

## **Tilgjengelighetens venteliste – hvor trykker skoen egentlig?**

En kvalitativ studie av ansattes beskrivelser av psykososiale lavterskeltilbud for studenter

MARIA HAUKAAS

VEILEDER

Gunnhild Ruud Lindvig

**Universitetet i Agder, 2022**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for sosiologi og sosialt arbeid

## Sammendrag

Denne studien utforsker hvordan ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud for studenter beskriver tilbudet de selv jobber i. I media hører man til stadighet om at befolkningens psykiske helse blir verre. Statistikk viser også at studenters psykiske helse er preget av psykiske utfordringer og lidelser. I Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) kommer det frem at 42 % studenter oppgir å ha psykiske problemer (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 70).

Jeg ønsket videre å undersøke hvordan det psykososiale tilbudet til studenter er, gjennom de ansattes beskrivelser tilbudet. Mitt personlige utgangspunkt for studien var at egne erfaringer som bruker av slike tilbud gjorde meg nysgjerrig på hvordan tilbudene erfarer av de som jobber der. Med dette som utgangspunkt, formulerte jeg følgende problemstilling: *Hvordan fremstår psykososiale lavterskeltilbud til studenter i ansattes beskrivelser av egen praksis?*

For å svare på denne problemstillingen har jeg benyttet meg av teorier og litteratur som blant annet tilgjengelighetsteorien for å belyse ulike barrierer som kan oppstå i samhandlingen mellom studenter og det psykososiale lavterskeltilbudet. Madsens *Generasjon Prestasjon* (2018), blir brukt til å belyse aspekter rundt økningen av unge med psykiske problemer. I tillegg blir det brukt litteratur for å forklare psykisk helse i et nasjonalt og globalt perspektiv. Gjennom semistrukturerte intervju, har jeg skaffet meg tilgang til de ansattes egne beskrivelser av psykososiale lavterskeltilbud for studenter. Her har jeg intervjuet tre ansatte, tilknyttet to ulike læresteder i Norge.

Det viser seg her at de ansatte beskrev blant annet en helsetjeneste som er mangfoldig med sine mange tilbud, og at lavterskeltilbudet skal være tilgjengelig. Samtidig fortalte de ansatte om lange ventelister ved tilbudet. Dette kan blant annet være forårsaket av en rekke kutt blant annet i spesialisthelsetjenesten i tillegg til at de ansatte beskriver uklare rammer i henhold til ressursfordeling i det psykososiale lavterskeltilbudet. Psykisk helse som et problem, bør løses gjennom en tverrfaglig tilnærming, og ikke utbedre et isolert felt i helsesektoren.

## Summary

This study explores how employees at low- threshold services for students describe this service. In the media you constantly hear about how the populations mental health is getting worse. Statistics shows that students mental health also is characterized by mental problems and mental disorders. In SHoT study (an acronym for the Norwegian name: Studentenes helse- og trivselsundersøkesle) shows that 42 % of students say they have mental problems (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 70).

I wanted to research, through the employees' descriptions, how low- threshold services for student are. My personal starting point for the study was that my own experiences as a user of such services made me curious about how the services are experienced by those how work there. My approach to the problem was: *How do low- threshold psychosocial services for students appear in employees' descriptions of their own practice?*

I have used theories and literature to answer this approach to the problem. I have for example used *Distribution and the theory of access* to shed light on different barriers that might appear in the interaction between the students and the psychosocial low- threshold service. Madsen's (2018) *The achievement generation* is being used to highlight aspects about why young people increasingly experience mental problems. In addition, there has been used literature to describe mental problems on a national and global point of view. I have gained insight into the employee's own descriptions of psychosocial low- threshold service, through semi-structured interviews. I have interviewed three employees, that are connected to two different institutions in Norway.

It shows that the employees describe a diverse health service with many different offers, and that the service is also supposed to be accessible. At the same time the employees talk about a service with long waiting lists. This problem could be caused by numerus cuts in the specialized health service. Additionally, the employees describe a service with an unclear framework around the resources. Mental health as a problem should be solved through a multidisciplinary approach, and not just to improve an isolated field in the health sector.

## Tusen takk!

Nå er jeg ferdig med masteroppgaven og siste punktum er satt. Det er en lettelse, men samtidig en litt vemodig følelse jeg nå sitter igjen med. Det har vært en lang, tidkrevende, utfordrende, frustrerende og lærerik prosess.

Ved oppgavens slutt, tenker jeg at det er på sin plass å takke alle dere som har vært viktige støttespillere for meg gjennom denne prosessen og som har stor ære for at jeg i dag kan si meg ferdig med masteroppgaven min.

Tusen takk til min veileder, Gunnhild Ruud Lindvig. Takk for alle gode, støttende og raske tilbakemeldinger, og for at du hele tiden har vist omsorg, ikke bare for oppgaven min, men også for meg. Jeg er utrolig glad og takknemlig for å ha hatt deg som veileder.

Tusen takk til deltakerne mine som tok av sin tid, og lot meg intervju dem. Jeg setter stor pris på at dere tok dere den tiden i en hektisk og viktig arbeidsdag!

Tusen takk til mamma og pappa. Dere har alltid støttet meg og lyttet til meg og har gitt meg et solid utgangspunkt til at jeg nå sitter her i dag. Dere har alltid stilt opp og vært der. Tusen takk, jeg hadde aldri klart dette uten dere.

Tusen takk til alle dere som har stått meg nær i denne prosessen. Dere har gitt meg støtte i skolesammenheng, så vel som privat. Jeg hadde ikke klart dette uten gode folk rundt meg. Tusen takk til dere alle, dere vet hvem dere er.

God lesing!

Maria Haukaas

Kristiansand, november 2022

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Summary .....	3
Tusen takk!.....	4
Innholdsfortegnelse.....	5
Kapittel 1: Introduksjon.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.1.2 Personlig utgangspunkt og forforståelse .....	8
1.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	9
1.3 Problemstilling .....	9
1.4 Avgrensning av studien.....	10
1.5 Begrepsavklaringer.....	11
1.5.1 Psykososialt lavterskeltilbud.....	11
1.5.2 Helse: mental helse og psykisk helse .....	11
1.5.3 Velferd og livskvalitet .....	12
1.5.4 Psykiske plager og psykiske lidelser .....	12
1.5.5 Helsefremmende- og forebyggende arbeid.....	13
1.5.6 Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.....	13
1.6 Studiens videre oppbygning .....	14
Kapittel 2: Studiens relevans for feltet sosialt arbeid .....	16
2.1 Hva er sosialt arbeid? .....	16
2.2 Sosialt arbeid i praksis.....	17
2.3 Sosialt problem.....	18
2.4 En sosiologisk tilnærming til studien .....	19
Kapittel 3: Forskningskonteksten .....	19
3.1 Psykososiale lavterskeltilbud for studenter .....	20
3.2 Kommunale lavterskeltilbud .....	22
Kapittel 4: Psykisk helse i et globalt og nasjonalt perspektiv .....	23
4.1 Psykisk helse i et globalt perspektiv .....	23
4.2 Psykisk helse i Norge .....	25
4.3 Psykisk helse blant unge og studenter.....	28
Kapittel 5: Teoretiske perspektiver.....	31
5.1 Psykososialt arbeid.....	32
5.2 Tilgjengelighetsteorien.....	34
5.3 Generasjon prestasjon .....	36

Kapittel 6: Metodisk tilnærming: en kvalitativ studie .....	39
6.1 Kvalitativ metode .....	39
6.2 Deltakernes livsverden .....	40
6.3 Gjennomføring av studien .....	41
6.3.1 Forberedelser .....	41
6.3.2 Rekruttering og utvalg .....	42
6.3.3 Presentasjon av deltakerne .....	42
6.4 Intervjuprosessen og datamaterialet .....	43
6.5 Tematisk analyse .....	44
Kapittel 7: Presentasjon av funn .....	45
7.1 «Mellom normalisering og behandling» .....	45
7.2 «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste» .....	48
7.3 «Tilgjengelighetens venteliste» .....	50
7.4 Oppsummering av funn .....	53
Kapittel 8: Drøfting .....	53
8.1 Psykososiale lavterskeltilbud i lys av tilgjengelighetsteorien .....	53
8.2 Et økende behov for psykososiale tilbud? .....	57
8.3 Hvor trykker skoen - hvor ligger problemet egentlig? .....	59
8.4 Er unge sykere i dag enn tidligere? .....	62
8.5 En fremtid med psykiske utfordringer? .....	65
8.6 Oppsummering av drøfting .....	66
Kapittel 9: Forskningens kvalitet .....	67
9.1 Forskningens pålitelighet .....	67
9.2 Forskningens gyldighet .....	68
9.3 Forskningens generaliserbarhet og overførbarhet .....	69
9.4 Betragtninger knyttet til videointervju .....	70
Kapittel 10: Ethiske betraktninger .....	71
Kapittel 11: Avslutning .....	73
11.1 Konklusjon .....	73
11.2 Egen erfaring med studien .....	74
Referanseliste .....	76
Referanseliste på studentsamskipnader .....	80
Vedlegg .....	81
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD .....	81
Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	82
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	85

## Kapittel 1: Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

At dårlig psykisk helse er et problem blant befolkningen, hører man stadig om. Vi hører om hvor viktig det er å sette fokus på psykisk helse, utbedre tilbud og forebygge slik at ikke andelen mennesker med psykiske problemer øker. Flere rapporter og undersøkelser viser at dårlig psykisk helse er et omfattende problem verden over. En finner psykiske utfordringer i ulik grad på alle plan i et samfunn, i alle land, blant voksne, barn, og studenter. Unge opplyser om at de generelt sett har en god livskvalitet, til tross for at det er en økning i unge voksne som opplever å føle seg ensomme, stresset og bekymret (Meld. St. 19(2018- 2019), s. 35). I Studentenes Helse- og trivselsundersøkelse (SHoT), som hvert fjerde år kartlegger studentenes helse med hovedvekt på psykososiale forhold, kommer det frem at andelen studenter med psykiske problemer og lidelser er økende. Økningen kan sees i de fleste ledd av undersøkelsen så vel som på tvers av alder og kjønn (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 7). Det vises i SHoT - undersøkelsen at det foreligger en prosentvis økning av studenter med psykiske helseproblemer i ulik grad. Andelen studenter som oppgir å ha alvorlige psykiske plager er på hele 38 % (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 70- 72). Psykisk helse forklares videre som et fenomen som er satt sammen av flere ulike faktorer (World Health Organization, 2022, s. 18). Derfor kan det synes at problemer knyttet til psykisk helse ikke vil la seg løse raskt. En må utbedre psykiske helsetilbud på et tverrfaglig plan, heter det i Regjeringen sin strategi «Mestre hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, s. 14).

De fleste studenter er i en overgangsfase av livet. På vei ut av ungdomsårene og på vei inn i voksenlivet. Denne tiden er fylt med en rekke overganger, på godt og vondt. Samtidig som studentenes psykiske helseutfordringer øker i omfang, blir ventelistene til psykiske helsetilbud lengre. Både innenfor spesialisthelsetjenesten så vel som lavterskeltilbud. Det vil vises senere i studien, at ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud beskriver lange ventelister. Det gjør i tillegg flere sykehus, som og opplyser om et økende press på å skrive ut pasienter (Drabløs & Trædal, 2022). Regjeringen lover å utbedre tilbudene innen psykisk helse, ikke bare for studenter, men befolkningen ellers. I hovedsak skal Regjeringen gjøre dette ved å styrke det helsefremmende og forebyggende feltet innen psykisk helse (Meld. St. 19(2018- 2019) s. 38).

### 1.1.2 Personlig utgangspunkt og forforståelse

Mitt personlige utgangspunkt for denne studien bygger på en erfaring, og nysgjerrighet ved psykososiale lavterskeltilbud for studenter, samt en interesse for psykisk helse. Jeg opplever psykisk helse som et interessant felt og anser det som viktig at alle har tilgang til å oppleve og oppnå god en psykisk helse.

Jeg har ved flere anledninger benyttet meg av psykososiale lavterskeltilbud for studenter og gjort meg ulike erfaringer med dette. Jeg har erfart å møte veldig flotte mennesker som arbeider i slike tilbud. De har gitt meg veldig god hjelp og støtte til alt fra små utfordringer, som det å være ny student i en ny by, til det å faktisk føle at verden hadde rast litt sammen rundt meg. Jeg har med andre ord en del gode erfaringer fra slike tilbud, men jeg har også mindre gode erfaringer. Jeg har opplevd å føle at jeg ikke passet inn, jeg har følt meg oversett og at problemene mine ble bagatellisert. Derfor ønsket jeg i utgangspunktet å undersøke hvorfor min erfaring med lavterskeltilbud har gitt meg ulike opplevelser, når tjenesten for studenter i utgangspunktet skal tilby det samme. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan jeg kunne erfare tilbudet på så forskjellige måter, når tilbudet i seg selv i utgangspunktet skal være likt. Jeg skjønnte fort at det å skrive en masteroppgave er en dynamisk prosess, så forandringer fra mine opprinnelige tanker og ideer forekom, og ble justert og forandret i noe grad. Litt hjulpet av at koronapandemien gjorde det vanskelig å rekruttere studenter, kom jeg, etter noen runder med meg selv (og veilederen min), frem til at det kanskje var vel så interessant å studere de psykososiale lavterskeltilbudene fra de ansattes perspektiv. Hvordan ser tilbudet ut fra deres ståsted? Hvilke erfaringer har de med å tilby studenter hjelp og støtte innenfor lavterskeltilbudets rammevilkår?

Min forforståelse består i tillegg av at jeg selv har arbeidet med å hjelpe mennesker. Jeg har arbeidet på omsorgssenter, og i spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Her har jeg erfart hvordan det er å hjelpe mennesker i en sårbar situasjon som på ulik måte trenger hjelp, og støtte for å komme seg gjennom hverdagen. Dette har gitt meg en større forståelse av både hvordan et menneske stiller seg sårbare når det trenger hjelp, og ulike reaksjonsuttrykk dette kan føre med seg. I tillegg har det gitt meg en større forståelse av hvordan det er å være ansatt i en større tjeneste, hvor man egentlig er ganske liten i det store organisasjonsbildet. Hvordan ansatte uten makt over ressursfordeling eller større avgjørelser, prøver å gjøre så godt en kan for å hjelpe de man har mulighet til å hjelpe. Dette gjorde meg nysgjerrig på å undersøke hvordan ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud beskriver tilbudet de selv arbeider i.



Ved min forforståelse så jeg det som mer utfordrende å ha et aktivt forhold til min erfaring fra å være bruker av en tjeneste, enn å være ansatt. Ettersom jeg som bruker av psykososiale lavterskeltilbud, stilte meg i en sårbar situasjon, så jeg det slik at dette kunne i større grad påvirke min studie. Det å være ansatt i en tjeneste, har videre gjort meg nysgjerrig. Derfor valgte jeg å gi meg større avstand mellom mine erfaringer og det jeg ville studere, ved å studere de ansatte fremfor studentene. Forforståelsen min om psykososiale lavterskeltilbud som mer eller mindre hjelpsomme tilbud for studenter, hadde jeg fortsatt. Min forståelse har jeg vært opptatt av å ha et bevisst og aktivt forhold til, og jeg har prøvd å sette den i parentes i tråd med det fenomenologiske prinsippet «bracketing» - som betyr nettopp å sette i parentes det jeg vet fra før (Appelrouth & Edles, 2011 s. 263).

## 1.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Fenomenologi er en filosofisk og vitenskapsteoretisk tilnærming som søker etter å forstå fenomener ved å utforske noens erfaringer med fenomenet. Det blir relevant hvordan fenomenet fremtrer i det hverdagslige og hvordan individer forholder seg til dette. Her studerer man individets bevissthet gjennom hverdagslige handlinger og ser nærmere på handlinger som ofte er tatt for gitt (Appelrouth & Edles, 2011, s. 262). For å åpne seg mest mulig som forsker blir det ekstra viktig å kunne «sette i parentes» det man vet fra før. Dette kalles «bracketing». Ifølge Alfred Schutz betyr «bracketing» at man setter til side aspekter ved ens eget liv, personlighetstrekk, eller erfaringer for å følge de sosiale rollene, eller situasjonene i samfunnet (Appelrouth & Edles, 2011, s. 266). Edmund Husserl mente at ved å ha et bevisst forhold til egne synspunkter, kan man lettere sette sin forforståelse i parentes, «bracket», for å igjen kunne utforske sammenhenger utenfor seg selv (Appelrouth & Edles, 2011, s. 263). I mitt tilfelle satte jeg i parentes mine egne erfaringer fra psykososiale lavterskeltilbud, og erfaringer som ansatt i en tjeneste som skal hjelpe mennesker, samt mine oppfatninger om psykisk helse som et problem både nasjonalt og globalt.

