forstå hvordan følelser, tanker og atferd påvirkes av hverandre (Ghaye, 2010, s. 1).

Refleksjon kan bli trigget av flere ting, deriblant spørsmål og tilbakemeldinger (Ghaye, 2010, s. 9) og gruppeinteraksjon hvor deltakere fremkaller og adresserer utfordringer som gruppen kjenner igjen, kan gi flere muligheter for refleksjon og økt forståelse av egen situasjon (Yalom & Leszcz, 2020, s. 58). Refleksjon over her- og nå situasjon og emosjonelle erfaringer, blir av Yalom og Leszcz (2020, s. 49) beskrevet som nødvendig for at læring skal gi terapeutisk effekt. På en annen side, kan tilbakemelding som blir gitt for tidlig, før tillit er etablert mellom mottaker og giver, utgjør en risiko for at mottaker opplever tilbakemeldingen som lite nyttig, og direkte nedverdiggende (Yalom & Leszcz, 2020, s. 58).

2.3 Sosial støtte

Begrepet sosialt nettverk er beskrevet og anvendt i flere fagdisipliner, og videre fremstilling vil benytte definisjonen til psykolog Finset (1986) referert av Fyrand (2016): «Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre» (Fyrand, 2016, s. 28). Sosial støtte refererer til et sosialt nettverks tilgang til psykologiske og materielle ressurser som kan styrke et individs evne til å håndtere stress (Cohen, 2004, s. 676). Med sosial støtte fra relasjoner i et sosialt nettverk, kan utfordringer håndteres på en konstruktiv måte, og det skilles ofte mellom tre ressurser; instrumental, informativ og emosjonell støtte (House & Kahn, 1985, refert i Cohen, 2004, s. 676). Instrumental støtte omhandler materiell hjelp som praktiske gjøremål, hvor informativ støtte gir relevant informasjon med formål å avhjelpe et problem eller utfordring gjennom råd og veiledning. Emosjonell støtte kommer til uttrykk gjennom å vise empati, omsorg og tillit, samt anledning for formidling og utluftning av tanker og følelser (Cohen, 2004, s. 676-677).

På en annen side kan sosiale nettverk være kilder til konflikt, utnyttelse, stressoverføring, samt tap- og ensomhetsfølelse (Cohen, 2004, s. 680). Sammenheng mellom sosial støtte og psykisk helse er mangfoldig, og positiv sosial støtte er avgjørende for en god psykisk helse, forhindre utvikling, og styrke bedring av psykiske helseproblemer som depresjon (Bjørlykhaug et al., 2021, s. 28; Fyrand, 2016, s. 98).

3.0 Metode

3.1 Design

Forskningsspørsmålet «Hvilke erfaringer har kursholdere ved kurs i depresjonsmestring (KID) med gruppesettingen?» søker innsikt i subjektive erfaringer og tanker. Studien har kvalitativt design da kvalitativ tilnærming er godt egnet for utforskning og søken etter kunnskap fra menneskelige egenskaper og erfaringer (Malterud, 2017, s. 30).

Forskningsspørsmålet er åpent utformet med formål å innhente kursholdernes opplevelser, tanker og meninger om fenomenet og prosjektet har ikke tatt utgangspunkt i bestemt teori på forhånd. Studien har dermed en induktiv og deskriptiv tilnærming til det empiriske datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 83; Larsen, 2017, s. 24-25). Oppbygging av forskningsartikkelen ble utformet i henhold til forfatterveiledning til *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Idunn, u.å.).

I lys av forskningsspørsmålet, er studien inspirert av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Malterud, 2017, s. 57). Erfaringer med gruppesettingen ble undersøkt med en åpen tilnærming til informantenes perspektiv hvor deres beskrivelser ble nedfelt så nøyaktig som mulig. I denne prosessen ble egen forforståelse og tanker om fenomenet tilsidesatt for å få frem informantenes stemme (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 75; Braun & Clarke, 2006, s. 83). I søken etter essensielle betydninger, meninger og forståelse i beskrivelsene, ble det empiriske datamaterialet analysert med tematisk analyse som beveget seg frem og tilbake mellom deler og helhet (Braun & Clarke, 2006, s. 86; Gadamer, 2004, s. 293). Ny kunnskap og utvidet forståelse av det empiriske datamaterialet ble dannet gjennom en sirkulær bevegelse med nærhet og avstand mellom funn, teoretiske perspektiver og filosofi, egen forforståelse og selvrefleksjon, samt innspill og drøfting med veileder.

3.2 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen ble innledet august 2022 med å finne tilbydere av KID. Rådet for psykisk helse har på sin nettside en oversikt over sertifiserte kursholdere i ulike fylker og ga meg en pekepinn på hvilke kommuner jeg kunne kontakte for videre rekruttering (Rådet for psykisk helse, u.å.). Deretter valgte jeg ut ti kommuner som tilbyr KID for voksne og innhentet kontaktopplysninger på den enkelte kommunes hjemmeside.

I første omgang, sendte jeg ut informasjon per epost om meg og forskningsprosjektet med beskjed at jeg ønsket å kontakte vedkommende på telefon for ytterligere presentasjon av

studien. Der hvor det ble formidlet positive tilbakemeldinger for å rekruttere informanter, ble det sendt ut ny epost med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2) til kontaktperson som ble videreformidlet til kursholdere. Kursholdere som ønsket å delta i studien, kunne deretter kontakte meg direkte gjennom telefon eller epost for nærmere avtale.

3.3 Utvalg og datainnsamling

Strategisk utvelgelse av informanter ble valgt med formål å inkludere informanter som kunne gi god informasjonsstyrke til å belyse forskningsspørsmålet og dermed styrke studiens pålitelighet (Malterud, 2017, s. 58-60). For å få innsikt i tematikken studien søker om, ble det satt to inklusjonskriterier for deltakelse; erfaring som kursholder for KID i tidsperioden fra 2015 til 2022 og erfaring med KID organisert med fysisk oppmøte. Utvalget representerte tre kommuner og bestod av syv kvinner med helse- og sosialfaglig utdanning, med to til åtte års erfaring som kursholder. Fem informanter var aktive kursholdere og to informanter ble rekruttert via «snøballmetoden» (Larsen, 2017, s. 90) gjennom tips fra allerede rekrutterte informanter. Informantene som hadde sluttet som kursholder, var ansatt i kommunal virksomhet og ble rekruttert ved å kontakte deres daværende arbeidsgivere på lik linje som nevnt over.

Innsamling av data ble gjennomført i tidsrommet desember 2022 til januar 2023 med individuelle semistrukturerte intervju som middel for å få frem deltakernes opplevelse og mening om gruppesettingen ved KID (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Informantene hadde på forhånd mottatt epost med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2) og valgte selv når og hvor intervjuet skulle finne sted. Samtykket til deltakelse ble bekreftet ved signering av samtykkeerklæring som ble innhentet i forbindelse med intervju. Alle intervjuene fant sted på informantens arbeidsplass i arbeidstid, bortsett fra ett som ble gjennomført digitalt på Zoom, som følge av informantens lokasjon i en annen del av landet. Intervjuene strakk seg fra omtrent 30 til 50 minutt og det ble tatt lydopptak med diktafon-app tilknyttet nettskjema (<https://nettskjema.no/>). Det ble utformet en fleksibel intervjuguide (vedlegg 3) som ble drøftet med veileder før datainnsamling ble initiert og revidert underveis i datainnsamlingen tilpasset det enkelte intervju (Malterud, 2017, s. 134). Den semistrukturerte tilnærmingen ga intervjuene en retning, samtidig ga det rom for at uforutsette og relevante tema eller erfaringer fra informanten ble viet oppmerksomhet. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål der jeg så behov for å avklare og konkretisere, samt ønsket ytterligere utdypning med formål om rikest mulig informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156; Larsen, 2017, s. 99).

Transkribering av intervju ble utført fortløpende etter datainnsamling, noe som ga meg som forsker innsikt og anledning til å bli kjent med datamaterialet tidlig i prosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Transkriberingen medvirket også at jeg i tidlig fase ble bevisst på egen rollen som intervjuer og ga meg anledning til å avdekke svakheter i datamaterialet og økt bevissthet omkring egne intervju kvalifikasjoner (Kvale & Brinkmann 2015, s. 197). Innsikten gjorde det mulig å justere intervjustrategien og kan ha medvirket til at kvaliteten på intervjuene og den kunnskapen som ble produsert, ble forbedret med økt erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 198).

3.4 Dataanalyse

Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clarke (2006, s. 83) hvor identifisering av mønstre, analysering og tolkning ble utført som en ikke-lineær analyseprosess hvor jeg gikk frem og tilbake mellom de ulike fasene.

I første fase ble jeg kjent med det transkriberte datamaterialet ved å lese tekstmaterialet med en aktiv tilnærming gjentatte ganger (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Aktiv lesing av tekstmaterialet ble utført ved å notere stikkord og markere tekst som overrasket og fanget min interesse i relasjon til forskningsspørsmålet. Deretter overførte jeg det transkriberte datamaterialet til NVivo (Universitetet i Stavanger, 2022) som analyse- og kodeverktøy, hvor prosessen med å systematisere data i innledende koder ble påbegynt. Tekst ble lest linje for linje og kodet i samsvar med innholdet som resulterte i en kodebok med omtrent 220 koder. Koder ble deretter forkastet, modifisert eller slått sammen i henhold til innhold og interesse av forskningsspørsmålet til totalt 159 koder. Kodene ble utforsket nærmere og koder i relasjon til hverandre ble slått sammen under foreløpige tema og sub-tema som fanget kodenenes meningsinnhold (Braun & Clarke, 2006, s. 90).

Tema ble deretter vurdert og modifisert med bakgrunn om tittel ga mening og underliggende koder hadde sammenhengende mønstre. Koder som ikke passet inn, ble omorganisert til nytt tema, flyttet til et annet eksisterende tema eller forkastet fra analysen. Deretter ble tema validert i relasjon til hele datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 91) ved at jeg gikk tilbake til det transkriberte tekstmaterialet for å gjennomgå koder og re-kodet tekst som i tidligere faser var forbigått. Essensen i hvert tema ble undersøker individuelt og i relasjon til hverandre (Braun & Clarke, 2006, s. 92) og for å gi tema ytterligere struktur, ble det opprettet underliggende sub-tema. Temaenes tittel skulle gi mening og bli støttet opp av kodenenes meningsinnhold, og samtidig ha sammenheng uten å være overlappende. Denne fasen brukte

jeg lang tid på da jeg opplevde det krevende å navngi tema som skulle være både informativ og interessant, samtidig gi leseren en umiddelbar innsikt i hva temaet handlet om.

Titler på tema og sub-tema ble drøftet med veileder for å ivareta pålitelighet og refleksiv objektivitet til datamaterialets innhold (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). Arbeidet resulterte i et overordnet tema som favnet datamaterialets røde tråd, med tre tema og seks sub-tema som fanget ulike nyanser av meninger i datamaterialet. For å validere resultatet, gikk jeg tilbake til det transkriberte tekstmaterialet for å bekrefte at funn var troverdig og gyldig i relasjon til forskningsspørsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Analyseprosessen har gått frem og tilbake mellom de ulike fasene og kan relateres til den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2004, s. 267). Gjennom å fortolke deler av tekstmaterialet og sette dem i relasjon til hverandre, har ny mening og forståelse av forskningsspørsmålet blitt utviklet gjennom analysens funn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

3.5 Metodologiske refleksjoner

Studien ønsket i utgangspunktet å undersøke erfaringer med gruppesettingen ved å intervjuer deltakere som hadde fullført kurs i depresjonsmestring i tidsperioden 2018 til 2022.

Rekrutteringsprosessen forløp i underkant av tre måneder fra september 2022, med telefon- og epostkorrespondanse med KID-tilbydere og oppmøte ved et pågående kurs for å presentere og informere deltakerne om studien. Rekruttering viste seg dog å bli utfordrende som følge av innsnevret utvalgstilgjengelighet på grunn av forhold som manglende samtykke til å kontakte tidligere deltakere og makulerte deltakerlister. Da jeg i starten av desember måned ikke hadde informanter, besluttet jeg å endre studiens kurs fra et deltakerperspektiv til å undersøke erfaringer med gruppesettingen fra kursholderens perspektiv.

Endring av studien ble utført før innsamling av data ble initiert og etiske konsekvenser som unødvendig bruk av deltakers tid, samt mulig ubehag ved å stille til disposisjon ble avverget (Malterud, 2017, s. 217). Likevel gikk verdifull tid tapt og medførte behov for å melde endring til SIKT, samt revidere informasjonsskriv og intervjuguide i henhold til nytt utvalg. Ny rekrutteringsprosess gikk derimot relativt raskt ettersom jeg allerede hadde kontakt med aktuelle instanser i forbindelse med rekruttering av KID-deltakere. Endringen medførte tilgang til informanter og studiens gyldighet kan dermed ha blitt styrket gjennom god informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 192). Til tross for at deltakernes stemme gikk tapt, ga endret perspektiv innsikt i erfaringer med gruppesettingen fra et overordnet nivå gjennom kursholderne. Det er dog en risiko når forskning utføres på fagpersonell at det empiriske

materialet kan avdekke uheldig praksis og påføre utførere, samt helsetjenester negativ eksponering (Malterud, 2017, s. 217). Anerkjennelse og bevissthet omkring mulig risiko for krenkelse har gjennomsyret hele forskningsprosessen, og søkt forhindret ved å møte informantene og det empiriske materialet med tillit og respekt.

En fenomenologis-hermeneutisk tilnærming ble vurdert som best egnet metode for å svare på studiens forskningsspørsmål. Tolkning og identifisering av mønstre i det empiriske materialet er sentralt i kvalitative forskningsprosesser (Malterud, 2017, s. 43). Forskeren er det viktigste redskapet i tolkningsprosessen og min forforståelse gjennom levde erfaringer og kunnskap, vil bevisst og ubevisst påvirke konklusjoner av fenomen (Malterud, 2017, s. 43-45). Gadamer (2006, s. 45) argumenterer for at både tolkeren og teksten består av hver sin horisont, hvor forståelse og ny kunnskap vokser frem gjennom en sammensmeltning av disse horisontene. Refleksjon og bevissthet over egen forforståelse har vært nødvendig for å forhindre at det empiriske materialet ble bleket med påfølgende risiko for å svekke studiens gyldighet og pålitelighet (Gadamer, 2006, s. 51; Malterud, 2017, s. 42). Metodologiske styrker og svakheter forekommer og må tas til etterretning under evaluering av kvalitet. Til tross for at denne studien vurderes å svare på forskningsspørsmålet, er det mulig at andre hadde kommet frem til annen forståelse og resultat (Gadamer, 2006, s. 51).

3.5.1 Min forforståelse

Min forforståelse består av et kunnskapsgrunnlag som privatperson og fagperson med utdanning innen sosialt arbeid. Jeg besitter forforståelse av hvordan det er å leve med en psykisk lidelse, både gjennom private erfaringer og relasjoner, samt gjennom arbeidserfaring som fagkonsulent i en kommunal virksomhet som forvalter helse- og omsorgstjenester. I samtaler med mennesker som ønsker og er i behov for psykisk helsehjelp, har jeg erfart at majoriteten ikke ønsker gruppetilbud av ulike årsaker. Erfaringen har resultert i en voksende nysgjerrighet og interesse for ytterligere kunnskap om gruppetilbud for personer med psykiske helseplager.

Min forforståelse av KID bygger på et begrenset kunnskapsgrunnlag som er hovedsakelig relatert til tilbudets organisering og målgruppe. Til tross for at jeg ikke har egenerfaring fra gruppekurs eller gruppebehandling, har jeg erfaring med å være i en gruppesetting, deriblant i arbeidslivet og i sosiale relasjoner. Av den grunn har jeg en forforståelse av hva det innebærer å være i en gruppe, både med tanke på sammensetning av ulike personligheter og dynamikken som utspiller seg innad i grupper. Det kan bevisst og ubevisst ha påvirket analysen og ha

svekket studiens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Refleksjon og drøfting med veileder har dermed vært viktig under hele forskningsprosessen for å forhindre at min livserfaring og blikk på datamaterialet har påvirket tolkninger og konklusjoner. Samtidig opplevde jeg at min relativt begrensede kunnskap om gruppekurs, styrket min rolle som forsker ettersom jeg møtte informantene på en åpen og nysgjerrig måte. Flere overraskende momenter dukket opp under analysen og tolkning av datamaterialet, deriblant kursets vektlegging av interaksjon mellom deltakerne. Ettersom tilbudet er organisert som et kurs, antok min forforståelse at deltakerne hadde en mer aktiv rolle knyttet til arbeidsoppgaver og undervisning i dialog med kursholderne.

3.5.2 Troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I kvalitative studier handler troverdighet om kvalitet og tillit til at forskningsarbeidet og prosessen er utført på en nøyaktig, tydelig og systematisert måte (Cypress, 2017, s. 254). For å belyse studiens troverdighet, har jeg inkludert begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet som er vanlige validitetsbegrep innen samfunnsvitenskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272). Begrepene er gjensidige og har sammenheng med validering av intervjuforskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272) og har preget alle fasene i forskningsprosessen. Ulike initiativ ble tatt for å sikre høy validitet og kvalitet, deriblant bruk av COREQs sjekkliste (Tong et al., 2007) (vedlegg 4). Jeg har derimot ikke forhåndserfaring som forsker og kvaliteten på arbeidet kan dermed ha svakheter.

Gyldighet omhandler om studien undersøker det den vil undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 281). Informanter ble rekruttert med strategisk utvelgelse med målsetting om å innhente nyansert og rikt datamateriale (Malterud, 2017, s. 58) hvor to informanter ble rekruttert via tilgjengelighetsutvalg, også betegnet som «snøballmetoden» (Larsen, 2017, s. 90). En risiko ved bruk av intervju som datainnsamling, er at informantene tilbakeholder opplysninger eller svarer på spørsmål ut ifra antakelse av hva forskeren ønsker å høre (Ruane, 2016, s. 199). Bruk av intervjuguide har vært et viktig redskap under datainnsamling for å sikre innhenting av relevant og gyldig informasjon relatert til forskningsspørsmålet (Dalland, 2012, s. 120). Studien har inkludert både passive og aktive kursholdere, noe som kan tenkes har styrket datamaterialets gyldighet ved at ulike nyanser av erfaringer er presentert. Evaluering av egen intervjustil- og teknikk, samt revidering av intervjuguide ble utført fortløpende som intervju ble avholdt.

Pålitelighet viser til at forskningsprosessen er utført på en nøyaktig og systematisk måte (Cypress, 2017, s. 256) og er tilstrebet ved å beskrive og reflektere over valgt forskningsdesign og analysemetode. Forskning på menneskers erfaringer og atferd er derimot ikke statistisk, og kvalitativ metode innebærer at forsker bruker seg selv som verktøy for å innhente data som kan besvare forskningsspørsmål (Cypress, 2017, s. 256). Det er dermed en risiko for at min forkunnskap, personlighet og verdier har påvirket hvordan data er innsamlet og bearbeidet (Dalland, 2012, s. 121). For å forhindre dette, har jeg i forskningsprosessen tilstrebet å ha en kontinuerlig «valideringsholdning» (Malterud, 2017, s. 192) ved å stille spørsmål, drøfte og modifisere arbeidet fortløpende. Her har veileder vært en viktig bidragsyter i tillegg bruk av teoretiske perspektiver og analysemetode. Forhåpentligvis har dette medført at funnene omfavner informantenes stemme på en reflektert og synlig måte, og at tolkning er i troverdig og gyldig overfor det empiriske datamaterialet.

Bruk av intervju som metode for innhenting av empirisk materiale er et håndverk som må læres, og hvor kvaliteten vil påvirkes av intervjuerens ferdigheter og vurderinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36). Det kan dermed tenkes at mine intervjuferdigheter har utviklet seg og blitt styrket underveis som antall intervju ble utført. Det ble utførte et prøveintervju (Larsen, 2017, s. 103) med et familiemedlem hvor hensikten var å innhente erfaring med intervjusettingen, få tilbakemelding på intervjustil og spørsmål, samt test av lydopptak og kvalitet. Under intervjuene tilstrebet jeg å ha en åpen og aktivt lyttende holdning, i tillegg til bruk av oppklarende spørsmål for ytterligere nyanser og utdypning av beskrivelsene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196). Subjektive vurderinger av hva som ble oppfattet interessant, kan ha resultert til bruk av ledende spørsmål og påvirket beskrivelsene til informantene. Riktig bruk av ledende spørsmål kan på sin side styrke studiens pålitelighet, gjennom å verifisere at det informantene formidlet, ble forstått riktig (Dalland, 2012, s. 120). Bevissthet omkring bruk av ledende og lukkede spørsmål ble tydeligere for meg underveis som jeg fikk erfaring med intervju, og ved å være oppmerksom, korrigerer jeg spørsmål fortløpende.

Forskningsprosessen har tilstrebet en gjennomsiktighet gjennom å beskrive nøyaktig det arbeidet som ligger til grunn for funn analysen presenterte. Det for å sikre høy intern validitet som kan bekrefte konsistent mellom funn og teori, samt en ekstern validitet med overføringsverdi utover de sammenhenger som er studert (Larsen, 2017, s. 94). Overføringsverdien vurderes å være relevant overfor andre tilbydere av KID som ikke er omfattet av studiens utvalg. Det empiriske datamaterialet i studien er knyttet opp med

teoretiske rammeverk, og kan ved å løftes til et metaperspektiv, tenkes å ha overføringsverdi i andre kontekster og for andre brukergrupper.