## 1.3 Problemstilling

Målet har vært å få kunnskap om psykososiale lavterskeltilbud til studenter fra ansattes perspektiv. For å utforske dette nærmere har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvordan fremstår psykososiale lavterskeltilbud til studenter i ansattes beskrivelser av egen praksis?*

For å utforske denne problemstillingen, har jeg intervjuet tre ansatte, ved to ulike læresteder i Norge for å få frem deres synspunkter rundt psykososiale lavterskeltilbud for studenter.

#### 1.4 Avgrensning av studien

Jeg har valgt å skrive oppgaven uten å legge særlig vekt på koronapandemien som rammet Norge og verdens ellers. Selv om pandemiens innvirkning på folks psykiske helse, både under og etter pandemien, ble satt i søkelyset, var tall og statistikker fortsatt delvis uklare for videre bruk da jeg startet på masteroppgaven i 2020. Hensikten med studien min var ikke å få kunnskap om psykisk helse i en uvanlig situasjon, men snarere å få mer generell kunnskap om de lavterskeltilbudene som finnes for studenter i Norge til vanlig. Det vil derfor ikke bli lagt særlig vekt på tall og statistikker fra koronapandemien.

Siden det finnes en rekke lavterskeltilbud rettet mot psykisk helse i landet, så jeg det som alt for omfattende å studere et representativt utvalg av disse. Også ut fra mine personlige erfaringer, fant jeg det mer interessant å utforske lavterskeltilbud som studenter benytter seg av. Jeg avgrenset ytterligere studien til å omhandle psykososiale lavterskeltilbud for studenter, og videre til psykososiale lavterskeltilbud i regi av studentsamskipnadene ved norske læresteder. Til slutt avgrenset jeg fokuset til å omhandle ansattes perspektiv.

Ettersom dette er en studie tilknyttet masterstudiet sosiologi og sosialt arbeid og ikke psykososialt arbeid, har jeg bevisst forsøkt å velge ut teorier og begrepspar som bygger på samfunnsmessige forklaringer fremfor rene psykologiske forklaringer. Herunder har jeg blant annet valgt tilgjengelighetsteorien (1997) som forklarer hvordan brukere av offentlige tjenester kan møte på ulike barrierer på veien mot tjenesten. Her beskrives det samfunnsmessige forhold som kan være problematiske mellom en bruker og et offentlig forvaltningssystem. Videre problematiserer Madsen (2018) forhold ved samfunnets utvikling gjennom sosiologiske og psykologiske perspektiver og hvordan enkeltmennesket opplever utfordringer knytte til dette.

## 1.5 Begrepsavklaringer

For å bedre kunne forstå denne studien har jeg valgt å trekke frem de mest sentrale begrepene. I dette kapitlet vil jeg forklare og beskrive disse begrepene.

### 1.5.1 Psykososialt lavterskeltilbud

*Psykososialt* som begrep rommer både psykiske og sosiale forhold knyttet opp mot menneskets fungering på det sosiale og psykiske plan. Sosiale forhold kan på sin side være forhold knyttet til bosted, oppvekst, familiære forhold, samt skole med mer. Psykiske forhold på den andre siden, kan være hvordan mennesket takler de sosiale forholdene kognitivt og emosjonelt (Svartdal, 2020). En nærmere beskrivelse av psykososialt arbeid etter Svalastog, Kristoffersen og Lile (2019) er å finne i kapittel 6.1.

*Lavterskeltilbud* er en samlebetegnelse for tilbud som skal være lett tilgjengelig for befolkningen. Man skal ikke behøve henvisning og som oftest behøver man ikke å bestille time i forkant for å benytte seg av tilbudet. Slike tilbud er ofte gratis, og har den hensikt å senke terskelen for befolkningen om å søke helsehjelp, for å lettere kunne forebygge og å løse problemer før de blir mer omfattende og alvorlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b, s. 2).

En nærmere beskrivelse av psykososiale lavterskeltilbud til studenter, som denne studien spesifikt utforsker, er å finne i kapittel 3.

### 1.5.2 Helse: mental helse og psykisk helse

Begrepet *helse* har forandret seg mye over tid. Rundt år 1850 ble helse betegnet som fravær av sykdom. I dag kan dette synes å være en problematisk forklaring, ettersom det legger for mye vekt på sykdom. Man kan oppleve et godt liv og dermed god helse, selv om man har kronisk sykdom. WHO forklarer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO i Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 22). Definisjonen til WHO blir kritisert for å mer eller mindre gjøre alle syke, ettersom det er få som oppfyller definisjonen krav.

«Mental helse» og «psykisk helse» brukes litt om hverandre i litteratur jeg har anvendt i denne studien. For meg kan det oppleves som at det er mest vanlig å bruke «mental health» på engelsk, for eksempel av WHO, og mest vanlig å bruke «psykisk helse» på norsk. Jeg har valgt å bruke «psykisk helse» i denne studien.

*Psykisk helse* brukes, ifølge Folkehelseinstituttet, ofte som et felles begrep som omhandler alt mellom god psykisk helse og dårlig psykisk helse og lidelser. God psykisk helse kan være faktorer som det å mestre livet og dets utfordringer. I praksis vil dette være alt fra helsefremmende- og forebyggende tiltak, til behandling og rehabilitering som er å finne både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, altså primær- og sekundærtjenesten (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10).

### 1.5.3 Velferd og livskvalitet

Når man snakker om psykisk helse, vil det være passende å også forklare begrepene livskvalitet og velferd. Disse to begrepene kan være med på å danne grunnlaget for menneskets psykiske helse. *Livskvalitet* omhandler menneskers oppfatning av livet generelt sett og om de opplever å mestre det. Mennesker kan oppleve å ha god livskvalitet til tross for sykdom. God livskvalitet kan videre danne grunnlaget for relasjoner, mestring, engasjement og god (psykisk) helse (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10). God livskvalitet kan synes å innebære flere aspekter, herunder psykisk helse.

Begrepet *velferd*, kan omhandle ulike aspekter, avhengig av i hvilken sammenheng det blir brukt. Generelt sett betyr velferd å ha det godt. Begrepet knyttes ofte opp mot samfunnets økonomiske system, og viser til menneskets levestandard i henhold til materielle goder og muligheter. Eksempelvis tilgang på offentlige tjenester, bolig, samt arbeid og fritidssysler (Allardt, 1975, s. 12; Tjernshaugen, 2021). En nærmere beskrivelse av velferd i henhold til «studentvelferdstjenester», er å finne i kapittel 3, hvor psykososiale lavterskeltilbud for studenter beskrives.

### 1.5.4 Psykiske plager og psykiske lidelser

Jeg har valgt å skille psykiske plager og psykiske lidelser i tråd med Folkehelseinstituttets (2018) definisjoner. *Psykiske plager* vil da betegnes som en negativ tilstand som oppfattes belastende for mennesket, som for eksempel nedstemthet, men som ikke vil kunne kategoriseres som en lidelse og som ikke er forankret i en diagnosekode (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10).

*Psykiske lidelser* vil omfatte en mer alvorlig grad av psykiske plager. Det vil kunne brukes for å betegne mer alvorlige tilstander, som for eksempel psykoselidelser eller alvorlig depresjon.

Ved psykiske lidelser er det vanlig at diagnostiske kriterier er til stede. Her benytter man seg av den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer, og beslektede helseproblemer (ICD) som revideres jevnlig (dagens reviderte utgave heter ICD-10). ICD blir benyttet til å kartlegge symptombildet. Eksempel på psykisk lidelse kan være schizofreni, unnvikende personlighetsforstyrrelse og bipolar affektiv lidelse være (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10-11; World Health Organization, 2022).

#### 1.5.5 Helsefremmende- og forebyggende arbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid omtales ofte i sammenheng med hverandre. Arbeid som omtales som *helsefremmende*, handler om å ivareta mennesker slik at de på best mulig måte unngår å utvikle sykdom. Helsefremmende – og forebyggende arbeid forsøker å ivareta menneskers livskvalitet, samt deres mulighet til å mestre belastninger og utfordringer i livet (Braut, 2022).

*Forebyggende arbeid* handler om å minimere sannsynligheten og redusere muligheten for at problemer og utfordringer oppleves belastende for mennesket. Man forsøker å forhindre at mennesker opplever at problemene fører til sykdom og/eller skader (Skjetne, 2020).

Sammen handler helsefremmende- og forebyggende arbeid i en psykisk helse- kontekst, om å bedre menneskers livskvalitet, samt skape et trygt grunnlag slik at problemer ikke eskalerer og kan føre til alvorlige psykiske problemer eller lidelser for det enkelte mennesket. I denne studien vil vi se hvordan studiens deltakere som arbeider i psykososiale lavterskeltilbud for studenter, utfører helsefremmende- og forebyggende arbeid.

#### 1.5.6 Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

*Primærhelsetjenesten* vil si helsetjenester som ligger på et lokalt nivå, utenfor institusjoner. Her legges det stor vekt på helsefremmende- og forebyggende tiltak, og kan blant annet vise seg som kommunale helsetjenester. Primærhelsetjenesten drives ofte av kommunene og omfatter blant annet fastleger, og andre helse- og omsorgstjenester (Braut, 2018).

*Spesialisthelsetjenesten* er en fellesbetegnelse på den delen av helsevesenet som ligger utenfor primærhelsetjenesten med en mer spesialisert kompetanse. Her diagnostiserer, behandler og rehabiliterer de blant annet pasienter. Pasienter blir henvist til spesialisthelsetjenesten fra primærhelsetjenesten (Helse Midt-Norge, 2017).

## 1.6 Studiens videre oppbygning

Nå har jeg innledningsvis, i *kapittel 1*, gjort rede for bakgrunnen for at denne studien skal svare på problemstillingen: *Hvordan fremstår psykososiale lavterskeltilbud til studenter i ansattes beskrivelser av egen praksis?* Jeg har her lagt frem min forforståelse for studien, samt trukket frem og gjort rede for de mest relevante begrepene for denne studien.

I *kapittel 2*, forklarer jeg hva sosialt arbeid er, sosialt arbeid i praksis, og hva sosiale problemer er. I dette kapittelet beskriver jeg hvordan studien av ansattes beskrivelser av psykososiale lavterskeltilbud er relevant i henhold til sosialt arbeid, og eksemplifiserer dette gjennom en kort beskrivelse av hvordan de ansatte beskriver tilbudet.

I *kapittel 3*, gir jeg en forklaring på studentsamskipnader og psykososiale lavterskeltilbud for studenter. Dette blir forklart gjennom bruk av lovverket til både læresteder og studentsamskipnader. I tillegg forklarer jeg helsetilbudet i studentsamskipnadene gjennom hvordan de selv presenterer sine tilbud på sine respektive hjemmesider.

*Kapittel 4* handler blant annet om studier og rapporter som alle omhandler psykisk helse i et globalt, og nasjonalt perspektiv. Her blir det lagt vekt på en rapport fra WHO, som beskriver psykisk helse i et globalt perspektiv. For å forklare psykisk helse i Norge, blir det lagt frem blant annet strategier, folkehelsemeldinger og stortingsmeldinger fra Regjeringen. Videre brukes Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) (2022) til å beskrive studentenes psykiske helse.

Det teoretiske rammeverket rundt oppgaven, legger jeg frem i *kapittel 5*. Her gjør jeg greie for hvordan Svalastog, Kristoffersen og Lile (2019) beskriver, og forklarer psykososialt arbeid. Tilgjengelighetsteorien av Schaffer og Huang (1997) bruker jeg til å forstå studentenes, og de ansattes utfordringer knyttet til lavterskeltilbudets tilgjengelighet gjennom tre barrierer, og en tilleggsbarriere utviklet av Lundberg (2012). Til slutt bruker jeg Madsen (2018) for å forsøke å svare på hvorfor unge og studenter sliter mer psykisk i dag enn tidligere.

*Kapittel 6*, handler om metodisk tilnærming. Her gjør jeg greie for hva det vil si å utføre en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju, med et fenomenologisk utgangspunkt. I denne

delen vil blant annet rekrutteringsprosessen bli beskrevet, deltakerne i studien vil bli presentert og det vil forklares hvordan intervjuene ble gjennomført. Til slutt i kapitlet beskriver jeg analyseprosessen, som var tematisk.

I *kapittel 7* presenterer jeg de funnene som analysen av datamaterialet ført frem til. Jeg presenterer tre funn som underbygges av sitater fra intervjuene. Til slutt i kapitlet gir jeg en oppsummering av alle funnene.

I *kapittel 8* drøfter jeg funnene opp mot teorier, samt annen relevant litteratur, som blir nevnt i denne studien. Her beskrives det deltakerne forklarer og beskriver rundt tilbudet, i lys av relevant teori og blant annet rapporter, stortingsmeldinger og offentlige strategier. Til slutt i kapitlet oppsummerer jeg drøftingens hovedtrekk.

I *kapittel 9* reflekterer jeg rundt min egen forsknings kvalitet. Jeg beskriver i dette kapitlet hvordan oppgaven stiller seg i forhold til blant annet pålitelighet og gyldighet som er to sentrale kriterier for å sjekke forskningens kvalitet i kvalitativ forskning.

*Kapittel 10* handler om etiske betraktninger. Her legges frem og forklares de valg og hensyn som et tatt for eksempelvis å ivareta personvernet til studiens deltakere. Kapitlet tar for seg etiske retningslinjer som Kvale og Brinkmann (2015) og Tjora (2021) beskriver som viktig å overholde. I tillegg forklares det ulike aspekter rundt det å utføre et intervju via et videomøteverktøy som Zoom.

*Kapittel 11* inneholder en oppsummering av drøftingen og et forslag til en konklusjon. I tillegg reflekterer jeg rundt min egen erfaring med studien, og de tanker og erfaringer jeg sitter igjen med i slutfasen av studien.

Til slutt i studien, finner vi referanseliste, samt en egen referanseliste over nettsidene til alle studentsamskipnadene i landet sine helsetilbud. I vedleggene ligger godkjenningen fra NSD, informasjonsskrivet deltakerne i studien fikk tilsendt, samt intervjuguiden som ble anvendt i henhold til intervjuene.

## Kapittel 2: Studiens relevans for feltet sosialt arbeid

Denne studien er utført i tilknytning til mastergraden i sosiologi og sosialt arbeid. Jeg vil derfor gjøre rede for hvorfor en studie av ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud for studenter er relevant i henhold til sosialt arbeid.

### 2.1 Hva er sosialt arbeid?

Det sosiale begrepet, kom inn i språket, som et forsøk på å rette arbeid og hjelp, mot de sosiale problemene i samfunnet på slutten av 1700 – tallet. Selv om det kan være vanskelig å tidfeste sosialt arbeid som fagdisiplin, kan man si at faget vokste frem på 1800-tallet. På den tiden var samfunnet i en utvikling som gjorde forskjellene mellom mennesker større. Blant annet var samfunnsbildet på 1800- tallet preget av utfordringer og problemer knyttet opp mot fattigdom (Ellingsen & Levin, 2016, s. 53). Selv om kvinner på den tiden hadde lite innflytelse i samfunnet, var det tre kvinner som var sentrale for fagets utvikling: Octavia Hill, Mary Richmond og Jane Addams (Ellingsen & Levin, 2016, s. 54-55). Octavia Hill hjalp fattige mennesker, og særlig barn, med å bedre deres boforhold. Hun så forbi menneskenes sosiale problemer og så dem på lik linje som folk flest, til tross for at de levde i slumområder (Ellingsen & Levin, 2016, s. 54). I likhet med Octavia Hill, arbeidet både Mary Richmond og Jane Addams for å bedre de fattiges levekår. De arbeidet i tillegg for kvinners rettigheter. Mary Richmond og Jane Addams mente begge at sosiale problemer kom som et resultat av samfunnsmessige forhold (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2016, s. 24). Alle tre, Octavia Hill, Mary Richmond og Jane Addams, arbeidet mot det som faget også i dag handler om - å hjelpe mennesker med sosiale problemer og å se personen i situasjonen (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2016, s. 19).

Sosialt arbeid i Norge, har en todelt utviklingslinje. Den ene av utviklingslinjene startet under industrialiseringen på 1800-tallet. På den tiden var Eilert Sundt sentralt i å betegne problemene som vokste frem i kjølvannet av industrialiseringen som så store og omfattende at man måtte iverksette tiltak. Eilert Sundt tilegnet seg kunnskap gjennom å aktivt oppsøke de fattige i samfunnet. Det ga samfunnet en ny måte å se på sosiale problemer på (Ellingsen & Levin, 2016, s. 60).