3.6 Etiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning er regulert og forpliktet til å følge norske og internasjonale lover, forskrifter og retningslinjer, og det stilles tydelige krav til forsvarlighet og dokumentasjon. Et grunnkrav, er at forskning skal komme til nytte både for fellesskapet og de involverte deltakerne (Molven, 2019, s. 338). Studien har fulgt etiske standarder med formål å beskytte deltakernes verdighet, integritet og rettigheter, samt forhindre misbruk og belastning (Malterud, 2017, s. 211) gjennom å ha forpliktet seg til de forskningsetiske prinsippene som er nedfelt i den internasjonale Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2022).

Studien ble meldt til SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (<https://sikt.no/>) og godkjent før innsamling av data ble iverksatt (vedlegg 5). Studien har blitt gjennomført i henhold til krav om forsvarlighet (Molven, 2019, s. 341), hvor jeg har foretatt en nytte-risikovurdering av å delta i studien hvor hensynet til deltakerne, har veiet tyngre enn hensynet til studien. Deltakernes selvbestemmelsesrett (Molven, 2019, s. 343) ble ivaretatt ved å gi tilstrekkelig informasjon om studien, hva deltakelse innebar og informantenes rett til å fortløpende trekke seg uten hinder eller ulempe, både muntlig og skriftlig (vedlegg 2). Samtykke fra deltakerne ble bekreftet med signert samtykkeerklæring som ble sikret og oppbevart fortrolig på kryptert mappe på forskerens PC. Deltakerne ble ikke tilbudt økonomiske kompensasjon for deltakelse for å forhindre en opplevelse av press eller forpliktelse av å delta (World Medical Association, 2022).

Deltakerne er vernet med konfidensialitet og taushetsplikt for å unngå gjenkjennelse, samt sikret ved at utenforstående ikke har fått tilgang til datamaterialet (Molven, 2019, s 338). Lydopptak ble gjennomført med diktafon-app og behandlet med dataverktøyet nettskjema som holder høyt sikkerhetsnivå for behandling og lagring av sensitive opplysninger i forskning (<https://nettskjema.no/>). Deltakerne ble gitt pseudonym ved transkribering av tekstmaterialet, og dialekt ble omgjort til bokmål i rapporten for å sikre anonymitet. All datamaterialet, både lydopptak og skriftlig dokumentasjon er kun benyttet til forskningsformålet, og slettes når studien er avsluttet.

4.0 Funn

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer kursholderne har med å ha KID i gruppe. Forskningsspørsmålet var *hvilke erfaringer har kursholderne ved kurs i depresjonsmestring (KID) med gruppesettingen?*

Analysen avdekket et overordnet tema om *å være i samme båt*. Kursholderne erfarte at gruppesettingen skapte en arena hvor deltakerne fikk møte likesinnede med erfaring av å leve med depresjon, og at dette opplevdes nyttig og godt for deltakerne. Det til tross for at gruppene ikke var homogene og rommet deltakere med ulike livserfaringer, kjønn, alder og sysselsetting. Depresjon var fellesnevneren i gruppene, og det ble uttrykt at gruppesettingen bidro med å normalisere atferd- og tankemønster, samt symptomtrykk som deltakerne hadde. Det bidro til en opplevelse av å ikke være *annerledes eller alene* med de utfordringene deltakerne hadde. De kunne relaterte seg til hverandres erfaringer med å leve med en depresjon, og det ble beskrevet *gjenkjennbart og forståelse* når deltakerne formidlet egne erfaringer.

Å være i samme båt ble fremtredende som en rød tråd gjennom datamaterialet og fanger opp ulike nyanser av kursholdernes erfaringer med gruppesettingen. Det overordnede tema ble videre systematisert med tre tema og seks subtema.

Det første temaet *å ha en aktiv dialog i gruppen*, beskriver kursholdernes tilrettelegging for at deltakerne i gruppen skal samhandle verbalt med hverandre. Det som følge av nytteverdien deltakerne fikk av å gi innspill og å stille spørsmål til refleksjon som kunne bringe nyanser til kursholdernes undervisning. Det ble her avdekket to sub-tema, *den aktive deltakeren* og *den tause deltakeren*. Kursholderne beskrev utfordringer med å balansere de aktives deltakelse opp mot å forhindre at de tause ikke fikk ta del i dialogen. Samtidig erfartes de aktive som en ressurs for gruppen som følge av at deres initiativ, skapte en trygghet i gruppen hvor flere våget å ta ordet.

Det andre temaet *å utvikle et sosialt fellesskap* viser til kursholdernes erfaring av at deltakerne relativt raskt, utviklet et gruppesamhold. Gruppene utviklet en sterk gruppefølelse som bar preg av å være «oss» hvor deltakerne involverte seg i hverandres liv gjennom interaksjon. Samholdet til deltakerne bar preg av omsorg og raushet, hvor deltakerne inkluderte og støttet hverandre. Sub-temaet *formell gruppestruktur* viser til de organisatoriske rammene som KID skapte hvor deltakerne gjennom interaksjon, knyttet dem sammen. *Uformell gruppestruktur* viser til de uformelle rammene, deriblant samhandling i pausene, opprettelse av felles grupper

på sosiale medier, og kontakt før, under og etter kurssamling. Her ble det erfart at deltakerne knyttet nye bekjentskap og vennskap hvor dialogen par preg av hverdagslivet og felles interesser.

Det siste temaet *å lære av hverandre* forklarte nytteverdien av å bruke deltakernes erfaringer, tanker og meninger i tillegg til kursholderens undervisningsmateriale. Det kunne oppleves mer troverdig for deltakerne å lytte til råd og innspill fra andre som visste hvor skoen trykket. Private erfaringer ble generalisert til åpne spørsmål for refleksjon og drøfting i gruppene. Her ble det funnet to sub-tema; *å gi og å ta imot*. *Å gi* av seg selv ved å dele personlige erfaringer, ga deltakerne anledning til å kjenne på mestring, samtidig som det kunne ha terapeutisk effekt for hele gruppen som fikk *ta imot*. Deltakerne responderte på hverandres bidrag med positiv bekreftelse og forståelse som følge av å være gjenkjennelig, og de kom med gode innspill og tips til hverandre. Deltakerne fikk mulighet til å spille på hverandres erfaringer, med potensiale for økt depresjonsmestring som følge av ny innsikt i egen atferd og tankemønster.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av å ha KID i gruppe. I artikkelen diskuteres studiens tema og sub-tema, deriblant deltakernes interaksjon og den påvirkningen det har på utvikling av fellesskap og læring i gruppen. Studien avdekket et overordnet tema hvor deltakeren erfartes *å være i samme båt* når de deltok på KID i gruppe. I dette avsnittet blir fenomenet tolket og diskutert opp mot teori om sosial støtte.

Deprimerte personer som opplever høy grad av gruppetilhørighet og sosial støtte, er assosiert med lavere depresjonssymptomalogi og bedring av depresjon (Richardson & Barkham, 2020, s. 111). Det samsvarer med funn fra studien til Dingle et al. (2021, s. 70) hvor personer med mild til moderat depresjon som deltok i gruppeintervensjoner som fremmet sosial tilknytning, bidro til reduksjon i depressive symptomer. Forskning finner at gruppesettingen gir deltakerne en opplevelse av å ikke være annerledes eller alene med utfordringene (Lafrance Robinson et al., 2014, s. 737; Young-Southward et al., 2020, s. 6), og tilsvarende funn ble avdekket i denne studien. Gjennomgående erfarte informantene at deltakerne opplevde det som nyttig og betydningsfylt å møte andre i tilsvarende situasjon, hvor annerkjennelse og forståelse av hverandres tanker og følelser var fundamentalt. Sosial støtte er funnet å være en betydningsfull faktor knyttet til det å leve med og å bli bedre fra en depresjon (Smith et al., 2015, s. 343), hvor mangel på sosial støtte kan øke risikoen for utvikling av depresjon og

forlengte lidelsesforløpet (Yeung et al., 2009, s. 163). Støtte fra likesinnede som kan validere og forstå de tanker og bekymringer som følger med depresjon, kan lindre fysiologisk uro og gi emosjonell styrke, og økt selvtillit (Thoits, 2011, s. 155).

På en annen side, kan symptomtrykket til deprimerte personer i en gruppe utsette andre for negativ påvirkning, og bli en subjektiv barriere for terapeutisk effekt med risiko for behandlingsfravall (Sandahl et al., 2021, s. 31-32). Deriblant er det sett at deltakere som har vansker med å formidle problemer, forventninger og frykt, og som har lav interesse av å engasjere seg i andre menneskers problem, ikke vil ha fordel med eller bidra hensiktsmessig i gruppeterapi (Sandahl et al., 2021, s. 73). Redusert kommunikasjonsevne og interaksjon med andre er dog vanlige symptomer på depresjon, i tillegg har deprimerte personer en tendens til å utvise lav selvsikkerhet og underestimere egne sosiale ferdigheter (Yeung et al., 2009, s. 189). I tillegg til lav selvoppfatning og håpløst syn på fremtiden, påvirkes også kognitive prosesser hvor hendelser og informasjon ofte tolkes negativt (Durbin, 2013, s. 226). Til tross for at deprimerte har egenskaper som kan utfordre deltakelse i gruppe, kan tiltak over tid bidra til å dempe symptomtrykket i den grad de likevel får nytte av behandling i gruppe. Lavterskel gruppetilbud for depresjon i primærhelsetjenesten, deriblant KID, er funnet å redusere alvorlighetsgrad og varighet av depresjon, samt styrker deltakernes mentale og sosiale funksjonsnivå (Dowrick et al., 2000, s. 6; Sandahl et al., 2021, s. 149; Cuijpers et al., 2009, s. 456).

Grupper har potensiale til å utvikle en tilhørighetsfølelse som motvirker sosial isolasjon, og en opplevelse av å være marginalisert eller stigmatisert i samfunnet (Söchting, 2014, s. 17). Grupper er derimot ulike i den grad deltakerne opplever å være en knyttet og samlet gjeng. Når medlemmene kjenner på solidaritet og tilhørighet i gruppen, har de høyere oppmøte, gjensidig støtte og bedre behandlingseffekt (Yalom & Leszcz, 2020, s. 75-85). Det i tråd med studien til Cruwys et al. (2014, s. 144) som så at sosial identifikasjon med gruppen, korrelerte med forventet reduksjon av depressive symptomer. Funnet impliserer dog at gruppen må ha terapeutisk betydning for deltakeren, og forventes ikke ha effekt om deltakelse skjer uten forpliktelse og engasjement (Cruwys et al., 2014, s. 144). Forbindelse og relasjon med andre mennesker er en kilde til opplevelse av tilhørighet, og er en sentral mekanisme i perspektivet på sosial støtte og bedre psykisk helse (Sani et al., 2012, s. 788; Thoits, 2011, s. 149). Sosiale bånd blir definert som forbindelse og kontakt med andre mennesker gjennom deltakelse i primære eller sekundære grupper (Thoits, 2011, s. 146). Å være betydningsfull og signifikant for andre, kan styrke egen opplevelse av hensikt og mening med livet, og ha positiv effekt på

psykisk helsekvalitet (Thoits, 2011, s. 148). Det kan videre gi økt selvtillit og opplevelse av å mestre livet (Fyrand, 2016, s. 89), egenskaper som ofte er svekket hos personer med depresjon (Kringlen, 2012, s. 14). Informantene i denne studien erfarte i utstrakt grad at deltakerne opplevde tilhørighet til gruppen, hvor et sterkt samhold og fellesskap kom til syne gjennom gruppenes utvikling av «oss» identitet. Samtidig var det sporadiske erfaringer med deltakere som ikke koblet seg på fellesskapet, som holdt seg mer for seg selv i pausenes uformelle aktiviteter. Tilbaketrekking fra sosiale arena og isolasjon er vanlige trekk blant personer med depresjon, og mangel av tilhørighet og samhold, utgjør en økt risiko for ensomhet (Smith et al., 2015, s. 346; Thoits, 2011, s. 149). Ensomhet er videre knyttet til både depresjon og angst, samt destruktive helsevaner (Thoits, 2011, s. 149).

Til tross for at KID og annen psykoedukasjon i gruppe har terapeutiske mål, er hovedformålet å bidra med læring. Hensikten er å gi deltakerne økt kunnskap og mestringsferdigheter, samt tilrettelegge for erfaringsdeling og refleksjon med andre i tilsvarende situasjon (Sandahl et al., 2021, s. 158). Selv om denne studien ikke fant destruktive eller skadelige faktorer med å være i en gruppe, er det en risiko med gruppeintervensjon at deltakerne påvirker hverandre negativt. Deriblant ved å ta del i katastrofetenkning og dvele på verst tenkelige utfall i eget liv (Yusop et al., 2020, s. 377), eller ved å utstøte og avise enkeltdeltakere gjennom opprettelse av sub-grupper (Sandahl et al., 2021, s. 119). Samtidig har grupper som er satt sammen på bakgrunn av liknende utfordringer eller helseplager, høyere sannsynlighet for å utvikle et gruppesamhold preget av åpenhet og inkluderende gruppeklime. Det å møte andre med gjenkjennbare erfaringer, kan styrke deltakernes opplevelse av støtte fra gruppen (Sandahl et al., 2021, s. 71). Det er dermed nærliggende å tenke at KID, som er sammensatt av deltakere som har erfaringer med depresjon, har gode forutsetninger til å bruke gruppesettingen som en arena hvor sosial støtte kan bidra til økt depresjonsmestring.

5.1 Forskningsprosjektets betydning for klinisk praksis

Studien bidrar med kunnskap som vurderes kan ha overføringsverdi og komme til nytte for andre tilbydere av KID. Innsikt i erfaringen med gruppesettingen kan gi relevant informasjon ved utforming av gruppetilbud til personer med depresjon og andre psykiske lidelser i andre kontekster. Deriblant for primærhelsetjenesten med informasjon om hvordan tilrettelegge for kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester av god kvalitet, som er lett tilgjengelig for innbyggerne og som driftes på en kostnadseffektiv måte. Samtidig kan studien komme til nytte for kursholdere ved KID, gjennom å tilby ny kunnskap om hvordan tilrettelegge

gruppene på best mulig måte i møte med deltakernes ulike forutsetninger og behov.

5.2 Implikasjoner for videre forskning

Det vil være behov for videre forskning på erfaringer med gruppesettingen til KID fra deltakernes perspektiv. Innsikt i hva deltakerne erfarer med å være i en gruppe, hvilken betydning har kursholderne og om det er faktorer av positiv eller negativ karakter som påvirker nytteverdien av KID. Videre vurderes det hensiktsmessig å utføre forskning på effekten KID har sammenlignet med annen individuell behandling og tiltak for personer med mild til moderat depresjon.

6.0 Konklusjon

Studien har søkt ny kunnskap om erfaringer av å være i en gruppe på KID gjennom å forsøke å besvare forskningsspørsmålet; *hvilke erfaringer har kursholderne ved kurs i depresjonsmestring (KID) med gruppesettingen?* Ved å tilby KID i gruppe, finner denne studien at deltakerne får delta i en sosial kontekst hvor utveksling av emosjonell og informativ støtte, bidrar til å normalisere depressiv atferd og symptomer. *Å være i samme båt* viser til at gruppesettingen skaper en samlingsarena hvor prosessene som skjer mellom deltakerne og gruppen som helhet, reduserer opplevelse av å være annerledes og ensom. Gruppesettingen legger til rette for interaksjon mellom deltakerne, og gjennomgående erfarter gruppesamspillet mellom deltakerne som støttende og inkluderende. Opplevelse av gruppetilhørighet og utvikling av sosiale bånd med andre deltakere, forutsetter at deltakerne velger å ta del i gruppens samhandling og fellesskap.

Studien viser at gruppesettingen ved KID, skaper en verdifull og nyttig tilleggseffekt ved å gi deltakerne en kognitiv og sosial læringsarena, hvor håp og tro på depresjonsmestring kan utvikles.

Referanser

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D. & Heldt, E. (2017). Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive–Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 142-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>
- Bjerke, S. N. (2018). *Gruppeterapi: Grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Gyldendal.
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B. E., Kim, H. S. & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brok, P. & Kjems, H. (2014). Inledning. I P. Brok, L. Jordahn & H. Kjems (Red.), *Gruppemetode* (s. 11-22). Han Reitzels Forlag
- Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S. & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 230. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-230>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *Am Psychol*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cruwys, T., Alexander Haslam, S., Dingle, G. A., Jetten, J., Hornsey, M. J., Desdemona Chong, E. M. & Oei, T. P. S. (2014). Feeling connected again: Interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of Affective Disorders*, 159, 139-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.019>
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of lewinsohn's "coping with depression" course. *Behavior therapy*, 29(3), 521-533. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80047-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80047-6)
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty

- years later. *Clin Psychol Rev*, 29(5), 449-458.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Dimens Crit Care Nurs*, 36(4), 253-263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Derntl, B., Seidel, E.-M., Eickhoff, S. B., Kellermann, T., Gur, R. C., Schneider, F. & Habel, U. (2011). Neural correlates of social approach and withdrawal in patients with major depression. *Soc Neurosci*, 6(5-6), 482-501.
<https://doi.org/10.1080/17470919.2011.579800>
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J. L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, 321(7274), 1450. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7274.1450>
- Durbin, C. E (2013). *Depression 101*. (1st ed.). Springer Publishing Company
- Folkehelseinstituttet. (2018) Psykisk helse i Norge. (Rapport 2018).
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2021, 03. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk: Teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforl.
- Gadamer, H.-G. (2006). Classical and Philosophical Hermeneutics. *Theory, culture & society*, 23(1), 29-56. <https://doi.org/10.1177/0263276406063228>
- Gadamer, H. G. (2004). *Truth and Method*. Continuum.
<https://books.google.no/books?id=jOAQnwEACAAJ>
- Ghaye, T. (2010). *Teaching and Learning through Reflective Practice : A Practical Guide for Positive Action* (2nd ed. utg.). Taylor and Francis.
- Gjøvsund, P. & Huseby, R. (2015). *To eller flere: basiskunnskaper i gruppepsykologi* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Heap, K. (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser: å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/> /attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 06. april). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 06. februar). *Psykisk helse og livskvalitet*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Idunn. (u.å.), *Tidsskrift for psykisk helsearbeid: Forfatterveiledning*. Hentet 21. mai 2023 fra <https://www.idunn.no/page/tph/author>
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development* (Bd. 1). Prentice Hall.
- Kolb, D. A., Rubin, I. M. & McIntyre, J. M. (1986). *Organisasjons- og ledelsespsykologi : basert på erfaringslæring*. Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Hertervig akademisk, Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lafrance Robinson, A., McCague, E. A. & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263-277.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>

- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hoberman, H. M. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian journal of behavioural science*, 21(4), 470-493. <https://doi.org/10.1037/h0079846>
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D. & Teri, L. (1985). GROUP-THERAPY FOR DEPRESSION - THE COPING WITH DEPRESSION COURSE. *International journal of mental health*, 13(3-4), 8-33.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ forskningsmetode for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9. utg.). Gyldendal.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. (2015). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013: Årsverksstatistikk og analyser av kommunale variasjon* (SINTEF A26582). SINTEF Teknologi og samfunn. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2013/Kommunale%20tiltak%20i%20psykisk%20helsearbeid%202013.pdf/_attachme nt/inline/c9e27235-a97d-4f79-9a0f-38e654116852:6871529c01f43eff3f79e499d3d22f3a2cb95567/Kommunale%20tiltak%20i%20psykisk%20helsearbeid%202013.pdf
- Richardson, K. & Barkham, M. (2020). Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors. *J Ment Health*, 29(1), 103-115. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370629>
- Ruane, J. M. (2016). *Introducing Social Research Methods : Essentials for Getting the Edge*. John Wiley & Sons, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uisbib/detail.action?docID=7104163>
- Rådet for psykisk helse. (u.å.). *Depresjonsmestringskurs for voksne (KID)*. Hentet 21. mai 2023 fra <https://psykiskhelse.no/kurs/meld-deg-pa-kurs/vil-du-pa-kid-kurs/>
- Sandahl, C., Nilsson Ahlin, H., Asklin-Westerdahl, C., Björling, M., Saracino, A. M., Wennlund, L., Åkerström, U. & Örhammar, A. (2021). *Why group therapy works and how to do it : a guide for health and social care professionals*. Routledge.
- Sani, F., Herrera, M., Wakefield, J. R. H., Boroch, O. & Gulyas, C. (2012). Comparing social contact and group identification as predictors of mental health. *Br J Soc Psychol*, 51(4), 781-790. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2012.02101.x>

- Smith, L., Hill, N. & Kokanovic, R. (2015). Experiences of depression, the role of social support and its impact on health outcomes. *J Ment Health*, 24(6), 342-346.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954693>
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy: challenges and opportunities*. Wiley-Blackwell.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *J Health Soc Behav*, 52(2), 145-161.
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Ulleberg, P., Berge, T., Lending, H. D., Skule, C. & Landrø, N. I. (2021). Is perceived control of depression related to therapy outcome for depression? A longitudinal study. *Journal of psychiatric research*, 140, 504-511.
- Universitetet i Stavanger. (2022, 21. november). *Om NVivo*.
<https://www.uis.no/nb/bibliotek/nvivo>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2020). *The Theory and practice of group psychotherapy* (Sixth edition). Basic Books.
- Yeung, A., Feldman, G. & Fava, M. (2009). *Self-Management of Depression: A Manual for Mental Health and Primary Care Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511642128>
- Young-Southward, G., Jackson, A. & Dunan, J. (2020). Group CBT for mild to moderate depression and anxiety: an evaluation of patient satisfaction within a primary care mental health team. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e8, Artikkel e8.
<https://doi.org/10.1017/S1754470X20000057>
- Yusop, Y. M., Rahman, N. A., Zainudin, Z. N., Ismail, A., Othman, W. N. W. & Sumari, M. (2020). The effectiveness of cognitive behavioral therapy in group counselling. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10(9), 359-379.
- Yusop, Y. M., Zainudin, Z. N., Ahmad, N. A., Othman, W. N. W., Surat, S. & Fung, W. S. (2020). The effectiveness of group counselling: A systematic review. *Journal of Critical Reviews*, 7(13).