Den andre utviklingslinjen vokste frem i Norge etter andre verdenskrig. Allerede før andre verdenskrig ble det satt ned en komité som skulle utforske anvendelsen av sosialt arbeid i samfunnet. Etter krigen stod samfunnet igjen med en rekke velferdsproblemer og et samfunn



som stod klar i utviklingen av nye velferdssystemer. Her vokste også sosialt arbeid som en utdanning videre frem. Fra den tid og frem til i dag, ble det blant annet utarbeidet flere nye lover som tydeliggjorde sosialarbeidernes ansvarsområde i velferdsstaten (Ellingsen & Levin, 2016, s. 61).

Sosialt arbeid handler om hvordan samfunnet og individene gjensidig påvirker hverandre. Å forebygge og motvirke sosiale problemer, er sentralt i sosialt arbeids utøvelse av faget. Fellesorganisasjonen (FO) beskriver, og definerer sosialt arbeid på følgende måte:

Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsippene om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfold er sentrale i sosialt arbeid. På grunnlag av teorier i sosialt arbeid, andre samfunnsvitenskapelige disipliner, humaniora og urfolkskunnskap involverer sosialt arbeid mennesker og strukturer for å møte utfordringer i livet og styrke menneskers livskår (FO, 2017, s. 3).

## 2.2 Sosialt arbeid i praksis

I lys av definisjonen til FO, kan det synes at sosialt arbeid er å finne i en rekke felt, blant annet i Nav, barnevernet og psykisk helse. Sosialt arbeid er en type hjelpearbeid. I praksis varierer dette ut ifra hvilket felt og arbeidsplass en tilhører. For eksempel i lys av denne oppgaven, vil sosialt arbeids praksis i det psykiske helsefeltet omhandle alt fra å tilrettelegge og få på plass oppfølging passende til den enkelte, til å arbeide med psykososial oppfølging samt motivasjon og arbeidstrening (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2016, s. 22). Som en forståelse av feltet, kan en som arbeider innenfor sosialt arbeid, også utføre psykososialt arbeid. Sosialt arbeid i praksis kan videre omfatte barn og unge som eksempelvis ikke mestrer eller trives på skolen av psykososiale årsaker (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2016, s. 23). Det kan også på mange måter omfatte de ansatte i psykososiale lavterskeltilbud. Som det vil fremkomme i studien, beskriver de et arbeid som omfatter det å hjelpe studenter med hverdagslige utfordringer og problemer - milde psykiske problemer. I tillegg er det varierende utdanningsbakgrunn til de ansatte i psykososiale lavterskeltilbud. På arbeidsplassen kan man blant annet finne sosionomer. En av deltakerne i denne studien har en grunnutdanning i sosialt arbeid og er videreutdannet klinisk sosionom.

Ifølge FO (2017, s. 3) omhandler det sosiale profesjonsarbeidet «å fremme sosial endring, sosial utvikling, sosialt samhold og myndiggjøring og frigjøring av mennesket». I lys av

hvordan FO forklarer det sosiale profesjonsarbeidet, vil man kunne se en sammenheng av hvordan de ansatte beskriver arbeidet de utfører. Når de ansatte beskriver tilbudet som helsefremmende og forebyggende kan det synes at dette er en parallell til sosial utvikling og frigjøring av mennesket. Når de ansatte videre beskriver at det i hovedsak er studenter med hverdagsproblematikk og som har nytte av å senke høye krav til seg selv, kan vi igjen trekke paralleller til myndiggjøring og sosial endring. Det vil forklares nærmere hvordan de ansatte i psykososiale lavterskeltilbud beskriver tilbudet i kapittel 7: presentasjon av funn.

### 2.3 Sosialt problem

Videre i denne studien skal vi se at unge og studenter opplever i større grad enn tidligere psykiske problemer og lidelser. Psykiske problemer vil kunne karakteriseres som et sosialt problem. Det finnes mange ulike måter å definere sosiale problemer på. En av dem er utviklet av Weinberg og Rubington i 2011 som sier at: «sosiale problemer er en påstått situasjon som bryter med en betydelig gruppe personers verdier og hvor det er enighet om at handling er nødvendig for å endre situasjonen» (Ellingsen & Levin, 2016, s. 49). Selv om denne definisjonen er mye brukt, er det likevel kritiske aspekter ved anvendelse av den. Blant annet forutsetter definisjonen at det foreligger en enighet om at endring er nødvendig (Ellingsen & Levin, 2016, s. 49). Et sosialt problem kan oppleves og oppfattes som et problem for noen, mens for andre som befinner seg i en tilsvarende situasjon, vil situasjonen muligens ikke bli betegnet som problematisk. Sosiale problemer har derfor en subjektiv definisjon, på bakgrunn av hvorvidt enkeltpersonen selv opplever situasjonen som problematisk eller ikke. Likevel kan vi i lys av definisjonen til Weinberg og Rubington forklare sosialt arbeid som samfunnsmessige forhold som påvirker mennesker. Om et enkelt menneske opplever en situasjon som problematisk, vil det kalles et problem, men om en større gruppe mennesker opplever et fenomen som problematisk, vil det være et sosialt problem (Ellingsen & Levin, 2016, s. 50).

Alt i alt vil sosialt arbeid omhandle en rekke felt i samfunnet, herunder psykisk helse.

Utfordringen med at unge voksne og studenter i økende grad opplever psykiske problemer og lidelser, vil kunne betegnes som et sosialt problem, ettersom det er en større gruppe i samfunnet som opplever det slik. Det er sentralt i sosialt arbeids praksisfelt. De ansatte i psykososiale lavterskeltilbud beskriver en problematikk som vil, i lys av det som er redegjort for i dette kapitlet, være relevant i henhold til sosialt arbeid. I tillegg finner man sosionomer i psykososiale lavterskeltilbud for studenter. Selv om de ansatte her utfører psykososialt

arbeid, kan de ha med seg grunnprinsippene og det sosiale profesjonsarbeidet innen sosialt arbeid. Sosialt arbeid omfatter altså på mange måter psykososialt arbeid.

## 2.4 En sosiologisk tilnærming til studien

Studien er i hovedsak rettet mot feltet sosialt arbeid. For å argumentere for at studien har mange sider, kan man trekke inn oppgavens sosiologiske sider, som også er sentralt i sosialt arbeid.

Ett av mange hovedtrekk sosiologien er opptatt av å studere, er samfunnsmessige forhold og hvordan individer forholder seg til dette. Man studerer ikke enkeltstående fenomener, men snarer hvordan fenomenene oppstår i en samfunnsmessig kontekst (Repstad, 2007, s. 17). Store Norske Leksikon legger frem en definisjon av sosiologi som «en samfunnsvitenskap som studerer forutsetningene for, oppkomsten av og samspillet mellom samfunnets ulike elementer» (Tjora, 2022). Sosiologi studerer grunnleggende sosiale forhold som blant annet sosiale roller, forventninger og maktutøvelse (Repstad, 2007, s. 16). Sosiologi kan omhandle og passe inn under svært mange felt. Likevel argumenterer nestor i sosiologi, Vilhelm Aubert, at sosiologi er svært passende blant annet i henhold til regional planlegging, samfunnspolitikk og sosialt arbeid. Aubert forklarer sosiologi som passende for sosialt arbeid fordi «sosiologi gir redskaper til en analyse av individets totale situasjon, som arbeidstaker, familiemedlem, medlem av lokalsamfunnet, eventuelt som pasient eller avviker» (Repstad, 2007, s. 14).

I lys av en sosiologisk forståelse, kan man argumentere for at studien studerer sosiale forhold ved å se på blant annet årsaksforklaringer til hvorfor studenter opplever psykiske problemer. Videre undersøkes velferdsinstitusjonen: psykososiale lavterskeltilbud, i lys av hvordan de ansatte beskriver tilbudet. Ettersom sosiologi og sosialt arbeid på mange områder henger tett sammen, vil oppgaven også kunne leses som en sosiologisk studie.

## Kapittel 3: Forskningskonteksten

I dette kapittelet vil jeg gi en nærmere beskrivelse av hva en studentsamskipnad er og hvordan studentsamskipnadens helsetjeneste beskriver seg selv, og sine tilbud på sine hjemmesider.

### 3.1 Psykososiale lavterskeltilbud for studenter

I løpet av høsten 2021 var det registrert 304 900 studenter ved høyskoler og universitetet i Norge (Nygård, 2022). Studenter er tilknyttet et lærested, som igjen er innlemmet under lov om universiteter og høyskoler. Her beskrives det hvordan utdanningsinstitusjonen står ansvarlig for at studentenes læringsmiljø, helse, sikkerhet og velferd blir ivaretatt (universitets- og høyskoleloven, 2005, §4- 3).

Læringsmiljøet er de forholdene som virker inn på studentenes muligheter til å tilegne seg kunnskap, og som er av betydning for studentenes fysiske og psykososiale helse. I et helhetlig læringsmiljø inngår fysiske, digitale, organisatoriske, pedagogiske og psykososiale forhold som det av det helhetlige læringsmiljøet [...] (universitets- og høyskoleloven, 2005, §4-3).

Studentenes læringsmiljø og velferd blir ivaretatt gjennom et samarbeid mellom lærestedet og den tilhørende studentsamskipnaden (universitets- og høyskoleloven, 2005, §4- 3).

Studentsamskipnadene er igjen underlagt studentsamskipnadsloven (2008). I forskriften om studentsamskipnader står det hva som inngår i begrepet «studentvelferdstjenester».

«Studentvelferdstjenester er tjenester til studenter innen kantine, bolig, trening, helse- og omsorgstjenester, barnehageplasser til barn av studenter og salg av studielitteratur til studenter» (forskrift om studentsamskipnader, 2008, § 8).

I en NOU (Norges offentlige utredninger) fremlagt av Kunnskapsdepartementet (2020), beskrives studentsamskipnaders virkeområde samt deres mandat. I 2020 ble det registrert at det finnes det 14 studentsamskipnader i Norge som alle er tilknyttet et av landets universiteter eller høyskoler. Her blir det beskrevet at studentsamskipnader skal ivareta studentenes velferdstjenester. Studentsamskipnadene skal i tillegg være et supplement til de offentlige tilbudene, på områder hvor markedet ikke leverer tilstrekkelige tilbud eller der hvor slike tilbud er for kostbare. Studentsamskipnadene er private aktører, med en grunnfinansiering av Kunnskapsdepartementet (NOU 2020: 3, s. 351; Samskipnadsrådet, 2021).

Studentsamskipnadene er organisert med et styre på toppen, som forvalter de ulike delene av en studentsamskipnad. Studentsamskipnadene er en brukerstyrt organisasjon, som vil si at studentene innehar en viktig rolle i organisasjonen. Det innebærer blant annet at studentene er representert i styret. De fleste studentsamskipnader har en administrerende direktør som er ansvarlig for driften, som er plassert over styret. Ut over at studentsamskipnadene skal ivareta

studentenes velferd, står studentsamskipnadene relativt fritt til å fordele ressursene slik de ønsker til sine tilbud (NOU 2020: 3, s. 351).

Ved en gjennomgang av alle landets studentsamskipnaders hjemmesider fant jeg både likheter og variasjoner når det gjelder helsetilbudenes form og innhold (se egen referanseliste, s. 78). Alle helsetilbudene beskriver at de ikke er et akutttilbud, men at de kan bistå omkring utfordringer som er koblet opp mot ensomhet, relasjonsproblemer, stress, angstsymptomer, mat, rus, sorg som eksempler på problemer de kan hjelpe studentene med. Gjennom setninger som «det er greit å ikke ha det greit, vi er her for deg» (studentsamskipnadens i sørøst Norge), «når du trenger noen å snakke høyt med» (studentsamskipnaden i Molde) eller «våre ansatte hjelper deg til at du får den hjelpen du trenger» (studentsamskipnaden i Stavanger) gir studentsamskipnadens helsetilbud uttrykk for at studentene skal kunne komme med de problemene de måtte ha. Enten får de hjelp ved den aktuelle studentsamskipnadens helsetjeneste, eller at de blir veiledet og gitt råd om hvor riktig hjelp til den enkeltes utfordringer er å finne.

Når det gjelder variasjoner mellom helsetilbudene, er dette i hovedsak knyttet til de ulike lærestedenes størrelse. Det vil si at de større lærestedene vi har i landet har et mer omfattende helsetilbud, og har da gjerne tilleggstjenester ut over lavterskeltilbudet. Eksempelvis har større læresteder psykolog tilgjengelig, eller et samarbeider med en psykologtjeneste som lavterskeltilbudene kan henvise studentene videre til. De mindre lærestedene har ofte et sammensatt tilbud, hvor de kan hjelpe studentene med praktiske utfordringer knyttet til det å være ny student, men også psykososiale faktorer som stress, søvn og nedstemthet. I noen tilfeller har ikke små læresteder separate helsetilbud og har derfor et samarbeid mellom de kommunale helsetjenestene. Jo mindre lærestedene er, jo færre ansatte er det også i helsetilbudet.

De ansatte i studentsamskipnadens helsetilbud, er av ulik utdanningsbakgrunn og det kan være variasjoner i hvilken sammensetning som er å finne på det aktuelle lærestedet. De ulike bakgrunnene de ansatte har, kan være blant annet sosionom, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, familieterapeut, samtalerapeut og prest. Likheten for de fleste, er at de alle har en helsefaglig bakgrunn og/eller en utdanning som i stor grad baserer seg å hjelpe mennesker på ulik måte.

### 3.2 Kommunale lavterskeltilbud

Ettersom studentsamskipnader er private, og det ikke foreligger noen universelle retningslinjer for deres fordeling av ressurser samt deres mandat. Jeg har derfor valgt å kort se nærmere på psykososiale lavterskeltilbud i kommunen, for å gi et eksempel på psykososiale lavterskeltilbud, som muligens har litt tydeligere rammer rundt tilbudet. Her vil jeg vise til eksempelet Rask psykisk helsehjelp, som er en tjeneste som er utarbeidet likt i alle kommuner som har dette tilbudet, fremfor psykososiale lavterskeltilbud i studentsamskipnader som viser til ulike utforminger.

Kommunene i landet har et lovfestet ansvarsområde om å sikre innbyggerne helse- og omsorgstjenester, herunder tilbud rettet mot psykisk helse (helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §3-1). Slike kommunale tilbud kan omhandle alt mellom helsefremming til lengre oppfølging og behandling av milde helseplager. Ettersom utfordringer knyttet til psykisk helse kan være et problem som rammer ulike kommunale instanser, er ansvarsområdet tydeliggjort mellom disse (Helsedirektoratet, 2021, s. 4). Hvordan de ulike kommunene velger å organisere tilbudene, varierer noe fra kommune til kommune. Likevel er kommunen pålagt å inneha, enten selv, eller fra private aktører, lavterskeltilbud rettet mot psykisk helse. Tilbudene beskrives som i tråd med hva et lavterskeltilbud skal være. Mennesker med en alvorlig og sammensatt problematikk, kan også oppsøke tilbudet. I slike tilfeller vil det være viktig at helsepersonellet i lavterskeltilbudet vurderer om pasienten skal følges opp i tilbudet, eller eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b, s. 3).

Et eksempel på et slik kommunalt lavterskeltilbud innen psykisk helse er Rask psykisk helsehjelp. I 2022 er Rask psykisk helsehjelp -tilbudene å finne i 70 av landets kommuner. Tilbudet er et lavterskeltilbud som kan hjelpe med milde problemer og baserer seg på kognitiv terapi samt veiledet selvhjelp. Tilbudet er i hovedsak rettet mot personer som er 16 år og oppover. Tilbudet bygger på en tanke om at ikke alle trenger langvarig helsehjelp og at mange problemer innen psykisk helse lar seg løse etter et kort behandlingsforløp. Hvorfor Rask psykisk helsehjelp, eller liknende tilbud er viktig for samfunnet, forklares med at det er kunnskapsbaserte tiltak som gir befolkningen en større tilgang og tilgjengelighet til psykisk helsehjelp (NAPHA, 2022).

## Kapittel 4: Psykisk helse i et globalt og nasjonalt perspektiv

I dette kapitlet vil jeg se på psykisk helse i et globalt perspektiv ved hjelp av WHO (World Health Organization) sin største rapport i nyere tid på hvordan det er et økende behov for å bedre psykisk helse på et globalt nivå. Videre vil jeg se nærmere på psykisk helse i Norge generelt. Spesielt rette et fokus mot studentene. Beskrivelsene av norske forhold bygger i hovedsak på Regjeringens strategi for god psykisk helse fra 2017 (Mestre hele livet), og beskrivelsene av studentenes psykiske helse bygger på Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT), som blir gjennomført hvert fjerde år.

### 4.1 Psykisk helse i et globalt perspektiv

I 2022 presenterte WHO en rapport om psykisk helse på et globalt nivå. I denne rapporten vises det økende behovet av å utbedre tjenester knyttet til psykisk helse på en global skala. I 2019 var det nesten 1 milliard mennesker, deriblant 14 % av verdens ungdom, som slet med psykiske lidelser. Det tilsvarer omtrent en av åtte mennesker av verdens befolkning (Elvestuen, 2022).