World Health Organization. (2021, 13. September). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2022, 6. september). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization. (2023). F. 32 Depressiv episode. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer*. Direktoratet for e-helse.
[FinnKode - Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk - ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY \(ehelse.no\)](#)

Del 2 - Artikel

**Å være i samme båt: En kvalitativ studie om kursholderes
erfaringer med gruppesettingen ved kurs i depresjonsmestring
(KID)**

To be in the same boat: A qualitative study of course instructors' experiences
with the group setting of the "Coping with Depression" (CWD) course

Eline Skraastad

Sosionom og masterstudent ved det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Stavanger
e.skraastad@stud.uis.no

Antall ord: 5161

Referansenummer SIKT: 743189

Universitetet i Stavanger, Kjell Arholms hus, Kjell Arholms gate 41,
Stavanger, 4021 Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Studien søker innsikt i hvilke erfaringer kursholdere ved kurs i depresjonsmestring (KID) i primærhelsetjenesten har med gruppesettingen. **Hensikt:** Å få en dypere forståelse av å ha KID i gruppe. **Metode:** Studien har et kvalitativt forskningsdesign hvor data fra syv semistrukturerte dybdeintervju av kursholdere er analysert med tematisk analyse. **Resultat:** Det er overveiende positive erfaringer med å ha KID i gruppe som følge av nytteverdien når deltakerne samhandlet. Gruppesettingen bidro med å skape et fellesskap og en arena som ga deltakerne mulighet for sosial og personlig utvikling. utfordringer med gruppesettingen ble avdekket i form av å inkludere enkeltindivid og gruppen som helhet.

Nøkkelord: Gruppekurs, depresjon, sosial intervensjon, psykoedukasjon, primærhelsetjenesten

Abstract

Background: This study covers what experiences the course instructors at the “Coping with Depression” (CWD) course have with the group setting. **Aim:** To retrieve a deeper understanding of the use of groups at the CWD-course in primary health care. **Method:** A qualitative research design with a thematic analysis of data was performed from semi-structured interviews with seven course instructors. **Results:** The findings indicate predominantly positive benefits with the CWD in groups based on the participant’s interaction. The group setting facilitated a supportive community and provided the participant with an arena where social and personal growth was possible. Balancing the needs of individual participants and the group as whole, was at times challenging for the course instructors.

Keywords: Group course, depression, social intervention, psychoeducational, primary health care

Bakgrunn

Omtrent 10 % av den norske befolkningen vil bli rammet av depresjon i løpet av et år og andelen øker til 20 % i løpet av et livsløp (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 28). Depresjon kan skape personlige, sosiale og økonomiske utfordringer for den enkelte, og medføre samfunnsøkonomisk byrde i form av sykefravær og tapte skatteinntekter, samt økte trygde- og behandlingsutgifter (Helsedirektoratet, 2009, s. 10). Samtidig er det anslått at rundt 75 % av befolkningen som får en depressiv lidelse, ikke mottar behandling (Helsedirektoratet, 2009, s. 10). Behandlingsgapet er primært relatert til holdninger og kognitive barrierer, og sekundært til strukturelle faktorer som tilgang, ventelister og økonomi (Doblyte & Jiménez-Mejías, 2017, s. 111). Sosiale nettverk og rolleforventning, samt stigma og fordommer knyttet til depresjon og psykisk helse generelt, kan være til hinder for å oppsøke hjelp (Doblyte & Jiménez-Mejías, 2017, s. 105; Haugsgjerd et al., 2009, s. 333). Sosial tilbaketrekking og isolasjon er vanlig blant personer med depresjon (Smith et al., 2015, s. 346). Samtidig er det funnet en positiv sammenheng med å ha et sosialt nettverk og støttende relasjoner opp mot det å leve med og å bli frisk fra en depresjon (Smith et al., 2015, s. 345).

Personer med mild til moderat depresjon, opplever reduksjon i depressive symptomer ved å delta i sosiale gruppeintervensjoner (Dingle et al., 2021, s. 70). Kurs i depresjonsmestring (KID) er en kognitiv atferdsintervensjon som bygger på sosial læringsteori og ble opprinnelig utviklet av Lewinsohn med kollegaer under navnet «Coping with Depression» (CWD) course (Cuijpers, 1998, s. 450). Intervensjonen ble utviklet som følge av et behov om å nå ut til flere gjennom å tilby en ikke-stigmatiserende intervensjonsmetode utenfor de tradisjonelle psykisk helsetjenestene (Lewinsohn et al., 1989, s. 471). Intervensjonen er definert som et kurs i depresjonsmestring som følger av sin hensikt med å lære deltakerne verktøy og mestringsteknikker for å håndtere depressive plager og symptomer som kommer til uttrykk (Lewinsohn et al., 1989, s. 474). I motsetning til tradisjonell gruppeterapi, defineres pasientene som deltakere, og kurset holdes av personell som betegnes som kursholdere (Cuijpers et al., 2009, s. 450). KID er et tiltak som er funnet å være både kostnadseffektivt og virksom i å redusere depressive plager (Mykletun et al., 2009, s. 27).

Forskning på erfaringer med gruppetilbud arrangert som kurs i depresjonsmestring er mangelfull. Kunnskap om gruppesetting omfatter i større grad andre intervensjonsmetoder, som gruppeterapi- og veiledning til personer med depresjon og komorbide psykiske lidelser (Behenck et al., 2017; Lafrance Robinson et al., 2014; Young-Southward et al., 2020; Yusop

et al., 2020). Gruppesettingen oppleves av majoriteten som verdifull i form av normalisering ved å møte andre i tilsvarende situasjoner (Young-Southward et al., 2020; Yusop et al., 2020). Gruppen erfartes som et trygt og støttende sted og når tillit var opprettet, ga settingen mulighet for ny innsikt og vekst gjennom å dele erfaringer og råd med hverandre (Behenck et al., 2017; Lafrance Robinson et al., 2014; Yusop et al., 2020). Gruppedynamikken kunne derimot være til hinder for å oppnå positiv terapeutisk effekt som følge av personlige trekk som sjenanse og mistriivsel, eller tilstedeværelse av dominerende deltakere som tok stor plass i gruppen (Young-Southward et al., 2020, s. 7).

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne artikkelen er å få ytterligere kunnskap om betydningen av å ha KID i gruppe. Det er behov for mer kunnskap på feltet og studiens funn kan bidra til å fylle et kunnskapshull og styrke utvikling og organisering av primærhelsetjenestens tjenestetilbud til innbyggere med lav til moderat depresjon. Forskningsspørsmålet til studien var: *Hvilke erfaringer har kursholdere ved kurs i depresjonsmestring (KID) med gruppesettingen?*

Metode

Design

Kvalitativt design ble valgt på bakgrunn av forskningsspørsmålets søken etter deskriptiv kunnskap fra kursholdere og deres erfaringer med gruppesettingen (Malterud, 2017, s. 30). Datamaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse og er inspirert av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Braun & Clarke, 2021; Malterud, 2017, s. 57). Informantenes subjektive erfaringer og perspektiv beskrives slik fenomener oppleves og forstås av individet i deres livsverden (Malterud, 2017, s. 28). I bearbeiding og tolkning av teksten, bruker forfatteren selvrefleksjon og egen forforståelse for å gi datamaterialet mening (Dalland, 2012, s. 59). Tolkingsprosessen har beveget seg frem og tilbake mellom deler og helhet, forståelse og tolkning, og kan relateres til «den hermeneutiske sirkel» (Gadamer, 2004, s. 267) i søken etter en helhetlig forståelse av datamaterialet.

Rekruttering og utvalg

Strategisk utvelgelse av informanter (Malterud, 2017, s. 58) ble utført gjennom henvendelse til kommunale instanser som tilbyr KID med informasjon om studien og forespørsel om

rekruttering av informanter. Inklusjonskriteriene for deltakelse var erfaring som kursholder for KID i tidsperiode fra 2015 til 2022 og erfaring med KID organisert med fysisk oppmøte. Totalt syv kvinnelige informanter fordelt mellom tre kommuner ble rekruttert per epost og alle samtykket til deltakelse. Fem informanter ble rekruttert gjennom kontaktperson ved den kommunale instansen, og to tidligere kursholdere ble rekruttert ved hjelp av «snøballmetoden» (Larsen, 2017, s. 90). Informantene hadde to til åtte års erfaring med KID og ved intervju tidspunktet, var henholdsvis fem aktive og to passive kursholdere.

Datainnsamling

Syv individuelle dybdeintervju ble gjennomført i tidsperioden desember 2022 til januar 2023. Seks intervju ble utført på informantens arbeidsplass i arbeidstid, hvor ett ble utført digitalt på Zoom og tidsbruk varierte fra 30 minutt til underkant av 50 minutt. Intervjuene ble gjennomført med hjelp av en semistrukturert intervjuguide (Larsen, 2017, s. 100). Spørsmål tok utgangspunkt i intervjuguiden og tilpasset fortløpende underveis i intervjuene. Åpne spørsmål ble stilt med hensikt å innhente informantenes egne erfaringer og meninger, og oppfølgingsspørsmål der det ble vurdert hensiktsmessig for ytterligere avklaring og utdypning. Intervjuene ble gjennomført med lydopptak ved bruk av diktafon-app og nettskjema, og transkribert fortløpende. Ordrett transkribering etter beste evne ble utført for å tilstrebe at gjengivelse fra tale til tekst, samsvarte med det informantene meddelte under datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 78).

Datanalyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse og kan forenklet beskrives som en fleksibel og ikke-lineær prosess i seks faser (Braun & Clarke, 2006, s. 87).