Innledningsvis presenterer WHO- rapporten et bilde av hvordan menneskers mindre gode psykiske helse er svært kritisk for samfunnet og verden rundt dem. Med en god og stabil psykisk helse, vil mennesker lettere kunne takle blant annet stress, utfordringer som i ulik grad inntreffer livet, se ens egne evner og arbeide med å bidra i positiv forstand til samfunnet (World Health Organization, 2022, s. 11). Mennesker med utfordringer knyttet til sin psykiske helse, vil møte utfordringer i løpet av livet som i stor grad vil svekke den internasjonale utviklingen av samfunnet. WHO beskriver at mennesker med psykiske problemer vil oppleve en rekke problemer som blant annet stigmatisering, manglende grunnleggende rettigheter, isolasjon og manglende eller avbrutt utdanning. Slik begynner WHO i sin rapport å beskrive hvordan psykiske problemer og lidelser er en stor belastning ikke bare for enkeltmennesket, men også for samfunnet og verden rundt dem. Videre understrekes det viktigheten av å prioritere psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 12).

Psykiske helseproblemer er ikke bare en utfordring for enkeltmennesket og samfunnet ellers, det er også en grunnleggende menneskerett, å oppnå høyest mulig standard av. Dette innebærer blant annet at man har rett til å bli beskyttet mot risikoer og farer knyttet til psykisk helse, at man skal ha god tilgang til god og kvalitetssikret hjelp. Dette er det langt fra alle som har. For mange er god psykisk hjelp og omsorg kun å finne på psykiatriske sykehus på grunn av manglende lokalbaserte tilbud innen psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 16). Det understrekes videre at psykisk helse ofte er et sammensatt problem, og derfor argumenteres det for at tilbudet bør etableres og styrkes over flere sektorer og ikke bare i helsesektoren. Mennesker med psykiske problemer har ofte også problemer utenfor det kliniske, som for eksempel sosiale aspekter som økonomiske utfordringer og mangel på bolig, jobb og utdanning. Altså er psykiske problemer ofte sammensatte, og må begrunnes WHO for at de møtes med tverrfaglig behandling og hjelp (World Health Organization, 2022, s. 18).

Selv om psykiske helseutfordringer er et stort problem i samtlige land over hele verden, er det svært mangelfulle data som blir rapportert fra verdens land. WHO beskriver at det har vært en fremgang det siste tiåret på rapportering, som vises ved at omtrent 88- 91 % av verdens land nå rapporterer data på psykisk helse. Det kan synes at dataene fremkommer ofte er utilstrekkelig, på bakgrunn av at de ikke er fullstendige i den forstand at de innehar manglende data på tilgjengeligheten og bruk av de ulike tilbudene (World Health Organization, 2022, s. 52). I de fleste tilfeller fremkommer det mangelfulle rapporter fra lavinntektsland, hvor data fra disse landene ofte kommer fra innleggelser på psykiatriske sykehus. Det er da ikke rapporter fra tilbud i henhold til psykisk helse i primærhelsetjenesten. Etersom lavinntektsland ofte har manglende eller ikke- eksisterende tilbud innen psykisk helse i primærhelsetjenesten. Det fører til problemer med å kunne følge med på utviklingen innen psykisk helse på en global skala, samt å iverksette strategier for økt hjelp og støtte på dette området (World Health Organization, 2022, s. 53).

Et av problemene i verdens land er den lave etterspørselen etter psykisk helsetilbud. WHO peker på blant annet på lite tilgjengelighet, høye kostnader og dårlig kvalitet på landenes allerede eksisterende helsetilbud som årsakene til at mennesker ikke oppsøker hjelp når de trenger det. Her peker WHO på en rekke faktorer som kan spille inn på hvordan mennesker i ulike land ikke oppsøker hjelp ved mentale utfordringer (World Health Organization, 2022, s. 65).



Ifølge WHO kan mangelen på tilgang til psykisk helsetilbud for mange mennesker være en stor utfordring. Ofte kan tilbudene være sentralisert, mangelfulle eller de kan være ikke-eksisterende. I tillegg til å være mangelfulle eller ikke-eksisterende, kan tilbudene for mange være svært kostbare. Mange familier kan risikere fattigdom om de velger å oppsøke hjelp for mentale problemer. Økonomiske utfordringer har høyest forekomst i lavinntektsland (World Health Organization, 2022, s. 65). I tillegg er ofte psykiske helseproblemer tett knyttet opp mot stigma, som igjen er en barriere for mange på veien mot hjelp. Stereotypiske tanker rundt mennesker med psykiske problemer er ofte knyttet opp mot at de eksempelvis kan være late, ha lav intelligens, eller være voldelige eller farlige (World Health Organization, 2022, s. 66).

WHO etterlyser en forbedring innen psykisk helse over hele verden. For å få til en endring skriver de i sin rapport at det er nødvendig å styrke helsesystemet i alle ledd. Blant annet ved å anskaffe dyktig, kompetent og motivert helsepersonell, gode ressurser innen medisinsk utstyr og teknologi, evidensbaserte fremgangsmåter og en sterk og tydelig ledelse. Ved å styrke disse leddene mener WHO at grunnlaget for forandring er lagt (World Health Organization, 2022, s. 105). De som sitter med ansvaret for å få til en forandring, er myndighetene i hvert enkelt land. Etersom det er her nasjonale retningslinjer, lover og planer blir dannet og lagt frem. Ifølge WHO er tallene på land som legger frem konkrete retningslinjer og planer for psykisk helse stadig økende (World Health Organization, 2022, s. 108-109).

Rapporten fra WHO har som sitt formål å bidra til bedre psykisk helse verden over. Psykisk helse har lenge vært et nedprioritert område i helsesammenheng, selv om konsekvensene av dårlig psykisk helse i et globalt perspektiv, kan være kritiske for både enkeltmennesket, samfunnet og verden ellers. WHO understreker viktigheten av å forbedre psykisk helse globalt. Ved å bedre enkeltmenneskets psykiske helse, øker man samtidig landets og verdens motstandsdyktighet mot ulike utfordringer. Sterkere enkeltmennesker, utgjør en sterkere nasjon, eksempelvis fysisk, økonomisk som bidrar til å jevne ut ulikheter mellom mennesker (World Health Organization, 2022, s. 248).

## 4.2 Psykisk helse i Norge

Som WHO, ønsker også regjeringen i Norge å fremme fokuset på psykisk helse blant befolkningen. I 2016 ba Stortinget Regjeringen om å legge frem en helhetlig strategi for

psykisk helse, på bakgrunn av at den forrige rapporten kom i 1998 og gjaldt fra 1999 til 2008. Strategien som regjeringen la frem i 2017, Mestres hele livet, er laget i tråd med WHO's retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet 2017a, s. 7).

Det finnes ingen oppdaterte representative studier som viser tall på forekomsten av psykiske lidelser i den norske befolkningen, verken for voksne eller barn og unge. Derfor har regjeringen satt sammen informasjon fra ulike kilder som til sammen danner et helhetlig bilde av forekomsten av psykiske lidelser i Norge. Ifølge dette bildet vil mellom 30 - 50% av Norges befolkning i løpet av livet få en psykisk lidelse. Det er mye som kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser er økende, men Helse- og omsorgsdepartementet (2017a) skriver at dette ikke er tilfelle. Det begrunnes med at det er befolkningstallet som øker, og dermed blir antallet mennesker med psykiske lidelser også høyere selv om det prosentvis er stabilt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, s. 9). Forekomsten av psykiske lidelser er imidlertid hyppigere blant de som bare har fullført grunnskole, enn blant de med eksempelvis en mastergrad. Når det gjelder barn og unge, kan det se ut som det er en økning fra 1990-tallet til 2000-tallet av andelen unge med psykiske plager. Blant de unge, er det spesielt jenter som er utsatt. Mellom 2010 og 2013 økte antallet unge jenter som fikk utskrevet reseptbelagte antidepressiva kraftig, om vises gjennom tall fra reseptregisteret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, s. 10).

I strategien «Mestre hele livet» blir det lagt vekt på at psykisk helse skal være likestilt med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Ved å øke fokuset og styrke enkeltmenneskenes psykiske helse, vil en samtidig øke enkeltmenneskets livskvalitet. I tråd med WHO, legger strategien til grunn at psykisk helsetilbud bør være et tverrfaglig sammensatt tilbud, og man må derfor øke kunnskap og samarbeide på tvers av ulike sektorer. I 2014 kom det frem at kommunene i Norge ikke hadde tilstrekkelig kunnskap eller ressurser for å kunne tilby innbyggerne sine psykisk helsehjelp. Derfor var psykiske helseproblemer blant de største utfordringene i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, s. 14).

Videre vektlegger strategien at tilgjengelighet er viktig. Det være seg i alle ledd av helsetilbudene, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det bør være lett for befolkningen å oppsøke og å få hjelp om de trenger det. Samtidig trekkes brukermedvirkning og brukerinnflytelse frem som sentrale elementer. Pasienter skal lettere kunne få kunnskap om sin egen sykdom og helsetjenester tilpasset deres behov. I tillegg påpekes det at

samarbeidet på tvers av sektorene må styrkes for å kunne oppnå et helhetlig helsetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, s. 28).

Formålet med «Mestre hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a) er å fremme psykisk helse i alle ledd. For å gjøre dette må ansvarsområdet til hver sektor i det nasjonale, regionale og kommunale helsearbeidet klargjøres (Meld. St. 19 (2018- 2019), s. 71). Det blir trukket frem i «Folkehelsemeldingen» (19 (2018- 2019) at forebyggende helsetjenester er viktige for å kunne fange opp og redusere menneskers psykiske plager senere i livet, samtidig som at tilbud bør bestå av et tverrfaglig samarbeid for å få frem det beste tilbudet. «Med tidleg påvisning og intervensjon kan ein hindre vidare utvikling og avgrense problema. Behandling kan kortast ned, og dei negative konsekvensene kan reduserast» (Meld. St. 19(2018- 2019), s. 72). Ved å tilby mennesker hjelp tidlig, vil regjeringen utbedre tilbudene og senke terskelen for å oppsøke tilbudene. Regjeringen påpeker i Folkehelsemeldingen (20(2018- 2019) at slike tilbud skal være lett tilgjengelige, gratis og uten lange ventelister.

6. oktober 2022, la Regjeringen ut statsbudsjettet for 2023. I statsbudsjettet kommer det frem at regjeringen ønsker å prioritere og å trappe opp tilbudet innen psykisk helse. Det er ventet at en ny opptrappingsplan for psykisk helse skal bli lagt frem våren 2023. I den ligger det en forventning om et større fokus på å styrke lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunene. Ved å gjennomføre dette ønsker regjeringen å styrke de forebyggende helsetjenestene (Regjeringen, 2022). Videre ønsker regjeringen også å styrke kunnskapen rundt psykisk helse for barn og unge ettersom behovet for dette tydelig kom frem under koronapandemien. I statsbudsjettet blir det lagt vekt på å øke tilskuddet til blant annet skolehelsetjenesten og helsestasjoner (Regjeringen, 2022). Som svar på statsbudsjettets prioritering av psykisk helse, sier Haakon Steen, nestleder i Mental Helse at opptrappingen er på tide, men at det ikke vil være tilstrekkelig med tanke på hvor stort behovet er sett i sammenheng med kutt i budsjettet som har blitt gjennomført tidligere. Steen påpeker viktigheten av å bedre barn og unges psykiske helse, ettersom deres psykiske helse bare blir verre (Mental Helse, 2022). «Det er ikke lengre noen helseforetak som innfrir tidsfristen på ventetid. Og vi risikerer at mange faller utenfor dersom de ikke får hjelp» (Haakon Steen, i Mental Helse, 2022). Mental Helse er et av mange tilbud som i statsbudsjettet for 2023, mister øremerkede midler og heller må søke om tilskuddordning. Mental Helse leverer en digital hjelpetjeneste, hvor unge kan ta kontakt gjennom telefon eller chatt. Tilbudet står nå i fare for å måtte kutte både i de ansatte ved tilbudet, men også tilbudets omfang (Mental Helse, 2022).

I mai 2022 publiserte Aftenposten en artikkel som presenterer tall og statistikk, hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB), på antall nedleggelser innenfor psykiatrien de siste atten årene. Siden 2002 har det vært en trend i antall nedleggelser av sengeposter med 2169 færre senger, som igjen utgjør en nedgang på 38 %. Årsaken er at det ble ytret et politisk ønske om å flytte pasienter fra døgnopphold til poliklinisk behandling. Dette vil si at politikerne har kuttet ned på antall innlagte pasienter på eksempelvis døgnposter, for å heller tilby dem en time poliklinisk, hos psykolog. I fjor var antallet polikliniske konsultasjoner på omtrent 3,3 millioner sammenliknet med omtrent 838 000 i 2002. Beregninger Aftenposten har gjort viser at dette har kostet staten, om man justerer priser og lønninger etter dagens sats, nesten 4,7 milliarder kroner. Disse pengene har i hovedsak blitt brukt til innkjøp og innleieing av private helsetjenester, samt lønn og administrasjon. Med dette kan man spørre seg om behovet innen psykiske helsetjenester har sunket. Snarere tvert imot, viser Aftenpostens artikkel. Flere sykehus rapporterer om ventelister på en til to måneder og et økende press på å skrive ut pasienter (Drabløs & Trædal, 2022).

### 4.3 Psykisk helse blant unge og studenter

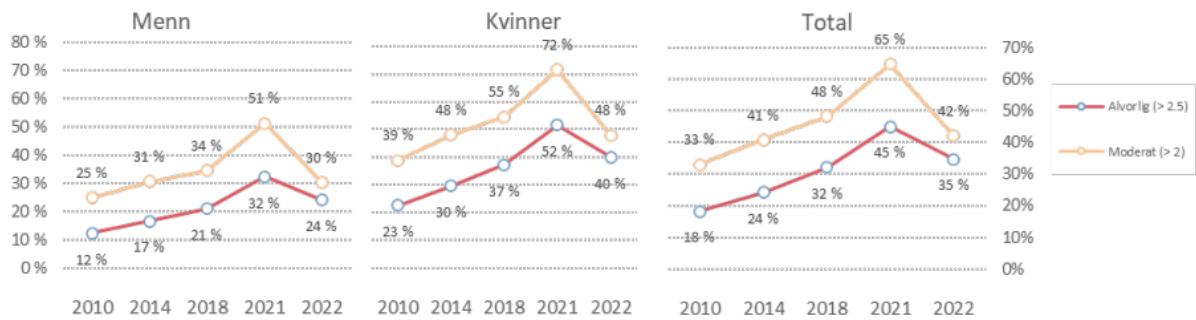
For å bedre befolkningens psykiske helse, vil det være hensiktsmessig å starte prosessen allerede i barneårene. Ved å bedre oppvekstvilkårene for barn og unge, vil man samtidig bedre rammene rundt barn og unges psykiske helse (Meld. St. 19(2018-2019)). I «Folkehelsemeldingen 2018-2019» står det at de fleste barn i Norge har gode opplevelser av helse, men likevel blir det rapportert inn at unge i større grad enn tidligere opplever psykiske utfordringer (Meld. St. 19(2018-2019), s. 25). Undersøkelser viser også at norsk ungdom har gode helseopplevelser. Til tross for dette opplever flere ungdommer å føle seg bekymret, ensomme og stresset, enn de gjorde for omtrent ti år siden (Meld. St. 19(2018-2019), s. 35).

Ifølge «Folkehelsemeldingen» (19(2018-2019)) ser tendensen ut til å være lik når det gjelder studenter. Studentene opplever generelt sett å ha en god livskvalitet, men likevel er det en økende trend at studenter opplever psykiske utfordringer. I «Folkehelsemeldingen» (2018-2019) forklares det hvordan opplevelsen av tilhørighet, - og sosialt nettverk er viktig, og kanskje desto viktigere som student for å skape et grunnlag for å kunne oppnå god trivsel og mestring. Ansvar for studentenes velferd og herunder studentens trivsel, skal legges delt mellom det enkelte lærested og den tilhørende studentsamskipnaden. Selv om studenter, på

lik linje med alle andre i befolkningen, har de samme rettighetene innenfor helse- og omsorgstjenester, har studentsamskipnadene utarbeidet velferdstjenester som skal være spesielt rettet mot studenters behov og livssituasjon. Studenter vil være i en mellomkategori mellom ungdom og voksne, og de er i en særegen livssituasjon. Rapporter som omhandler unge eller voksne generelt, vil derfor ikke være representativ for studentenes tilværelse (Meld. St. 19(2018-2019), s. 38).

Hvert fjerde år blir det utført en undersøkelse som kartlegger helse og trivsel blant alle heltidsstudenter i Norge. Den siste undersøkelsen ble utført i 2022. Før dette ble det utført en tilleggsundersøkelse i forbindelse med koronapandemien i 2021. Forrige hovedrapport kom i 2018. Formålet med undersøkelsen er å kartlegge studentenes helse, livskvalitet og trivsel over tid. Slik kan man følge utviklingen og på en enklere måte bedre studentenes tilværelse. Undersøkelsen tar for seg en rekke faktorer som blant annet studentenes økonomi, bosituasjon og fysisk- og psykisk helse (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 6). WHO ser i sin rapport på psykisk helse som et sammensatt fenomen. Likevel har jeg valgt å hovedsakelig fokusere på studentenes psykiske helse i SHoT- undersøkelsen.

I SHoT- undersøkelsen fra 2022 kommer det frem at andelen studenter som oppgir at de har psykiske plager ligger på 42% av alle studenter. Videre er det 35% som kan kategoriseres som å ha alvorlige psykiske plager, men som ikke vil kunne kategoriseres som psykiske lidelser. De studentene som kan sies å ha psykiske lidelser utgjør 20%. I kategoriene psykiske plager og psykiske lidelser er kvinner noe mer representert enn menn. Som vi kan se i figur 1, så er tallene på studenter med alvorlig psykiske plager, stigende. Fra 2010 var det 18 % som hadde psykiske plager, 24% i 2014, 32% i 2018 og 35% i 2022. Vi kan også se at det er en topp på tilleggsundersøkelsen som kom i 2021 under koronapandemien (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 70-72). Antallet studenter som har hatt tanker om å ta sitt eget liv har steget siden 2018. I 2022 svarer rundt en av fem studenter at de har tanker om å enten skade seg selv eller å ta sitt eget liv, hvorpå 5% oppgir at de har forsøkt å gjennomføre å ta sitt eget liv. Som SHoT – undersøkelsen viser er det 27% kvinner sammenliknet med 11% menns om har hatt utfordringer med suicidale tanker eller gjennomført forsøk på å ta sitt eget liv (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 76).



Figur 1: Utvikling av psykiske plager fra 2010- 2022 (Sivertsen & Johansen, 2022, s 72).

Av alle studentene som har deltatt på SHoT- undersøkelsen, er det 21% som har søkt om hjelp, mens 4% av dem som har søkt hjelp, har fått avslag eller ikke fått den hjelpen de trenger. Av de studentene som oppgir at de mottar tilstrekkelig hjelp, er det 37% som sier de benytter seg av en psykolog/samtalepartner i regi av deres aktuelle studentsamskipnad. Andelen av de som har søkt hjelp, er noe høyere hos kvinner med 17% og 10% hos menn. 1 av 3 av de som benytter seg av et psykologtilbud, benytter seg av dette ukentlig (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 74).

Selv om det er en økning i antall studenter som sliter, viser tall fra SHoT- undersøkelsen (2022) at det er omtrent 60 % studenter som uttrykker tilfredshet og omtrent 15% som er misfornøyde med helsetilbudet i deres tilhørende studentsamskipnad. I en av modellene som blir presentert i SHoT- undersøkelsen, viser det til at det er mellom 20%- 55% som har svart at de verken er fornøyd eller misfornøyd med helsetilbudet (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 34). En av de vanligste fysiske utfordringene er problemer knyttet til søvn. Her oppgir 48% at de føler seg trøtt eller har et lavt energinivå og 25% oppgir å ha søvnproblemer (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 58). Problemer knyttet til søvn er kategorisert under psykisk helse i SHoT-undersøkelsen. I henhold til studentenes sosiale forhold, oppgir 34 % at de har få venner, 29 % kjenner at de savner noen å være med, og 20 % opplever å føle seg isolert (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 83).

Norsk Studentorganisasjon (NSO) belyser studentenes psykiske helse i en resolusjon fra 2022, med tall som bygger på funn fra SHoT undersøkelsen. NSO mener at studentenes psykiske helse ikke blir ivaretatt tilstrekkelig når en av to studenter opplever å være ensomme, en av to sliter psykisk og en av seks har tanker om å ta sitt eget liv.

Studentsamskipnadenes helsetilbud skal fungere som et supplement til de kommunale og

statlige tilbudene. Norsk studentorganisasjon følger opp med å si at studentsamskipnadene skal ha gode forutsetninger for å både møte og se studentenes behov. Tilbudene er presset og det er lange ventelister for studentene som ønsker å oppsøke helsetilbudene i den aktuelle studentsamskipnaden. Derfor bør helsetilbudene innen forebygging og behandling styrkes. I likhet med hva WHO påpekte, så mener også Norsk Studentorganisasjon at det vil være mer lønnsomt å styrke forebyggende helsetilbud, både for den enkelte som sliter, men også for helsevesenet som helhet (Norsk Studentorganisasjon, 2022).

I en artikkel i Aftenposten tidligere i år, svarte nåværende helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol på hvordan hun vil løse økningen av barn og unge med psykiske utfordringer. Her uttrykker hun viktigheten av å ivareta barn og unges psykiske helse gjennom å styrke tilbudet til de unge ved å ansette flere og øke kapasiteten til disse tilbudene. Videre påpeker hun at man må utarbeide et like godt tilbud for dem med psykiske problemer som for dem med fysiske problemer. Når hun blir spurt om hun anser økningen av barn og unge med psykiske problemer som en krise, svarer hun:

Vi har en stor utfordring. Men om det er en krise eller ikke, får vi først svar på om 10-20 år. Det er da vi ser om de har klart seg, eller om de havner utenfor arbeidslivet og får et liv de ikke mestrer (Kjerkol i Hallgren & Skogstrøm, 2022).

Siden 2010 har andelen unge som opplyser at de har positive tanker om livet og deres fremtid gått ned. Likevel er statistikken her fortsatt relativt høy. I kontrast til dette er det flere og flere unge som opplyser at de har bekymringer for egen fremtid når det kommer til jobb og økonomi. Disse oppgir i tillegg å ha psykiske plager og psykiske lidelser. «Dette er noe som må tas på alvor» (Madsen, Eriksen & Soest, 2022, s. 30).

## Kapittel 5: Teoretiske perspektiver

Jeg har valgt å sette sammen et teoretisk rammeverk av to begrepspar og en teori som jeg finner relevant for en studie av psykososiale lavterskeltilbud for studenter: Begrepsparene psykososialt arbeid og generasjon prestasjon, og tilgjengelighetsteorien. Jeg har valgt å bruke tilgjengelighetsteorien slik den er presentert i Bleiklie, Jacobsen og Thorsvik (1997) av den grunn at originallitteraturen av Schaffer og Huang var utfordrende å få tilgang til. Den eneste kilden jeg fant, var bak en betalingsmur og krevde månedlige abonnement. Bleiklie, Jacobsen

og Thorsvik (1997) viste seg å være den mest anvendte kilden der originallitteratur ikke var anvendt.

## 5.1 Psykososialt arbeid

Begrepet psykososialt rommer «en antakelse om at menneskers psykologiske liv henger sammen med dets sosiale liv» (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 18). Som vi allerede har sett i kapittel 4, påpeker regjeringen i sin strategi for god psykisk helse (2017-2022) viktigheten av at psykiske helsetilbud bør være tverrfaglige og sammensatte tilbud.

Psykososialt arbeid tar utgangspunkt i at livet er sammensatt av flere dimensjoner som påvirker hverandre, og at disse må sees i sammenheng med hverandre og i tillegg som en helhet. I psykososialt arbeid forsøkes det å knytte bånd mellom det psykologiske og det sosiale feltet rundt mennesket. Psykososialt arbeid som fagdisiplin er relativt nytt, men det er samtidig en sammensetning av allerede godt etablerte disipliner innenfor helsefaglige, samfunnsfaglige og kulturelle fag. Psykososialt arbeid tar for seg problemer som kan sees å være en kombinasjon mellom de utfordringer et menneske møter innenfor helsefeltet og det sosiale feltet (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 18).

Begrepet i seg selv, - er todelt. Ordet består av *psyko* som viser til det psykologiske og *sosio* som viser til det sosiale. Dermed forklarer begrepene en helhet til psykologiske forhold som også påvirker det sosiale. Sosiale forhold som kan påvirke mennesket kognitivt, og menneskets psykiske helse kan eksempelvis være miljøet på skolen eller en arbeidsplass, oppvekstmiljø eller et menneske sine økonomiske forhold. Dette er faktorer som igjen kan ha innvirkning på menneskets psykologiske liv (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 18; Svartdal, 2020).

Svalastog, Kristoffersen og Lile trekker frem tre ulike temaer som alle har stor betydning innenfor psykososialt arbeid sin yrkesutøvelse, og forskning på praksisfeltet. Det første temaet omhandler arbeidet som er rettet mot sosial og økonomisk helse. Innenfor dette feltet blir psykososialt arbeid ofte brukt til å beskytte, og ivareta enkeltmenneskets behov for sårbarheter, ved å rette fokuset mot, og arbeide for å redusere sosiale og økonomiske ulikheter i samfunnet som igjen påvirker menneskers helse. Et eksempel på faktorer som psykososialt arbeid jobber for å beskytte mennesker fra, kan være vold, rus og/eller psykiske utfordringer.



Psykososialt arbeid innenfor dette temaet arbeider i hovedsak helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 19-20).

Det andre temaet handler om godt psykososialt miljø i skolen og på arbeidsplassen. Innenfor dette temaet vil psykososialt arbeid i all hovedsak handle om å motvirke mobbing, trakassering, og vold med mer. I tillegg finnes det allerede eksisterende lovverk som skal være med på å ivareta menneskers rett til et godt psykososialt miljø både i skolen og på arbeidsplassen. Psykososialt arbeid vil her sette fokus på at mennesker skal bli møtt med respekt knyttet til identitet, kjønn, og legning med mer (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 20).

Det tredje, og siste temaet som blir trukket frem som essensielle innenfor det psykososiale feltet, handler om individrettet (bio) psykososialt arbeid. Dette vil si at man ser på mennesket som helhet, og hvordan det somatiske og det psykiske aspektet rundt mennesket påvirker hverandre gjensidig, og må derfor sees i sammenheng med hverandre. Mennesket blir her forstått samlet ut ifra kroppslige, sosiale, mentale og åndelige faktorer (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 21).

Svalastog, Kristoffersen og Lile (2019, s. 22) trekker frem helse og velferd som et overordnet mål for psykososialt arbeid selv om praksisfeltet innenfor fagdisiplinen begrunnes for å være veldig bredt. Begrepet *helse* har vært i stadig endring gjennom årene på grunn av utvikling av nye medisiner, metoder, og erfaringer har også begrepet forandret seg. Helsebegrepet har ulik betydning ut ifra hvilket fagfelt som omtaler det. Helse blir ofte i psykologi knyttet opp mot mestring, i samfunnsfag brukes det om funksjon, mens i sosiologi, og filosofi blir det knyttet opp mot menneskets evne til å realisere egne mål og utvikle seg selv (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2010, s. 22). «Helse er en likevektstilstand hvor verdier må kunne realiseres på en brukbar måte» (Fugelli & Ingstad, 2001, i Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 23). Som i begrepet helse, finnes det også ulike dimensjoner på begrepet «velferd» ut ifra hvilket fagfelt som forklarer begrepet. I psykososialt arbeid handler velferd om ivaretagelse av menneskers sikkerhet i kontakt med institusjoner. Det innebærer at anvendelse av velferd skal respektere og beskytte menneskers rettigheter (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 24).

Generelt sett handler både helse og velferd om det beste for enkeltmennesket og samfunnet. Uansett yrkesgruppe, vil de som utøver psykososialt arbeid følge retningslinjer som er

utarbeidet av staten med mennesket og samfunnet sin beste hensikt som grunnlag. Selv om organiseringen av arbeidet er utarbeidet med gode intensjoner, vil det likevel oppstå hendelser som oppfattes uheldige for enkeltmennesket, og i noen tilfeller føre til økonomiske erstatninger. Det er derfor nødvendig å kritisk vurdere det psykososiale arbeidet en ansatt utfører for andre menneskers livskvalitet (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 25).

## 5.2 Tilgjengelighetsteorien

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet skal lavterskeltilbud være lett tilgjengelig for brukergruppen. Det betyr blant annet at det ikke skal være nødvendig å ha henvisning eller bestille time for å benytte seg av lavterskeltilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2). Schaffer og Huang utviklet i 1975 en teori som beskriver samhandlingen mellom forvaltningen og brukeren. *Distribution and the theory of access* som på norsk blir oversatt til tilgjengelighetsteorien. Schaffer og Huang utviklet teorien i forbindelse med hvordan bistand fordeles i utviklingsland. I Norge har teorien blitt mye brukt og videreutviklet på 1970- og 1980- tallet for å se på og lettere forstå fordelingen av det offentlige forvaltningssystemet sine goder, og samhandlingen mellom brukere og offentlige tjenester (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 307; Lundberg, 2012, s. 25).

Teorien ser på oppbygningen av forvaltningssystemer og samhandlingsproblemer som kan oppstå ved fordeling av offentlige goder, i forholdet mellom det offentlige og brukeren av offentlige tiltak. Tilgjengelighetsteorien tar utgangspunkt i problemene og utfordringene som potensielt kan inntreffe brukeren i møtet med hvordan forvaltningssystemer fordeler velferdsgoder.

Samhandlingens mangfold og kompleksitet er her begrenset ved å betrakte samhandlingen mellom forvaltningen og brukerne som en bestemt sekvens av handlinger som potensielle brukere må gjennomføre for å få tilgang til et offentlig gode, og konsentrere oppmerksomheten omkring hvilke krav struktureringen av forholdet mellom forvaltningen og brukernes atferd for å få tilgang til godet (Thorsvik, 2004, s. 182- 183).

Fordeler ved å se på forholdet mellom brukeren og forvaltningssystemet, er blant annet at svakheter vil ligge i struktureringen av forholdet mellom disse partene, og ikke hos brukeren selv. Ressurssvake brukere vil dermed ikke kunne stilles som ansvarlig, dersom problemer skulle oppstå (Thorsvik, 2004 s, 183).

Schaffer og Huang skiller mellom to typer tilgjengelighetsstrukturer. I en enkel tilgjengelighetsstruktur vil det være uproblematisk å fordele godene. Reglene er fastsatte, adekvate og stabile over tid og dermed lette for brukeren å forholde seg til. Dermed blir reglene i en slik struktur allmenn kjent fordi det forekommer et samsvar mellom hva brukerne forventer og fordelingen av goder. Fordelingen kan derfor synes å oppfattes rettferdig. Motstykket til en enkel tilgjengelighetsstruktur, er en kompleks tilgjengelighetsstruktur. I en kompleks tilgjengelighetsstruktur vil reglene være tvetydige, usikre og forandre seg over tid. Derfor kan det synes at reglene i en kompleks struktur, ikke vil være kjent for allmennheten og brukerne kan oppleve ulik behandling. I en slik struktur vil heller ikke godene være tilpasset den enkelte, og det foreligger et minimalt samsvar mellom brukernes forventning og den faktiske fordelingen av godene. Det er viktig å påpeke at både enkle og komplekse tilgjengelighetsstrukturer er ikke er å finne i faktiske samfunn som vi lever i, da disse er forklaringsmodeller. Det er istedenfor trekk fra det faktiske samfunnet som er brukt til å forklare disse modellene (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 308-309).

For å forklare tilgjengelighetsteorien, brukes begrepene terskel, kø og skranke. Sammen utgjør disse begrepene et klassifikasjonsskjema som gjør det lettere å lokalisere problemene som kan oppstå i fordelingen av goder mellom en bruker og offentlig forvaltningssystemer. Begrepene kan benyttes som en stegvis prosess på veien frem mot det offentlige velferdsgodet og hvilke problemer en bruker kan møte på i denne prosessen. Hva en bruker kan møte på, omtales som barrierer. Begrepet viser til hvilke hindringer en bruker kan oppleve å møte på og videre orientere seg gjennom på veien mot velferdsgoder. *Terskel*, brukes i forbindelse med hvordan det offentlige forvaltningssystemet bestemmer og sorterer hvem som har rett på ulike goder og hvem som ikke har det. Ved denne barrieren må brukeren gjøre seg kjent med tilbudet og dets krav. Brukeren må i utgangspunktet kjenne til de ulike tilbud som passer deres situasjon, behov og utfordringer. I tillegg må brukeren ofte overvinne det stigma som er knyttet til søknad om offentlige tjenester. Utfordringer en bruker kan oppleve ved denne barrieren kan være at brukeren innehar minimal kunnskap om hvilke tilbud som eksisterer. Brukeren kan også ha negative tanker om et tilbudet, som gjør brukeren mindre åpen for å motta hjelp (Thorsvik, 2004, s. 183; Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 317).