I første fase, gjorde forfatter seg kjent med datamaterialet ved å lytte til lydopptak, før transkribering til tekst ble utført. Tekst ble deretter lest gjennom og skrevet ut på papir for ytterligere gjennomgang med notering av stikkord og tema relevant for forskningsspørsmålet. I andre fase, ble datamaterialet overført til NVivo for generering av koder på tvers av datamaterialet. I fase tre ble kodene gjennomgått og endret, slått sammen, eller forkastet. I fase fire ble det utarbeidet foreløpige tema basert på min tolkning av kodenes meningsbærende enheter, for deretter bli drøftet med veileder. Tema ble systematisert og forkastet dersom de ikke var av relevans til forskningsspørsmålet. Tolkingsprosessen beveget seg frem og tilbake fra deler til helhet, og forfatteren utviklet over tid i samarbeid

med veileder, økt innsikt og forståelse av datamaterialet som i fase fem, resulterte til studiens funn (jf. tabell 1).

Metodiske overveielser

Informantene ble rekruttert på bakgrunn av deres erfaring som kursholder for KID i primærhelsetjenesten og studiens funn må forstås ut ifra den konteksten (Malterud, 2017, s. 24). Flere nyanser av studiens tema kunne blitt avdekket dersom utvalgsstørrelsen var høyere og inkluderte et bredere nedslagsfelt utover tre kommuner. Intervjuguide ble benyttet under datainnsamlingen, men forskerens intervjuteknikk (Larsen, 2017, s. 124) og formulering av spørsmål, kan ha påvirket informantenes svar. Til tross for at det ble gjort lydopptak av intervjuene, kan dialekt, stemningsleie og pauser blitt mistolket under transkriberingsprosessen. Analysen ble utført av forsker uten deltakervalidering (Malterud, 2017, s. 193) og utgjør dermed en risiko for at viktige aspekter av informantenes erfaringer ikke er vektlagt.

Etiske overveielser

Studien er godkjent av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør og ble utført i henhold til de forskningsetiske prinsippene nedfelt i den internasjonale Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2022). Informantene ble informert muntlig og skriftlig om studiens hensikt og garantert anonymitet og konfidensialitet ved deltakelse. Informantene fikk før oppstart, informasjon om anledning til å trekke seg fra studien fortløpende og samtykke til å delta, ble gitt ved å signere samtykkeerklæring.

Funn

Studiens funn ble utdypet av det overordnede temaet: *Å være i samme båt*. Det overordnede temaet ble deretter systematisert med tre tema og seks sub-tema (jf. tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over resultatene av kursholderes erfaringer med gruppesettingen ved KID

Overordnet tema: Å være i samme båt		
Tema		
Å ha en aktiv dialog i gruppen	Å utvikle et sosialt fellesskap	Å lære av hverandre

Subtema					
Den aktive deltakeren	Den tause deltakeren	Formell gruppestruktur	Uformell gruppestruktur	Å gi	Å ta imot

Å være i samme båt

Et overordnet funn i denne studien er at deltakerne erfarteres *å være i samme båt* når de deltok i gruppe på KID. Gruppesettingen var en arena som samlet deltakere i ulike livsfaser, med ulike egenskaper og erfaringer med depresjon. En informant beskrev at deltakerne var *ulike, men og like*. Funnene indikerer at deltakerne relativt raskt utviklet en sterk gruppefølelse. Gruppesettingen bidro med å gi deltakerne innsikt i andres erfaringer, og en opplevelse av ikke å være *alene i verden* om å ha de utfordringene som depresjonen utløste.

Å være i samme båt var den røde tråden gjennom datamaterialet og de ulike temaene representerer ulike nyanser av erfaringer med gruppesettingen.

Å ha en aktiv dialog i gruppen

Samspeillet og dynamikken i de enkelte gruppene var ulike, hvor noen grupper var mer aktive og andre mer passive. I kursetes oppstartsfase, var erfaringene at stemningen i gruppene var spent og deltakerne var forsiktige og avventende med å ta ordet. En informant beskrev oppstart som «første skoledag» hvor deltakerne forholdt seg i større grad til kursholderne enn til hverandre. Etter hvert som deltakerne ble kjent og trygge på hverandre, økte samspeillet og dialogen i gruppen.

Den aktive deltakeren: Gjennomgående var det positive erfaringer med utadvendte deltakere som var frimodige og som våget å ta ordet i gruppen. Den aktive deltakeren satt føringer for resten av gruppen ved at flere deltakere hev seg på dialogen. Enkelte informanter beskrev den aktive deltakeren som en person som tok *ansvar* og *initiativ* i positiv favør for interaksjonen i gruppen. En informant delte denne erfaringen;

(...) de som er mest frimodige og snakker mest, på en måte setter litt standarden. Og da tørr de andre å hive seg mer på. Så ser vi at når det kommer en eller to, eksempel på presentasjonen og sier; «jeg er her fordi jeg er så deprimert, alt har vært dritt», altså, forteller litt personlig. Så ser vi at folk deler mye lettere sine egne ting. De (...) er akkurat som en døråpner for resten av gruppen.

(Deltaker nr. 2)

Det var derimot en balanse mellom å gi den aktive deltakeren plass og samtidig unngå at andre deltakere ble forhindret til å komme meg sine innspill. Flere informanter hadde sporadisk erfart at enkeltdeltakere hadde vansker med å begrense seg selv. Da forsøkte informantene å dempe den aktive deltakeren på en ok måte uten at de følte seg støtt. Noen av teknikkene kursdeltakerne benyttet i slike situasjoner, var å sette deltakerne i mindre grupper eller ved å stille åpne spørsmål ut til gruppen.

Det måtte tas fortløpende vurderinger av hvor mye tid og rom den aktive deltakeren skulle få, og utfordringen var å balansere dette opp mot å ivareta de stille deltakerne slik at også de ble inkludert i dialogen.

Den tause deltakeren: Flere informanter uttrykte at å ivareta de tause deltakerne som sjeldent tok ordet, var en vanligere problemstilling i grupper i motsetning til å måtte dempe de aktive. Kursholderne måtte i større grad ta styring i dialogen for å sikre at også de tause deltakerne fikk anledning til å delta og kunne eksempelvis tilrettelegges med å ta *runden rundt bordet*. For å forhindre at de koblet seg av, kunne kursholderne stille spørsmål som de antok aktuelle deltakere kunne relatere seg til. En kursholder beskrev hvordan hun forsøkte å legge til rette for å inkludere de tause deltakerne;

«Prøver kanskje å engasjere de og involvere de med små drypp. På en måte, ikke kreve for mye sånn at det blir en ubehagelig setting hvis de ikke ønsker å være så synlige, men heller ikke la de forsvinne helt. Men sikre oss ved kanskje små enkle spørsmål underveis, at den personen er påkoblet og følger med. Altså, bare ved å spørre for da, på en måte, gir vi et signal at vi ser deg og, det er rom for deg og».

(Deltaker nr. 5)

Ivaretagelse av de tause deltakerne ble en utfordring som kursholderne forsøkte å løse ved å løfte dem inn i gruppedialogen og gi dem plass. Det ble ikke stilt krav til å si noe høyt eller svare på spørsmål, men kursholderne oppfordret til det og håpet på økt deltakelse etter hvert som deltakerne ble tryggere i gruppen. Balansen var å få de tause aktivt med i dialogen uten at det skulle erfares som belastende og utrygt for den enkelte deltaker.

Å utviklet et sosialt fellesskap

Informantene erfarte at gruppene ble et «vi» og et godt sted å være. Atmosfæren bar preg av *anerkjennelse* og *støtte*, og en opplevelse av å ville hverandre godt. Under dette temaet, ble det identifisert to sub-tema: *Formell gruppestruktur* og *uformell gruppestruktur*.

Formell gruppestruktur: På tross av at deltakerne var ulike i alder og kjønn og hadde ulike livserfaringer, erfarte alle informantene at gruppen ble en arena som samlet deltakerne. Gruppen utviklet et fellesskap hvor interaksjonen økte i takt med økt kjennskap til hverandre. Flere hadde erfaringer med deltakere som beskrev gruppen som nyttig som følge av å møte likesinnede som forstod hvordan det var å leve med en depresjon. Annerkjennelse og forståelse for hverandres livserfaringer, omsorg og raushet overfor hverandre og en genuin interesse av å ville hverandre vel, var faktorer som knyttet deltakerne sammen. En informant delte denne erfaringen;

(...) det er det som veldig mange sier når de går i gruppa: «Det er så godt å treffe andre som er i samme situasjon og som skjønner hva det går i og du trenger ikke forklare så mye fordi at de på en måte har vært der selv».

(Deltaker nr. 7)

Uformell gruppestruktur: Dette funnet tar for seg de uformelle prosessene som skjer mellom deltakerne utfor den organiserte gruppestrukturen. Hver kurssamling hadde pauser hvor kursholderne gikk ut av undervisningsrommet. Pausene var deltakernes arena hvor de kunne prate om det de selv ønsket, og dele fritt om tema de ellers ikke hadde vært komfortabel med i den formelle gruppestrukturen. En informant fortalte;

Vi [kursholder] går alltid ut i pausen og det synes de [kursdeltakerne] (...) er alltid ubehagelig i begynnelsen. Men nå hører vi omen lang vei. Og når vi kommer tilbake; «å nei, er dere her allerede? Vi er ikke ferdig enda!». (...) Nå er det en Netflix-serie de har diskutert. Som egentlig er en mannsserie, som damene og har hevet seg på som de vil se.

(Deltaker nr. 1)

Det sosiale fellesskapet i gruppene ble beskrevet som en positiv tilleggseffekt av å ha gruppetilbud. Det ga deltakerne mulighet til å utvide sitt sosiale nettverk gjennom å etablere nye relasjoner med potensiale for støtte og kontakt, både underveis og etter fullført KID. Det var derimot opp til den enkelte deltaker å velge å ta del i fellesskapet, og enkelte informanter beskrev sporadiske erfaringer hvor deltakere ikke koblet seg på, og som holdt seg i større grad

for seg selv.

Å lære av hverandre

Et annet sentralt funn var at gruppesettingen bidro til at deltakerne fikk anledning til å lære av hverandre. Flere informanter erfarte at interaksjonen mellom deltakerne var vel så viktig som den undervisningen kursholderne holdt. Det ble beskrevet en positiv terapeutisk effekt av å samle deltakere i en gruppe som kunne spille på hverandres erfaringer. Verdien og nytten kom til uttrykk ved at deltakerne fikk både *gi og å ta imot*.