Når man er over terskelen, havner man gjerne i en kø. *Kø* viser da til hvordan brukeren må vente og hvordan de blir organisert i henhold til prioriteringer og ventetid i behandlingsskøen.

Problemer ved barrieren kø kan være knyttet til den enkeltes skjønnsutøvelse i tilbudet. Dersom skjønnsutøvelse foreligger i det aktuelle tilbudet, kan det skape usikkerhet, samt ulik behandling av brukeren og hvilke tilbud de får (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 319; Thorsvik, 2004, s. 183).

Når man har fått en plass i køen, er avstanden mellom brukerne og det faktiske målet, det offentlige godet, blitt mindre. *Skranke* er den siste av de tre barrierene en bruker må gjennom, som viser til hvordan forvaltningsorganet fordeler godene ut til brukerne når det er brukernes tur. Ved denne barrieren må brukeren beherske det å legge frem sin sak og sitt behov, samtidig som brukeren må mestre å tilordne seg den kunnskap og de regler som forventes for å oppnå tjenestens gode. I tillegg kan det forekomme utfordringer knyttet til ansattes førsteinntrykk av brukerne. De ansattes førsteinntrykk kan eksempelvis være at brukeren oppleves som skremmende, uegnet eller ubehagelig. Dette kan påvirke ansattes oppfatning av brukeren, og igjen påvirke i hvilken grad brukeren mottar hjelp ved tjenesten (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 318; Thorsvik, 2004, s. 183; Lundberg, 2012, s. 65).

Til tross for at Schaffer og Huang's tilgjengelighetsteori ble utviklet så langt tilbake som i 1975, finner jeg den fortsatt relevant i studier av velferdstjenester. Det finner jeg støtte for hos Lundberg, som i 2012 anvendte teorien i sin studie av brukeres erfaringer med Nav-systemet (Lundberg, 2012). I en studie av lavterskeltilbud, finner jeg teorien særlig interessant, fordi tilgjengelighet er et sentralt prinsipp for lavterskeltilbud på generell basis. Lundberg foreslår å legge til flere barrierer i tillegg til terskel, kø og skranke. Han legger blant annet til effektivitetsterskelen, som jeg finner relevant i lys av dagens styringsform New Public Management (Kroken & Madsen, 2016, s. 12). Effektivitetsterskelen viser til hvordan brukere blir rammet av det offentliges ønske om effektivisering, ved å bli avvist eller få et mangelfullt utbytte av godet (Lundberg, 2012, s. 65).

### 5.3 Generasjon prestasjon

Som beskrevet i 4.3, viser både SHoT-undersøkelsen og flere rapporter at antall unge og studenter som sliter psykisk, - har økt de siste årene. Samtidig påpeker Helse- og Omsorgsdepartementet (2017) på befolkningsvekst som en årsak til at andelen med psykiske utfordringer og lidelser også øker. SHoT-undersøkelsen på sin side, viser at studenter har en prosentvis økning av psykiske problemer og psykiske lidelser. Dette viser til at andelen

studenter som sliter, faktisk øker, til tross for befolkningsveksten. Hvorfor sliter unge og studenter mer i dag enn for ti år siden? Dette spørsmålet forsøker filosof og samfunnspsykolog Ole Jacob Madsen å svare på og begrunne i sin bok *Generasjon Prestasjon* (Madsen, 2018).

Begrepet generasjon prestasjon oppstod i media i 2011 i en artikkel hvor en lege beskrev tendensen til økende bruk av prestasjonsfremmende legemidler hos blant annet studenter. I de senere årene finner vi begrepet omtalt flere ganger, men nå sett i sammenheng med ungdom som jager etter å være best på alle arenaer. Videre blir begrepet også brukt for å beskrive unges psykiske helse. Generasjon prestasjon - begrepet ble etter hvert en mer vanlig måte å beskrive dagens unge på (Madsen, 2018, s. 119).

Madsen beskriver ungdom som i økende grad opplever psykiske plager og psykiske lidelser, samtidig som ungdommene lever i et samfunn som objektivt sett skal være godt å leve i. I tillegg beskriver han et samfunn av selvmotsigelser. Ved å støtte seg til ulike teorier, ser Madsen på både samfunnets og individets utvikling inn i moderniteten og senmoderniteten. Gjennom en rekke samtidsdiagnoser, blir det trukket frem ulike eksempler på det fremtidige samfunnet som et dystopisk samfunn med en altfor økende grad av selvrealisering, høye krav og skuffelser. Selv om Madsen trekker frem en rekke negative aspekter og advarsler om modernitetens fremvekst i samfunnet, forklarer han gjennom sosiolog Willy Guneriussen positive aspekter ved moderniteten og senmoderniteten. Moderniteten kan ifølge Guneriussen føre til en økende grad av frigjøring og selvrealisering hos det enkelte mennesket (Madsen, 2018, s. 57).

Madsen viser til teologen Ryna LaMothe, som forklarer hvordan økonomi vil styre samfunnets fremvekst og overgang til et markedssamfunn i en økende grad. I kjølvannet av en slik fremvekst, mente Ryna LaMothe at mennesker ville splittes i to grupper hvor de sosioøkonomiske forskjellene blir store. Den ene gruppen mennesker vil presses til å leve et liv langt utenfor deres kapasitet, og strebe etter å håndtere hverdagslige problemer, mens den andre gruppen vil søke etter en høyere økonomisk kapital og inneha sosiopatiske trekk. Eksempelvis vil den ene gruppen mestre samfunnet ved mulig bruk av kyniske metoder, mens den andre gruppen ikke vil mestre det i like stor grad, som kan føre til et konstant press som ender i en psykisk utmattelse (Madsen, 2018, s. 60). For å se nærmere på om LaMothe sin

patologi kan stemme, ser Madsen (2018) nærmere på ulike studier av norske, svenske og danske unges opplevelser og tanker om årsaken bak deres egne depresjoner. I disse studiene kommer det frem at påstanden om det moderne samfunnet, markedssamfunnet, blir på mange måter bekreftet, ved at unge mennesker ser ut til å ha internalisert idealet om høye forventninger og prestasjoner. Selv om de skandinaviske unge voksne sier i intervjuer at de ikke støtter eller lar seg påvirke av idealene, blir det likevel psykisk belastende for dem. Dette kan i tillegg føre til at ungdommene opplever å stå alene i utfordrende og problematiske situasjoner. Mange av ungdommene beskriver i tillegg en opplevelse av det å stå alene, med manglende trygge støttespillere i livet sitt ved vanskelige situasjoner. Eksempelvis forklarer flere av deltakerne i studiene hvordan det var utfordrende å skaffe et nettverk, spesielt da de var ny student, og uten hjelp og støtte til å mestre dette (Madsen, 2018, s. 77).

Som vi har sett i kapittel 4.3, viser statistikk fra SHoT-undersøkelsen en stigende tendens i antall unge med psykiske plager. For å forklare økningen, bruker Madsen, Sletten og Bakken sin forklaring til dette. De sier at blant annet økt press i skolesammenheng, viser en klar sammenheng mellom psykiske plager og økte skoleprestasjoner. I tillegg påpeker Sletten og Bakken at det er en økning av jobber som tidligere ikke har hatt krav til formell utdanning som nå innehar det. Videre legger Sletten og Bakken til at det nok ikke ene og alene kan sees som en årsaksforklaring, men snarere legges til som tilleggsforklaring. Fordi samfunnsmessige faktorer har økt individualisering, selvrealisering og selvdisiplin også ser ut til å spille en faktor i unges opplevelse av stress, samt antall unge med psykiske plager (Madsen, 2018, s. 94). «Vi er trolig det første samfunnet der mennesker føler seg ulykkelige fordi de ikke føler seg fullstendig lykkelige» (Bruckner, 2000 i Madsen, 2018, s. 185). I et samfunn med stor individuell frihet og muligens enklere tilgang til lykke og mestring, finnes det også idealer utenfor menneskers psykologiske kapasitet som et motstykke, nemlig muligheten for å mislykkes. Forklart på en annen måte, vil fallhøyden til mennesker bli større, jo større individuell frihet, i lys av større individuell frihet, tilgang på mestring og lykke i et samfunn (Madsen, 2018, s. 185).

«Mer åpenhet gjør det rett og slett enklere å være syk både i positiv og negativ forstand», skriver Madsen (2018, s. 160). Med dette mener Madsen at det i de siste årene har blitt mer åpenhet rundt sykdom og spesielt psykisk sykdom. Positive aspekter rundt åpenhet om psykisk helse, er blant annet at unge opplever støtte og på en enklere måte kan føle at de ikke er alene om å ha psykiske utfordringer. Videre trekker Madsen frem en økende grad av

psykiske problemer og generasjon prestasjon som en selvoppfyllende profeti. Ved en påstand om at unges psykiske helse blir verre, er det nå en realitet. Gjennom store oppslag i media er fokuset på psykisk helse blant annet med på å vedlikeholde unges strenge og urimelige høye krav til seg selv (Madsen, 2018, s. 154). I tillegg kan medias overrapportering av unges psykiske plager og lidelser, igjen føre til at unge faktisk får det verre. Unge kan internalisere psykiske problemer, - som blir gitt stor oppmerksomhet, slik at de til slutt opplever psykiske problemer (Madsen, 2018, s. 191).

## Kapittel 6: Metodisk tilnærming: en kvalitativ studie

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for studiens kvalitative design og begrunne for valget av semistrukturert intervju som metode. Jeg vil beskrive rekrutteringsprosessen, presentere studiens utvalg og beskrive gjennomføringen av intervjuene. Til slutt vil jeg gjøre rede for analyseprosessen hvor studiens funn, også vil bli kort presentert.

### 6.1 Kvalitativ metode

I kvalitativ metode undersøker man ofte samfunnsmessige eller humane fenomener som mange ofte tar for gitt, som tanker, følelser og handlingsmåter. Et sentralt trekk ved kvalitativ forskning er å se på nyanserte perspektiver som enkeltmennesker innehar, og ikke kvantitet. Anne Ryen (2017) beskriver kvalitativ metode som en måte å «studere ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem» (Ryen, 2017, s. 18). Med andre ord prøver man i kvalitative intervjuer, å utforske de man intervjuer sitt synspunkt av et gitt tema. Eksempler på måter å utføre kvalitativ metode på, kan være gjennom observasjon, innholdsanalyse eller intervjuer; - som er den mest vanligste formen for kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20; Tjora, 2021, s. 17).

Ettersom jeg ønsket å tilegne meg kunnskap om psykososiale lavterskeltilbud for studenter ved å studere slike tilbud fra ansattes perspektiv, var det mest hensiktsmessig å designe en kvalitativ intervjustudie med ansatte som deltakere. Jeg valgte semistrukturert intervju med intensjon om å skape rom for en åpen samtale hvor jeg kunne få et innblikk i de ansattes opplevelser, tanker og meninger rundt tilbudet de arbeidet i.

I de fleste kvalitative intervju, kan det være gunstig å utforme en intervjuguide. Hva denne intervjuguiden skal inneholde, kan variere fra eksempelvis en liste over temaer som intervjueren skal gjennomføre, slik at man kan tilpasse spørsmålene underveis som deltakeren forteller, eller den kan inneholde en liste med fastsatte spørsmål som skal følges (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Semistrukturert intervju, som jeg har brukt, innebærer at intervjuet har forhåndsformulerte strukturerte spørsmål. Disse spørsmålene trengs ikke å stilles likt eller i samme rekkefølge til alle, men er litt som en huskeliste over spørsmål man ønsker å få svar på. Den som intervjuer kan følge opp med spørsmål ut ifra det deltakerne sier og svarer. Derfor kan intervjuene variere noe, selv om de i utgangspunktet vil ha lik struktur (Andersen, 2020). Fordelen med semistrukturert intervju, og ikke fastsatte spørsmål, kan være at man får et mer ekte svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 163).

Kvale og Brinkmann beskriver semistrukturert intervju videre som semistrukturert livsverdenintervju. Et semistrukturert livsverdenintervju beskriver de som et intervju hvor man ønsker å studere dagligdagse temaer ut ifra slik de man intervjuer forstår temaene. Kvale og Brinkmann skiller mellom åpne samtaler og fastsatte spørreskjema. I hovedsak skal slike intervju minne mer om en dagligdags samtale, men med et overordnet formål, å undersøke det gitte tema ut ifra de man intervjuer sitt perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

Jeg ønsker å bevisstgjøre studiens deltakere, ved å få dem til å aktivt tenke gjennom spørsmål rundt arbeidet sitt og på den måten få frem deres unike synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47; Tjora, 2021, s. 36). Det er vanlig at man må tilpasse og/eller forandre på et kvalitativt forskningsprosjekt ettersom forholdene kan ende opp med å være annerledes enn det man i utgangspunktet hadde tenkt (Tjora, 2021, s. 17). Det var også tilfelle i min studie. Det jeg i utgangspunktet søkte å finne svar på, ble ikke det jeg satt igjen med etterpå. Først endret jeg perspektiv fra studentenes brukererfaringer til ansattes praksiserfaringer, og videre ble både problemstillingen min og forskningsspørsmålene mine justert og mer presise. Etter hvert gikk opp for meg hvilken kunnskap om lavterskeltilbudene jeg faktisk fikk tilgang til ved å snakke med ansatte.

## 6.2 Deltakernes livsverden

Fenomenologien studerer menneskers livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45).

Livsverden er verden slik enkeltmennesker oppfatter den på et hverdagslig nivå. Hvordan



hverdagslige hendelser fremtrer for mennesket uavhengig av forklaringer på hvordan og hvorfor det skjer. I fenomenologien er man opptatt av å undersøke hvordan mennesker oppfatter dagliglivet, basert på sin egen forforståelse, hvordan enkeltmennesker erfarer verden gjennom deres egne øyne. Kvale og Brinkmann beskriver, som sagt, semistrukturerte intervju med et slik fokus, for semistrukturerte livsverdenintervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

I kvalitative forskningsintervju med et fenomenologisk utgangspunkt, forsøker man gjennom de spørsmål man stiller, å få frem deltarkenes egne erfaringer. Samtidig formulerer man spørsmål som får frem og belyser fakta om fenomenet man ønsker å studere, som forskeren allerede har en viss kjennskap til. Gjennom en variasjon av slike spørsmål, kan forskeren få frem studiens deltakere sine nøyaktige forklaring av deres opplevelse av et fenomen. Forskeren kan ved å gjengi eksakte forklaringer, eller videre fortolkninger av de som kommer frem i intervjuene, danne mening, og få frem studiens deltakere sitt budskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47).

Min intervjuguide inneholdt spørsmål både basert på hvordan psykososiale lavterskeltilbud for studenter faktisk er, basert på fakta. I tillegg til at intervjuguiden inneholdt spørsmål som åpnet opp for å få frem deltakernes beskrivelser. Det var dette jeg i utgangspunktet ønsket å studere. Hvordan de ansatte beskrev tilbudet de arbeidet i.

## 6.3 Gjennomføring av studien

I dette delkapittelet skal jeg beskrive de ulike fasene av å gjennomføre en studie herunder rekruttering av deltakere og intervjuprosessen. Innledningsvis vil jeg vise til forberedelser jeg foretok meg i forkant av selve intervjuet.

### 6.3.1 Forberedelser

I forkant av intervjuet sendte jeg inn meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata) hvor jeg blant annet beskrev at jeg ville utføre intervju. Her utarbeidet jeg en veiledende intervjuguide, samt et informasjonsskriv. Disse to dokumentene sendte jeg til deltakerne mine. Slik ble deltakerne informert om at de kunne trekke seg fra deltakelsen i studiet, på hvilket som helst tidspunkt.

En annen forberedelse jeg foretok meg før intervjuet var å skaffe meg en diktafon til bruk av lydopptak av intervjuene. Her henvendte jeg meg til universitetsbiblioteket for å låne et slikt

opptaksverktøy. Alle deltakerne ble på forhånd informert om at jeg ville foreta lydopptak og samtykket til dette. Videre utførte jeg intervjuene på videomøteverktøyet Zoom. Før intervjuene, sendte jeg ut en lenke til deltakerne, slik hadde de tilgang til denne før den avtalte intervjudagen. Ved å benytte seg av denne lenken eller ved å logge seg inn til programmet Zoom separat, ville deltakerne få tilgang til vårt private zoommøte. Dette er noe jeg vil beskrive mer i kapittel 10 om etiske retningslinjer i forbindelse med studien.

### 6.3.2 Rekruttering og utvalg

Jeg brukte et strategisk utvalg, som vil si at jeg valgte deltakere som jeg visste kunne si noe om det aktuelle temaet (Tjora, 2021, s. 145). De jeg ville snakke med skulle jobbe ved et psykososiale lavterskeltilbud for studenter ved et lærested i Norge. Nøyaktig hvilket læresteder de ansatte tilhørte, og hvilken stillingstittel de hadde, spilte liten rolle i min studie. Det var eksempelvis ikke viktig for min studie hvilken utdanningsbakgrunn deltakerne hadde. Derfor sendte jeg ut informasjon om studien til lederne i studentsamskipnadens helsetjeneste i Norge med spørsmål om å videreformidle invitasjonen til sine ansatte i helsetilbudet. Jeg ønsker ikke å kontakte et psykososialt lavterskeltilbud på et lærested jeg selv hadde vært tilknyttet. Ut over dette, valgte jeg vilkårlig et par studentsamskipnader som hadde kontaktinformasjon lett tilgjengelig og sendte disse en e-post. I påvente av svar, gjorde jeg meg klar til å sende ut en ny runde eposter, eventuelt ringe andre studentsamskipnaders helsetilbud. Responsen jeg fikk på e-postene fra de to studentsamskipnadene var svært positive, hvorpå lederne sa de skulle legge dette frem på neste møte for resten av de ansatte. Kort tid etter, fikk jeg eposter fra tre ulike ansatte, som jobbet i to ulike studentsamskipnader som uttrykket sin interesse for å delta i min studie. Vi avtalte da et passende tidspunkt for begge parter å ha intervjuet på.

Antall deltakere kan variere veldig i kvalitative undersøkelser. Det kan blant annet ha å gjøre med formålet med prosjektet. I mitt tilfelle spilte praktiske og tidsmessige faktorer knyttet til studien inn, i tillegg til at koronapandemien påvirket både rekrutteringsprosessen og mulighetene for gjennomføringen av intervjuene. Jeg endte opp med tre deltakere i studien min.

### 6.3.3 Presentasjon av deltakerne

Av personvern hensyn har jeg valgt å anonymisere deltakerne ved å gi dem fiktive navn, og jeg vil beskrive dem som en gruppe. Alle deltakerne arbeidet daglig i psykososiale

lavterskeltilbud for studenter i regi av studentsamskipnaden på et universitet eller en høyskole i Norge. To av deltakerne arbeidet ved samme lærested. En av deltakerne hadde arbeidet i lavterskeltilbudet i over fire år, mens de to andre deltakerne hadde jobbet der i omtrent ett år. De varierte i alder fra 35 til 50 år. Deltakerne hadde ulik utdanningsbakgrunn, men alle hadde helsefaglig bakgrunn: klinisk sosionom, helsesykepleier og fysioterapeut med videreutdanning innen psykisk helse. Alle deltakerne hadde tidligere arbeidet i ulike yrker som alle i hovedsak innebar å hjelpe mennesker i en sårbar situasjon. Jeg har valgt å kalle dem Silje, Katrine og Monica.

#### 6.4 Intervjuprosessen og datamaterialet

Kvale og Brinkmann vektlegger spontaniteten i semistrukturerte intervju, ettersom man øker sannsynligheten for å få mer levende, spontane og uventede svar fra de man intervjuer, ut ifra hvor spontan intervjuprosedyren er. Årsaken til at jeg likevel valgte å formulere spørsmålene fullt ut, var fordi det var første gang jeg skulle gjennomføre intervju i forskningssammenheng. Min vurdering var derfor at om jeg hadde ferdigformulerte spørsmål å støtte meg til, var det lettere og tryggere å løsrive seg og sjonglere mellom spørsmålene underveis, ut ifra hva deltakerne svarte. Intervjuet startet med en kort introduksjon til studien min, samt informasjon om at de kan trekke seg når som helst og til slutt min taushetsplikt som intervjuer.

Jeg brukte som nevnt tidligere en diktafon for å ta opp lyden under intervjuene. Materialet i form av lydopptak ble skrevet ut i tekst, altså transkribert, etter intervjuene var ferdig. Det er ikke alltid like lett å vite hvor detaljert man skal være når man transkribere, men jeg valgte i utgangspunktet å transkribere nokså presist. Ettersom intervjuene foregikk over et digitalt videomøteverktøy, var det en del av kroppsspråket som ble utydelig da det var vanskelig å lese underveis i intervjuene. Likevel har jeg, så langt det lot seg gjøre, prøvd å få med en del detaljer av muntlig karakter. I mange tilfeller vil observasjoner som kroppsspråket til deltakeren være med i transkripsjonen. Jeg transkriberte på bokmål for å anonymisere deltakernes dialekter, også fordi deres dialekter er irrelevant for oppgavens formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205; Tjora, 2021, s. 186).

Datamaterialet mitt hadde et omfang på til sammen 43 sider. Intervjuene var i utgangspunktet planlagt å vare i omtrent en time, ut over dette varierte de noe i lengde. Det første intervjuet varte i en time og ti minutter, det andre i nesten 35 minutter og det siste i nesten 49 minutter.

Jeg informerte deltakerne om muligheten for å måtte foreta et intervju nummer to, men etter fullført transkribering, fant jeg ikke dette nødvendig. Så langt det lot seg gjøre, transkriberte jeg (ganske) ordrett hva som ble sagt.

## 6.5 Tematisk analyse

Målet med tematisk analyse er å utvikle temaer på bakgrunn av mønstre i datamaterialet. Jeg benyttet meg av Braun og Clarkes versjon av tematisk analyse slik de beskriver den i de to artiklene «Using thematic analysis» (Braun & Clarke, 2006) og «Reflekting on reflexive analysis» (Braun & Clarke, 2019). I den første artikkelen gir de en grunnleggende innføring i bruken av tematisk analyse, og de skisserer en «oppskrift» i form av en fremgangsmåte i seks faser. I den siste videreutvikler de metoden samtidig som de prøver å rette opp i en rekke misforståelser knyttet til artikkelen fra 2006. Det er spesielt en sentral misforståelse knyttet til «oppskriften». De har oppdaget at den blir forstått som at den skal følges stegvis og lineært. Braun og Clarke tydeliggjør at analysen er en frem- og- tilbake- prosess mellom fasene (Braun og Clarke 2019, s. 589).

Jeg valgte å bruke denne refleksive modellen i min analyse av datamaterialet. Den første fasen dreier seg om viktigheten av å gjøre seg kjent med datamaterialet. Transkripsjonen kan på mange måter sies å være det første steget i en analyse. Ettersom det å transkribere er en møysommelig prosess, hvor lyd blir til tekst som igjen gjør det lettere å aktivt bruke aktivt videre i analyseprosessen. I den første fasen begynte jeg med å lese gjennom den ferdige transkripsjonen for å gjøre meg mer kjent med materialet, men også for å se etter mønstre og poenger som stakk seg ut (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Disse noterte jeg ned til senere. I neste fase arbeidet jeg meg grundig gjennom hele datamaterialet hvor jeg merket meg setninger eller ord som jeg fant interessante og som jeg tenkte jeg muligens kunne bruke videre. Braun og Clarke poengterer at det er viktig å merke seg så mye som mulig av det man finner av interesse. Man setter koder på dette og videre prøve å sortere disse kodete tekstutdragene i kategorier som videre kan brukes til å utvikle temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 89). I den tredje fasen prøver man å formulere navn til ulike temaet ved å gruppere de ulike kodene intern og på tvers av kategorier. Det kan være nyttig her å sortere kodene inn i eksempelvis tabeller. Her er det viktig at man ikke utelukker noe underveis ettersom det kan bli av interesse senere i analysen (Braun & Clarke, 2019, s. 89). I denne fasen opplevde jeg en liten forandring i hva jeg i utgangspunktet lette etter i studien min. Ettersom hva jeg lette etter

forandret seg gjennom analyseprosessen, og det kom klarer for meg hva jeg egentlig ble fortalt av deltakerne i intervjuene, gikk jeg tilbake til fase en og to for å gjøre dem enda en gang. Dette viser også det Braun og Clarke i artikkelen fra 2019 påpekte om refleksivitet og at oppskriften ikke må følges stegvis, men mer som en prosess hvor man kan gå frem og tilbake i de ulike trinnene (Braun & Clarke, 2019, s. 589).

I de tre siste fasene skal man gå gjennom temaene man har laget seg tidligere, analysere disse opp mot datamaterialet og de kodene man har, før man til slutt ender opp med temaene som rommer studiens funn. Dette kan presenteres gjennom hovedfunn og/eller undertema (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Temaene som nå er dannet, skal kunne forklare og få frem de funn studien ønsker å formidle. Dersom temaene ikke lett kan forklares, bør man revurdere som og forandre temaene. Derfor kan teamene imidlertid fortsette å endre navn til frem til man har skrevet et fullstendig funn- og drøftingskapittel (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Slik ble det også i mitt prosjekt.

Ved å følge den refleksive tematiske analysen til Braun og Clarke, har jeg til slutt endt opp med tre hovedtema: «Mellom normalisering og behandling», «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste» og «Tilgjengelighetens venteliste».

## Kapittel 7: Presentasjon av funn

Hensikten med min studie var å få kunnskap om psykososiale lavterskeltilbud til studenter fra ansattes perspektiv. Alle mine intervjudeltakere var derfor ansatte. I dette kapittelet vil jeg presentere studiens funn. Som svar på problemstillingen: *Hvordan fremstår psykososiale lavterskeltilbud til studenter i ansattes beskrivelser av egen praksis?* fant jeg frem til disse temaene: «Mellom normalisering og behandling» «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste» og «Tilgjengelighetens venteliste».

### 7.1 «Mellom normalisering og behandling»

Da jeg spurte deltakerne om hvem lavterskeltilbudets målgruppe var, beskrev de både hvem tilbudet var ment å være for, hvem det i praksis var for og hvem tilbudet ikke var ment å være for. Slik beskrev Monica hva hun tenkte:

Jeg tenker at tilbudet skal være for den som kjenner at [tenker litt] en begynner å streve litt, da. Eh, eller egentlig så skal det være [ler litt] der er jo det som gjør det vanskelig, for det skal jo egentlig være for den som ikke strever og, men som er interessert og nysgjerrig på å lære nye ting om seg selv og om psykisk helse og fysisk helse.

Her forklarte Monica hvordan studentene ikke nødvendigvis trenger å streve for å benytte seg av tilbudet. Som vi ser, så forklarte hun at tilbudet også er for dem som er nysgjerrig. Tilbudet er altså et sted både for den som strever, men også et sted for læring og informasjon. Katrine avgrenset målgruppen videre til studenter med hverdagsproblematikk og ga eksempler på hva dette kunne være:

Den er for hverdagsproblematikk i utgangspunktet. Dem som har milde symptomer, dem som trøbler med døgnrytme, med struktur, stress. Det kan være relasjonsutfordringer ... så vi tar på en måte, vi tar det her helt milde.

Katrine bekreftet også det Monica beskrev, tilbudet er ment for dem som har milde symptomer. Videre eksemplifiserte Katrine hva hun prøvde å hjelpe studentene med når de kom til henne med det hun oppfattet som hverdagsproblematikk:

[...] Å finne en sånn middelvei, da, for mange av oss har jo en veldig sånn forventning om at vi skal stå opp klokken 07, og så skal vi på trening og så skal vi spise en sunn frokost, og ... en veldig sånn, og sitte på skolen i åtte timer, og så skal en være sosial på kvelden. Så en sånn, veldig store forventninger. Men så leverer vi kanskje nedpå her, for vi kom oss ikke opp før klokken 08:30, og så ble det ikke noen trening, og ... så på en måte å prøve å få [ler kort]. Og de her, å få senket litt den forventningen [...]

Som det kommer frem i sitatet over, så beskrev Katrine en problematikk som i stor grad handler om å normalisere. Studentene blir oppmuntret til å senke høye forventninger til seg selv. Det ville i hovedsak være denne typen problematikk studentene kunne oppsøke tilbudet med. På grunn av at tilbudet skal være et sted både for å få hjelp, men også for læring, gjør det at henvendelsesgrunnene kan være mange. Silje forklarte at hun opplever dette som overveldende: «Så det er mange forskjellige, eh, henvendelsesgrunner her. Eh, som kan være, eh, kan være litt overveldende noen ganger». Som Silje beskrev, oppleves det som overveldende at de ikke helt vet hvilken type problematikk studentene kommer med. Om det er en nysgjerrig student som ønsker å utforske fysisk og psykisk helse, eller om det er en student som er på grensen til en depresjon som ønsker hjelp og støtte.

Selv om deltakerne hadde klart for seg hvilken problematikk og målgruppe som hører hjemme i et psykososialt lavterskeltilbud, så opplevde de at rammene de skulle jobbe innenfor i praksis var noe uklare. Dette begrunnet deltakerne med at kunne være tilknyttet fordelingen av tilbudets ressurser. Som vi ser i sitatet under, uttrykket Monica hvordan den litt uklare ressursfordelingen rundt tilbudet, kunne være en utfordring:

Jeg synes det er litt, eh, vanskelig å finne, eh, veien vår inn i hvordan vi skal jobbe fordi i forhold til ressursbru- eller ressursene som vi får til dette så er det ikke noe som på en måte er satt av i fra sentralt, departementene eller sånn som type kommuner og spesialisthelsetjenesten får. Vi er jo på en måte et supplement, og mer et servicetilbud.

Som Monica i sitatet over forklarte, så skal tilbudet være mer et supplement og et servicetilbud. Ettersom tilbudet ikke hadde klare retningslinjer på hvordan ressursene skulle fordeles, opplevdes dette som en utfordring i forhold til hvem de skal hjelpe og hvordan de skal arbeide. Silje uttrykket noe av det samme som Monica fortalte. At tilbudet ligger på en litt rar plass: «[...] vi ligger jo på en litt sånn rar plass, eller [ler kort] ikke på en rar plass, men mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, da.» Monica la også til at hun synes tilbudet var ganske lite, med tanke på hvor mange studenter de faktisk skulle dekke over.

Til tross for de litt uklare rammene rundt lavterskeltilbudet, beskrev deltakerne ganske tydelig hvem de mente at tilbudet ikke skulle favne om. Katrine forklarte hvordan en alvorlig problematikk ikke ville passe inn i tilbudet:

Tenker jeg at dette her er spesialisthelsetjenesten [kort pause] at her er det mer komplekst og komplisert, så sender vi de tilbake til fastlegen, gjerne, som kan henvise videre. Så det er jo litt sånn kjipt at det er ganske knotete å få ordentlig hjelp, da, hvis man er syk.

Katrine forklarte også her hvordan hun opplevde at det kunne være litt vrient å få ordentlig hjelp om man trenger det. Videre forklarte også Monica, med eksempler, hvordan en alvorlig problematikk ikke vil passe inn i tilbudet:

Det er klart at en, en særdeles alvorlig problematikk, en personlighetsforstyrrelse eller en psykose for den saks skyld. Den, den vil jo ikke passe inn i vårt behandlingstilbud, men vi kan jo på en måte, kan jo være viktige aktører i å skyse dem videre der de skal få hjelp.

Deltakerne hadde klart for seg at en alvorlig problematikk ikke hører hjemme i det psykososiale lavterskeltilbudet. Lavterskeltilbudet har fastsatte rammer rundt hvor lang tid studentene får i samtale med de ansatte. Dette er noe Silje fant utfordrende:

Jeg synes, eller [tenker seg litt om]. Jeg synes at den korttids, eh, tankegangen er på en måte bra, men for noen så blir det liksom for kort, da. Og det preget meg og, at da sitter jeg gjerne litt igjen med dårlig samvittighet eller tenker at: åh, jeg fikk liksom ikke dette helt til sånn som jeg hadde håpt.

Selv om deltakerne forklarte hvordan alvorlig problematikk ikke hørte hjemme i et lavterskeltilbud, sa Katrine, i sitatet under, hvordan dette blir problematisk når studenter med en mer alvorlig problematikk oppsøker tilbudet:

Eh, utfordringene som vi kan møte i samtaler er jo de som egentlig ikke skal hos oss, men som er for syk for \* [\*navnet på studentsamskipnaden hun arbeider i] og for frisk for spesialisthelsetjenesten.

Deltakerne forklarte tydelig en målgruppe og problematikk som i hovedsak handlet om hverdagsproblemer, men også at det kom studenter som trengte behandling som de ikke skal tilby. Utfordringene de ansatte opplevde, er knyttet til uklare rammer rundt ressursfordelingen i tilbudet.

## 7.2 «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste»

Deltakerne beskrev, som vi har sett, en tjeneste som i hovedsak skal håndtere hverdagsproblemer og gi nysgjerrige studenter informasjon om helse generelt. Ut over dette, beskrev deltakerne også en svært mangfoldig tjeneste. En helsetjeneste som skal dekke over mange tilbud. Katrine forklarte at de har en helsestasjon som gir studentene hjelp som er hovedsakelig rettet mot kroppslige utfordringer, men samtidig sa hun at helsetilbudet skal inneholde kurs og samtaler rettet mot psykososiale utfordringer. Videre forklarte Silje og Monica hvordan helsetilbudet også skal inneholde gruppetimer, og drop- in samtaler for studentene. Ettersom det er en mangfoldig tjeneste med mange ulike tilbud til studentene, blir det også mange ulike roller de ansatte må inneha. Her forklarte Silje hva hun tenker om dette:

Og så er det jo noe med at det er en, eh, travel hverdag. Det at vi har så mange tilbud her, eh, som er etterspurt av studentene. Det er jo veldig bra, ehm. Men det gjør og at det kan være slitsomt for oss som må ha på så mange hatter.