Å gi: Funnet viser til deltakernes mulighet til å gi noe tilbake til gruppen, enten ved å dele erfaringer eller ved å stille spørsmål, gi råd og tips. Deltakerne ble oppfordret til å dele egne erfaringer da det kunne gi dem ny innsikt i deres tanke- og atferdsmønster, samt anledning til å kjenne på mestring ved å våge å si det høyt. I tillegg til den personlige nytteeffekten, erfarte informantene en sosial gevinst ved at gruppen fikk gi tilbakemelding og respons, samt mulighet til å spille på hverandres erfaringer. Når en deltaker delte, kom det ofte bekreftende respons fra de andre som kunne kjenne seg igjen i det som ble fortalt. En informant delte en episode hvor hun innså nytteverdien av å dele med gruppen, og medførte at hun selv lærte noe nytt;

Vi snakket om det som du har likt å gjøre før, det skal du ta opp igjen. Og da var det en som likte å padle i kajakk. Og hadde vel egentlig sluttet med det, trukket seg vekk og blitt mer inaktiv. Så, «jo, det skulle være hans mål» og begynte å padle. Og da delte han det med gruppen, at han ikke kjente på glede med en gang. Han måtte gjenta padlingen noen ganger (...) for å få kroppen til å huske at dette var «jeg glad i å gjøre», så kommer gleden. Så da delte han det med gruppen og de fikk jo, de bygde jo hverandre opp. (...) «Å ja, jeg kjenner meg igjen i det». «Sånn har det vært for meg og!» (...) «Jeg trodde det bare var jeg som hadde det på den måten».

(Deltaker nr. 6)

Når deltakerne satte ord på egne tanker og følelser, kunne kursholderne stille spørsmål til refleksjon. En sentral oppgave for kursholderne var å generalisere private erfaringer til generelle problemstillinger slik at hele gruppen kunne delta i diskusjoner med hensikt å lære.

Å ta imot: Til tross for at KID gir deltakerne undervisning om depresjon, samt verktøy og mestringsteknikker til bruk i hverdagen, uttrykte flere informanter at det å få lytte til og ta imot erfaringer fra de andre deltakerne, var vel så viktig og verdifullt. En informant beskrev

innspill fra deltakerne som *gull verdt*. Råd og tips fra personer som har forståelse for hvordan det er å ha og leve med en depresjon, kan for mottakerne oppleves mer troverdig. Samtidig var erfaringer ofte gjenkjennbare, noe som ga deltakerne en bekreftelse på at de tanker de hadde, ikke var annerledes eller en følge av å være «gal». En informant delte denne erfaringer;

Det var en nokså unge mann (...) som var så reflektert og delte egentlig av sine erfaringer. Også var det da noen av de litt godt voksne damene som; «vet du hva, dette var så nyttig og så bra! Dette inspirerte meg og».

(Deltaker nr. 4)

Jevnt over fortalte informanter at det var viktig å legge til rette for at deltakerne kunne få ta imot innputt fra andres erfaringer gjennom åpne diskusjoner i fellesskap. Det ga deltakerne innsikt i andre måter å tenke og handle på, og en opplevelse av å ikke være annerledes eller alene med sine utfordringer.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke betydningen av gruppesettingen ved kurs i depresjonsmestring, og forskningsspørsmålet var hvilke erfaringer kursholderne har med gruppesettingen. Kursholdernes erfaring med gruppe, var at deltakerne var *i samme båt* med temaene *å ha en aktiv dialog i gruppen, å utvikle et sosialt fellesskap og å lære av hverandre*.

Denne studien viser at interaksjon mellom deltakerne var et verdifullt og viktig supplement med gruppesettingen til KID. Kursholderne ønsket at deltakerne skulle ha en aktiv dialog og tilrettela for det gjennom å stille åpne spørsmål til refleksjon og deling i fellesskap. Det var en balanse for kursholderne å regulere gruppedialogen slik at alle deltakerne fikk delta på sin måte etter individuelle preferanser, og utfordringer kunne oppstå i møte mellom de aktive og de tause deltakerne. Det er derimot en risiko for at tilstedeværelse av kursholdere er til hinder i den aktive dialogen ved at deltakernes individuelle ekspertise, blir overskygget av den profesjonelles tilstedeværelse (Yalom & Leszcz, 2020, s. 636). Generelt vises det til at jo mer aktiv og innflytelsesrik en deltaker er i en gruppe, større sannsynlighet er det for at vedkommende drar nytte av gruppetilbudet (Yalom & Leszcz, 2020, s. 486). Hvert gruppemedlem vil påvirke det sosiale klimaet gjennom sin atferd (Gjøsund & Huseby, s. 91). Å dele private erfaringer er en variabel som kan bygge tillitt i en gruppe og aktive deltakere

som avslører tanker og følelser, fungerer som en bidragsyter for gruppedialogen (Gultekin et al., 2013, referert i Yusop et al., 2020, s. 516). Dersom reaksjoner og tilbakemeldinger fra de andre deltakerne er basert på respekt og omsorg, skapes en trygg og pålitelig gruppeatmosfære som bidrar til at flere våger å dele fritt (Yusop et al., 2020, s. 516; Livingston, 1999, referert i Yalom & Leszcz, 2020, s. 455). På en annen side kan gruppesettingen bli en barriere for jevnbyrdes deltakelse blant deltakerne som følge av ulike personlighetstrekk (Young-Southward et al., 2020, s. 9), og samsvarer med funn fra denne studien.

Til tross for at enkelte deltakere ikke var verbalt delaktig, erfarte informantene at de tause deltakerne var involvert i den aktive dialogen gjennom ett bekræftende kroppsspråk og aktiv lytting. Likevel kan den tause deltakeren være en like stor utfordring i gruppedynamikken som den aktive deltakeren (Yalom & Leszcz, 2020, s. 485). Selvformidling er ikke kun avgjørende for utvikling av gruppesamhold, det er også direkte korrelert til positiv terapeutisk effekt. Økt verbal deltakelse, bidrar til økt engasjement og verdsettelse fra de andre deltakerne (Yalom & Leszcz, 2020, s. 486). Det kan være flere årsaker til at deltakeren er taus. Det kan tenkes at symptomer knyttet til depresjonen skapte en barriere for verbale deltakelse. Indre uro eller angst, taushet og håpløshet er noen av flere sentrale symptomer ved depresjon (Kringlen, 2012, s. 14).

Et annet tema som ble tydelig i denne studien, var at gruppesettingen bidro med å utvikle et sosialt fellesskap, uavhengig av gruppesammensetning på tvers av alder og kjønn. Den formelle gruppestrukturen hvor deltakerne jobbet sammen mot et felles mål, skapte en tilhørighetsfølelse. Intervensjonsmetoder som bidrar til økt sosial kontakt og hvor deltaker identifiserer seg med gruppen, er funnet å redusere depressive symptomer over tid (Cruwys et al., 2014, s. 144). Grupper med sterkt samhold, viser til høyere grad av tilfredshet, oppmøte, deltakelse og gjensidig støtte (Yalom & Leszcz, 2020, s. 75). Det kan tenkes å ha medvirkende effekt til at flere deltakere knyttet nye bekjentskap og relasjoner gjennom den uformelle strukturen som i denne studien fant sted i pausene. Det til tross for at passivitet og tilbaketrekking fra sosiale settinger er vanlige symptomer på depresjon (Kringlen, 2012, s. 14). På en annen side kan uformelle gruppestrukturer bidra til at det dannes subgrupper innad i grupper, hvor deltakere blir inkludert eller ekskludert. Slike subgrupper kan få konsekvenser for gruppefellesskapet og komplisere samholdet ved å danne polarisering eller marginalisering (Yalom & Leszcz, 2020, s. 432).

Studien finner at det skjer en synergieffekt i gruppene hvor deltakerne får innta to roller, som hjelper og mottaker. Til tross for at gruppesettingen er knyttet til et kurs i depresjonsmestring, påpeker informantene at interaksjonen og læringen som skjer mellom informantene, er vel så viktig. Dette er i tråd med prinsippet til selvhjelpsgrupper hvor den terapeutiske effekten kommer til uttrykk gjennom utveksling av erfaringskompetanse. Å delta i selvhjelpsgrupper, kan gi håp og motivasjon for å endre egen livssituasjon (Fyrand, 2016, s. 302). Å samle deltakere med liknende utfordringer i en gruppe, legger til rette for en arena med potensiale for læring og vekst og kan relateres til observasjon- og modellæring (Fyrand, 2016, s. 53). Gjennom å observere, kan atferd læres. Det er derimot en forutsetning at atferd som skal læres, blir forstått, blir husket og anvendt på en hensiktsmessig måte i eget liv (Bandura, 2021, s. 6). Å ta imot, kan skape distanse til egne utfordringer og ny innsikt gjennom å observere alternative mestringsteknikker fra andre. Samtidig kan det å få være den som gir, bidra til mobilisering av egeninnsats og større innsikt i egne ressurser som kan benyttes til å hjelpe seg selv (Fyrand, 2016, s. 303). Dette er i tråd med studiens funn og tidligere studie som viser til at deltakerne kan fungere som rollemodeller i møte med ny og mer hensiktsmessig atferd- og tankemønstre (Behenck et al., 2017, s. 146).

Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer kursholdere ved KID har med gruppesettingen. Funnene viser at gruppene utvikler et støttende fellesskap og blir en arena hvor det gis anledning til personlig og sosial vekst. Gruppesettingen skaper en interaksjonseffekt hvor deltakerne får anledning til å lære av hverandre gjennom observasjon og utveksling av erfaringer, samt mulighet til å knytte nye relasjoner. Funnene indikerer utfordringer med å legge til rette for en aktiv dialog i gruppene som følge av ulike personligheter og engasjement. Aktive deltakere oppleves som en ressurs i gruppen ved å skape økt engasjement og interaksjon mellom deltakerne, men kan bli en barriere for andres innspill dersom de får ta for stor plass. Det er en balanse å inkludere både de aktive og de tause deltakerne i gruppen, og samtidig respektere deltakernes individuelle preferanser og behov.

Studiens funn antas å ha fått frem opplevelser knyttet til forskningsspørsmålet og kan tenkes å være representativt og komme til nytte for andre KID tilbydere. Økt kunnskap og forståelse av gruppesettingen, kan stimulere til økt bruk av psykisk helsehjelp i gruppe for personer med

depresjon. Primærhelsetjenesten kan på den måten nå ut til flere brukere med nødvendig og kunnskapsbasert psykisk helsehjelp på en kostnadseffektiv måte. Det er dog behov for en bredere forståelse av gruppesettingen og videre forskning bør undersøke erfaringer fra deltakere som har fullført KID i gruppe, og nytteverdien KID har sammenlignet med individuell intervensjon for personer med mild til moderat depresjon.

Referanser

- Bandura, A. (2021). *Psychological modeling: Conflicting theories* (Classic edition. utg.). Routledge.
- Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D. & Heldt, E. (2017). Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive–Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 142-146.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative research in psychology*, 18(3), 328-352.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Cruwys, T., Alexander Haslam, S., Dingle, G. A., Jetten, J., Hornsey, M. J., Desdemona Chong, E. M. & Oei, T. P. S. (2014). Feeling connected again: Interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of Affective Disorders*, 159, 139-146.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.019>
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of lewinsohn's “coping with depression” course. *Behavior therapy*, 29(3), 521-533. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80047-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80047-6)
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev*, 29(5), 449-458.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dingle, G. A., Sharman, L. S., Haslam, C., Donald, M., Turner, C., Partanen, R., Lynch, J., Draper, G. & van Driel, M. L. (2021). The effects of social group interventions for depression: Systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 281, 67-81.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.125>
- Doblyte, S. & Jiménez-Mejías, E. (2017). Understanding Help-Seeking Behavior in Depression: A Qualitative Synthesis of Patients’ Experiences. *Qual Health Res*, 27(1), 100-113. <https://doi.org/10.1177/1049732316681282>

- Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018).
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk : teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforl.
- Gadamer, H. G. (2004). *Truth and method*. Continuum.
<https://books.google.no/books?id=jOAOQnwEACAAJ>
- Gjøvsund, P. & Huseby, R. (2015). *To eller flere: basiskunnskaper i gruppepsykologi* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561).
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Hertervig akademisk, Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Lafrance Robinson, A., McCague, E. A. & Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263-277.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hoberman, H. M. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian journal of behavioural science*, 21(4), 470-493. <https://doi.org/10.1037/h0079846>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.

- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Smith, L., Hill, N. & Kokanovic, R. (2015). Experiences of depression, the role of social support and its impact on health outcomes. *J Ment Health*, 24(6), 342-346.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954693>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2020). *The Theory and practice of group psychotherapy* (Sixth edition. utg.). Basic Books.
- Young-Southward, G., Jackson, A. & Dunan, J. (2020). Group CBT for mild to moderate depression and anxiety: an evaluation of patient satisfaction within a primary care mental health team. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e8, Artikkel e8.
<https://doi.org/10.1017/S1754470X20000057>
- Yusop, Y. M., Zainudin, Z. N., Ahmad, N. A., Othman, W. N. W., Surat, S. & Fung, W. S. (2020). The effectiveness of group counselling: A systematic review. *Journal of Critical Reviews*, 7(13).
- World Medical Association. (2022, 06. september). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg

Vedlegg 1 – PICo før endring av prosjektet

PICo

Problemstilling:

Depresjonsmestringskurs i regi av primærhelsetjenesten: En kvalitativ studie av deltakeres erfaring med å være i en gruppe

Problemstillingen vil bli ytterligere konkretisert med påfølgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har deltakere med kurset sin gruppesammensetning- og dynamikk?

P= person/problem	I= interesse/tiltak	Co= context
Depresjon (depression): Depressive plager (depressive disorders) Mild depresjon (mild depression) Moderat depresjon (moderate depression) Voksen (adult) Gruppedeltaker (group participant) Kursdeltaker (course participant)	Erfaringer/opplevelser (experience): Gruppesetting (group setting) Gruppedynamikk (group dynamic) Gruppemedlem (group member) Samhandling (interaction) Relasjon (relationship)	Mestringskurs (coping course): Gruppeintervensjon (Group interventions) Gruppekurs (group course) Psykoedukasjon (Group psychoeducation/psycho-educational group) Mestring (coping) Håndtere (handle) Kognitiv atferdsterapi (Cognitive behavioral therapy (CBT)) Primærhelsetjenesten (primary health care) Rask psykisk helsehjelp (Prompt mental health care) Lavterskel (low-threshold) Kommunalt (municipal/community)



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET KURS I DEPRESJONSMESTRING (KID): KURSHOLDERES ERFARINGER MED GRUPPESETTINGEN

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer du har med gruppesettingen til kurs i depresjonsmestring (KID). Du blir spurt om å delta da du har vært kursholder for KID-kurs i tidsperioden mellom 2015-2022, og har erfaringer som jeg ønsker å undersøke.

BAKGRUNN FOR FORSKNINGSPROSJEKTET

Omtrent 20 % av den voksne befolkningen vil bli rammet av depresjon i løpet av et livsløp og en lav andel mottar hjelp eller oppfølging fra hjelpeapparatet. Økt satsing på lokalbasert psykisk helsearbeid kan bidra til å hjelpe langt flere og på en kostnadseffektiv måte. Kurs i depresjonsmestring arrangeres i grupper og ulike studier har sett nærmere på kursets effekt opp mot depressive symptomer og plager. Det er derimot mangelfull forskning på kursholderes erfaringer av gruppesettingen. Studiens hensikt er å undersøke erfaringer med KID-kurs i gruppe, og bidra med funn som kan fylle kunnskapshullet og styrke organisering og tjenesteutvikling i primærhelsetjenesten.

HVEM ER FORSKEREN?

Mitt navn er Eline Skraastad, er utdannet sosionom og studerer master i rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. Jeg arbeider fulltid som fagkonsulent ved et kommunalt helse- og velferdskontor

- Dette forskningsprosjektet gjennomføres i forbindelse med min avsluttende masteroppgave.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet vil innebære at du inviteres til et individuelt intervju med meg hvor det blir tatt lydopptak. For deltakere som ikke bor i nærområdet, vil intervjuet gjennomføres digitalt i Zoom hvor det blir tatt lydopptak. Under intervjuet, vil jeg stille deg spørsmål om dine erfaring med KID-kurs i en gruppesetting og samtalen vil ha en åpen struktur. Det betyr at vi kan prate om det du ønsker med utgangspunkt i mine spørsmål og du velger selv hva du ønsker å svare. Tidsbruken for intervjuet er omtrent 30-45 minutt og kan gjennomføres et sted etter dine preferanse, og hvor vi ikke blir avbrutt eller forstyrret.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Vi vil innhente opplysninger om ditt navn, utdanning og stillingstittel, telefonnummer/epost, samt hvilket årstall du sist gjennomførte et KID-kurs.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Din deltakelse i studien kan bidra med kunnskap og som ressurs inn mot tjenesteutvikling og organisering av det kommunale helsetilbudet for psykisk helse. Videre kan dine erfaringer medvirke til at personer som tidligere har ønsket en-til-en intervensjon, blir positive til å prøve ut gruppetilbud.

Deltakelse i studien forventes ikke å medføre risiko eller bivirkninger, men det kan være du får uventede reaksjoner eller ubehag som følge av studiens tematikk om depresjonsmestring i en gruppesetting. Dersom du opplever ubehag, kan du kontakte forsker for å få informasjon og kontaktopplysninger til hjelpeinstanser.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg som arbeidstaker eller din arbeidsplass hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal benyttes anonymt og slettes ved prosjektslutt 01.06.2023.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

PERSONVERN – HVORDAN OPPBEVARES DINE OPPLYSNINGER?

Intervjuer vil kun bruke dine personopplysninger i forbindelse med dette forskningsprosjektet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger og vil bli erstattet med en kode som lagres adskilt fra annen data. Koden knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste, og det er kun Eline Skraastad som er prosjektleder som har tilgang til denne listen.

Lydopptak og navnelister slettes og makuleres ved prosjektslutt.

GODKJENNINGER

Opplysningene blir behandlet basert på ditt samtykke. Norsk senter for forskningsdata (NSD)/Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

Eline Skraastad på tlf. 415 71 720 eller epost: e.skraastad@stud.uis.no

Vedlagt samtykke kan leveres når intervjuet skal gjennomføres eller ved å ta bilde av signert dokument som sendes til Eline Skraastad pr epost før intervjuet.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved Universitets i Stavanger på epost: personvernombud@uis.no eller på telefon: 55 58 21 17

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Kurs i depresjonsmestring (KID): kursholderes erfaringer med gruppesettingen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i forskningsprosjektet, og til at mine personopplysninger brukes i tråd med informasjonen jeg er gitt.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide:

1. Hvilken utdanning har du?
 - a. Har du videreutdanning/kurs e.l.?
2. Hva er din stillingstittel og hva jobber du med?

KID-kurs:

3. Hvor lenge har du holdt KID-kurs?
4. Hvilke tanker gjør du deg før en ny KID-gruppe starter opp?
 - a. Deltakernes helsetilstand
 - b. Deltakernes motivasjon
 - c. Sammensetning av gruppen (alder, kjønn)
5. Er du kjent med om noen deltakere mottar individuelle samtaler kombinert med KID-kurs?
 - a. Opplever du at de deltakerne får annet utbytte?
6. Hvilken erfaring har du med å holde KID-kurs for deprimerte kursdeltakere?
 - a. Spesifikke situasjoner eller forhold som har vist seg å være utfordrende?

Grupperesetting og dynamikk:

1. Hvordan erfarer du at deltakerne påvirker hverandre i gruppen?
2. Har du erfart en situasjon hvor gruppesettingen har bidratt positivt for en eller flere deprimerte kursdeltakere?
 - a. Andre erfaringer?
3. Hvilke tanker gjør du deg om rollen og effekten til gruppesettingen og dynamikken i KID-kurs?
 - a. Er det tema på KID-kurset som utfordrer gruppesettingen? (enklere å gjennomføre med individuelle samtaler)?
 - b. Har kjønn og alderssammensetning betydning?
 - c. Er det faktorer som påvirker gruppens samhold?
 - d. Konkrete erfaringer hvor gruppesettingen påvirker nytteverdien av kurset?
4. Opplever du at gruppedynamikken er annerledes ved oppstart sammenlignet med mot avslutning?
 - a. Hvilke endringer?

Kursholder/annet:

5. Hvilke tanker har du om din rolle som kursleder sett opp mot gruppedynamikk og deltakernes erfaring med gruppesettingen?
6. Annet du ønsker å dele av tanker og erfaringer med KID i gruppe?

Vedlegg 4 – COREQs sjekkliste

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist


A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	29
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	29
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	29
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	N/A
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	N/A
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	35
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	33, 35
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	33-34
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	33-34
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	34
Sample size	12	How many participants were in the study?	34
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A
<i>Setting</i>			

Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	34
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	34
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	34-35
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	34-35
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	34
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	34
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	35-36
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction	35
Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	34
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	34-35
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	34
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	35
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	35-40
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	34-35
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	35-40
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	35-42

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Vedlegg 5 – Godkjenning fra SIKT om endring i prosjektet



[Meldeskjema](#) / [Kurs i depresjonsmestring \(KID\): En kvalitativ studie om kursholderes e...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 743189	Vurderingstype Standard	Dato 28.11.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Kurs i depresjonsmestring (KID): En kvalitativ studie om kursholderes erfaringer med gruppesetningen

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig
Lise Beyene


Student
Eline Skraastad

Prosjektperiode
01.08.2022 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
Særlige

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar
Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

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. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågått i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson:
Lykke til videre med prosjektet!