I sitatet over, forklarte Silje at hun opplevde det som strevsomt at helsetilbudet i studentsamskipnaden har så mange tilbud, og dermed har de ansatte mange ulike roller de må beherske. Som et resultat av et stort handlingsrom, kan dette muligens føre til at de ansatte utvider tilbudene, i et forsøk på å møte studentens behov og ønsker, selv om kapasiteten i tilbudet ikke tilsier det. I sitatet under fortalte Silje om hvor fleksibel studentsamskipnadens helsetilbud er:

«Eh, og så er det jo en veldig fleksibel avdeling også. Så hvis vi opplever at her er det noe som studentene etterspør som vi ikke har ... [...] for eksempel, så har vi muligheten til å skifte ut på, og, og finne der det mangler.»

Monica opplevde også at tjenestetilbudet er svært bredt. Her fortalte hun hvordan en tilretteleggende ledelse både opplevdes positivt, men også utfordrende:

Vi har en ledelse som er veldig tilretteleggende for oss. Så det, det er jo fantastisk å ha. De vil så veldig gjerne gjøre alt for at vi skal få det til, også. Men så står vi jo veldig frie, vi har stort handlingsrom i det, da. Og det er jo og, kan også være krevende.

Ved et stort handlingsrom til å tilpasse tilbudet etter studentenes behov, foreligger det også en forutsetning at man klarer å fange opp studentenes problemer. Her forklarte Monica hvordan hun opplevde det som en utfordring å blant annet ha en ledelse uten helsefaglig bakgrunn:

Jeg tenker nok at det å jobbe som et eget lite helseteam i en samskipnad som er såpass bred i sitt tjenestetilbud der det ikke er ledere som har en helsefaglig bakgrunn, kan være utfordrende. For all del, vår leder, jeg opplever hen som veldig åpen og lytter til våre vurderingen, men hen kan ikke veilede oss. Hen kan gjerne ikke vite hvor skoen trykker, eller vite hvor det er vanskelig å gå formidler det og få forståelse for det.

Monica bekreftet i sitatene over, Silje sin opplevelse av at det kunne være utfordrende å håndtere alle tjenestetilbudene i studentsamskipnadens helsetilbud. Selv om lederen er åpen for de ansattes synspunkter og vurderinger, vet ikke lederen hvor problemet ligger, (hvor skoen trykker). Katrine uttrykte også viktigheten av å ha noe tid mellom de ulike rollene og spesielt mellom samtalene, ettersom hun ønsket å kunne levere kvalitet i de tilbudene de innehar: «Fordi det er lett å ta på seg ekstra eller at man går på akkord med seg selv med hva som egentlig er greit. Og det er noe med å levere kvalitet i det en gjør også.»

Som vi har sett her, beskrev deltakerne et relativt stort handlingsrom i studentsamskipnadens helsetilbud som er en mangfoldig tjeneste. Deltakerne beskrev det som utfordrende å skulle mestre alle disse rollene, at de har så mange hatter, samtidig som de skal kunne levere kvalitet i det de gjør.

### 7.3 «Tilgjengelighetens venteliste»

Da jeg spurte deltakerne mine om hva som var det psykososiale lavterskeltilbudets viktigste oppgave, så svarte alle på en eller annen måte tilgjengelighet. Silje forklarte viktigheten av å være til stede der studentene er, på campus, og hun understreker at så langt tiden strekker til, så prøvde de å ha en åpen dør til studentene som ønsker å stikke innom. Katrine beskrev i en fysisk forstand, at det ikke skulle være et vanskelig sted å oppsøke:

Så det viktigste er på en måte denne tilgjengeligheten. At man ikke må ringe eller ta en telefon eller stå på venteliste eller kartlegge, at man bare kan gå inn på internett å booke en time og møte opp, også tar vi det derfra.

I dette sitatet forklarte og understreket Katrine hvordan det ikke skal være vanskelig å oppsøke tilbudet. Videre i intervjuet sa hun at det heller ikke skulle være noen mental eller fysisk terskel for å komme til dem. Studentene skal ikke måtte vente lenge, reise langt eller gå gjennom kartlegging, for å få en samtale med det psykososiale lavterskeltilbudet på lærestedet. Monica fulgte opp med å si at noe av det viktigste vil også være å kunne nå ut studentene tidsnok før problemene blir for alvorlig. I de tre intervjuene fremstod det ingen tvil om at tilgjengeligheten er svært viktig både for de ansatte og tilbudet i sin helhet. Her forklarte Katrine hvorfor hun mente tilgjengelighet er viktig for både lavterskeltilbudet og studentene:

Så det å slippe å vente. For det er vanskelig å planlegge når liver rakner. Så det å måtte vente to uker når det er vondt å puste, det er tøft. Det er det. Og fordi om vi ikke alltid er rette instans til å ta dette her akutte fasen, så er det noe som oppleves som krise. Det kan være kjærlighetsbrudd og slike ting, for eksempel. Som oppleves som krise og som ikke er psykiatri, og det får du ikke planlagt, altså.

Silje påpekte hvordan de prøver å være tydelige på nettsidene og i e - poster med bekreftelse på avtale, som studentene får når de booker en time, om at de ikke er et akutttilbud. Men som Katrine forklarte i sitatet over, så kan problemer oppleves som akutte kriser når det først oppstår, selv om det ikke er psykiatri. Derfor mente hun at det er viktig at lavterskeltilbudene

streber etter å ha en kort venteliste. For, som hun sier: «det er vanskelig å planlegge når livet rakner».

Da jeg spurte deltakerne mine om hvilke tilbakemeldinger de har fått, fortalte de i hovedsak at de hadde fått positive tilbakemeldinger. Videre fortalte de om at de ikke har fått så mange negative tilbakemeldinger, men at de selv opplevde den lange ventelisten som et negativt aspekt rundt tilbudet. Her forklarer Silje hva hun tenkte om den lange ventelisten:

Og så har vi en voksende venteliste. Også blir vi litt sånn: okei, hva er liksom, hva blir riktig vurdering. Og så er det en del her som har god hverdagsfungering, og som kanskje har godt av å utfordre seg selv litt, men så er det liksom [stopper]. Det er ikke så lett liksom.

Som vi ser i sitatet over, så forklarte Silje hvordan ventelisten i seg selv er problematisk. Hun spurte videre hva som ble den rette vurderingen med tanke på prioriteringer av studentenes problematikk. Monica beskrev studentene som en ressurssterk målgruppe som har en god evne til endring på eget initiativ, sett at de får litt veiledning og støtte underveis.

Silje har beskrevet hvordan ventelisten er problematisk. Selv om mange av studentene er ressurssterke, har også mange av studentene er litt mer alvorlig problematikk. Silje forklarte hvordan prioriteringen i ventelisten fungerer sammenliknet med spesialisthelsetjenesten:

[...] Så i spesialisthelsetjenesten så prioriterer de etter alvorlighetsgrad. Vi prioriterer etter når de kommer inn på ventelisten. Så hos oss så går det på en måte fra når du søker.

Her ser vi at Silje forklarte hvordan studentene blir prioritert på ventelisten etter når de søker som tilbudets hjelp. Psykososiale lavterskeltilbud for studenter skal ikke sile noen på forhånd, forteller Katrine. Alle får komme uansett hvilke problemer de måtte ha.

Mange av studentene blir muligens avvist i spesialisthelsetjenesten. Derfor kan det tenkes av de ansatte i spesialisthelsetjenesten føler på presset om å hjelpe den som blir avvist andre steder og kanskje presser rammene rundt lavterskeltilbudet. Monica beskrev et dilemma med tanke på en presset kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og hvordan lavterskeltilbudet får føringer om å jobbe. Dette er dilemmaet Monica beskrev:

Og samtidig så får vi signaler fra helse- eller det blir vel gjerne mer kunnskapsminister, men og helseminister [sukker] at vi skal jobbe forebyggende og helsefremmende, og ikke behandlende. For det er kommunen og spesialisthelsetjenesten sin oppgave, men der er det jo ikke kapasitet så der blir de avvist mange av dem.

Det at de ansatte opplevde at mange studenter blir avvist i både spesialisthelsetjenesten og i kommunale tilbud, kan henge sammen med hvordan de opplever ventelistene problematisk. Her beskrev Monica hvordan lange ventelister ikke er helt i tråd med hva et lavterskeltilbud skal være:

[...] for vi klarer ikke ta unna en så enormt lang venteliste. Vi er litt sånn, strever litt med hvordan vi skal løse det, for det er ikke så lavterskel, sant. Da blir det jo, fordelen med det er jo at de står, og mange av de som umiddelbart klokken tre på natten: følte meg pyton, åh jeg melder meg inn. Og så løser det seg om noen uker eller sånn, sant?

Som Monica her poengterte, så er ikke lange ventelister helt i tråd med at deltakerne beskrev lavterskeltilbudet som tilgjengelig. Videre pekte hun på en potensiell positiv side ved ventelistene. Her beskrev Monica hvordan hverdagsproblemer vil kunne løse seg selv, om studentene står lenge på ventelisten:

Men så tenker jeg en ... en ung student som har blitt slått opp med kjæresten sin nettopp og har, og det er kjempetungt og det er veldig vondt og sånn. Så i utgangspunktet, og de kan vi jo og få på listene våre, men det vil jo, hvis de står veldig lenge og venter, så vil det jo løse seg mer selv.

I de to sitatene over, beskrev Monica hvordan en lang venteliste, tross alt for noen (kanskje) kan ha en positiv effekt, ettersom noen problemer muligens løser seg selv i løpet av den lange ventetiden. Likevel, fortalte hun, at studentene ofte ønsker å komme og snakke med de ansatte, selv om problemene i utgangspunktet er løst på grunn av tiden som er gått.

Deltakerne beskriver lavterskeltilbudet som tilgjengelig. Likevel fortalte de at de strever etter å opprettholde tilgjengeligheten med lange ventelister og en forpliktelse om å avvise de som ikke hører hjemme i spesialisthelsetjenesten - hvor mange også blir avvist.

## 7.4 Oppsummering av funn

I funnene «Mellom normalisering og behandling», «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste» og «Tilgjengelighetens venteliste» beskrev deltakerne blant annet at lavterskeltilbudet for studentene skal være tilgjengelig. Dette viser seg ved at studentene ikke skal møte kryssbarrierer for å oppsøke tilbudet, og tilbudet skal i hovedsak omfatte hverdagsproblematikk. Samtidig fortalte deltakerne om utfordringer som lange ventelister, diffuse rammer rundt tilbudet og hvordan de opplever at mange blir avvist i spesialisthelsetjenesten. Ventelistene beskrev deltakerne blant annet som problematisk ettersom de ikke når raskt nok ut til studentene. Deltakerne beskriver også et tilbud hvor de ansatte har et stort handlingsrom, når det gjelder å tilby ulike aktiviteter og tilbud studentene ønsker seg. Dette er bra, men også utfordrende å beherske de ulike tilbudene og rollene de ansatte må ha i det mangfoldige tilbud til studentene. Samlet sett vil disse utfordringene muligens føre til at de ansatte, med beste hensikt, prøver å hjelpe ut over tilbudets rammet.

## Kapittel 8: Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene «Mellom normalisering og behandling», «Mange hatter i en mangfoldig tjeneste» og «Tilgjengelighetens venteliste». Disse funnene vil bli drøftet opp mot studiens teori, og annen relevant litteratur som er blitt nevnt i studien.

### 8.1 Psykososiale lavterskeltilbud i lys av tilgjengelighetsteorien

Som vi har sett, beskriver de ansatte, i denne studien et tilbud som skal favne om både hverdagsproblematikk og nysgjerrighet, og tilbudet skal være lett tilgjengelig. Dette er i tråd med at lavterskeltilbudet skal være lett tilgjengelig, uten henvisning og uten ventelister (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b, s. 2). Samtidig forteller de ansatte at de har ventelister til tross for dette. Dette fremstår som et paradoks. Hvor tilgjengelig er de aktuelle psykososiale lavterskeltilbudene som beskrives?

Ifølge tilgjengelighetsteorien finnes det ulike barrierer som hindrer brukere av offentlige tjenester å oppnå et gode. Schaffer og Huang opererer med barrierene kø, terskel og skranke (Thorsvik, 2004, s. 183), og Lundberg (2012) har foreslått å legge til effektivitetsterskelen som en fjerde barriere for å aktualisere teorien til nåtidens utfordringer.

Hvordan de ansatte beskriver ventelistene i psykososiale lavterskeltilbud for studenter, spesielt Monica og Silje, kan det være interessant å se på dette i lys av hva tilgjengelighetsteorien sier om barrieren *kø*. Barrieren *kø* viser til de utfordringer en bruker, i dette tilfellet studentene, må forholde seg til de regler og retningslinjer som foreligger i henhold til prioriteringer (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 319; Thorsvik, 2004, s. 183). Silje trekker frem hvordan lavterskeltilbudet ikke prioriterer studentene ut ifra problemenes alvorlighetsgrad, men ut ifra når de bestiller en time. Ventelistene vil kunne forstås som en barriere studentene må overholde og krysse, også om problemene oppleves akutte og alvorlige for dem der og da.

Monica mener at lange ventelister ikke er i tråd med hvordan et lavterskeltilbud bør være. De ansatte beskriver et tilbud som skal være enkelt å oppsøke, men likevel innehar det lange ventelister. Man kan da spørre seg selv om dette egentlig er en barriere studentene skal regne med å måtte krysse? Burde lavterskeltilbudet inneha lange ventelister, når tilbudet skal etter sigende være lett tilgjengelig å oppsøke?

Avstanden mellom studentene og lavterskeltilbudet, blir der imot mindre etter studentene er på ventelisten (Thorsvik, 2004, s. 183). Monica beskrev at noen ganger kan studentene sine problemer vil løse seg selv, etter å ha stått på ventelisten i et par måneder. Dette kan kanskje føre til at ventelisten bli noe kortere. Likevel vil studentene med en mer alvorlig, også like lenge på ventelisten. Som Silje forklarte så prioriterer ikke psykososiale lavterskeltilbud, studentene ut ifra deres problemers alvorlighetsgrad. Her prioriteres studentene ut ifra når de booker en time. Til tross for at tilbudet i hovedsak omhandler hverdagsproblematikk, kan det likevel oppleves som krise for den enkelte, som Katrine forteller. Selv om ventelisten tynnes ut, vil de studentene med en alvorligere problematikk, muligens ikke mestre å stå så lenge i ventelisten. De vil da ikke lykkes med å krysse barrieren *kø*.

På den andre siden, skal lavterskeltilbudet ikke bare være et hjelpetilbud, men i tillegg være et sted for nysgjerrighet og læring. Jeg tenker da at det muligens ikke vil være naturlig å forvente at så mange studenter forsvinner fra ventelistene. Katrine poengterer at selv om problemene ikke er av en alvorlig art, kan det likefullt oppleves som en krise når de først inntreffer. Derfor vil det være viktig for de ansatte å nå ut til studentene slik at problemene lar seg løse og forebygge tidsnok før de blir for uhåndterlig. Som Katrine sier, så er det tøft å

vente når det oppleves vondt å puste. I lys av hvordan Katrine beskriver viktigheten av en kort (eller ingen) venteliste, kan vi tolke det slik at lange ventelister vil være ødeleggende for lavterskeltilbudets hovedformål- å være lett tilgjengelig.

De ansatte uttrykker et ønske om å hjelpe flest mulig studenter, men spør seg selv samtidig hva som blir rett vurdering ettersom mange av studentene ikke klarer å krysse barrieren kø, og å stå på ventelisten så lenge. Monica forteller at både kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten ikke har kapasitet, og at hun opplever at mange her blir avvist. Med dette som utgangspunkt, kan det være interessant å se på effektivitetsterskelen. Lundberg (2012, s. 65) beskriver denne terskelen som et forsøk på å effektivisere tilbudet. Dette kan resultere i at brukerne får et mangelfullt utbytte av tilbudet.

I et tilbud med uklare rammer og ressursfordeling, kan de ansatte i det psykososiale lavterskeltilbudet føle på stor pågang i en allerede presset helsesektor. Silje forteller hvordan dette preget henne når hun ikke føler hun får hjulpet studentene tilstrekkelig. Ettersom lavterskeltilbudet opererer med et korttidsperspektiv, er det ikke alle, ifølge Silje, som man klarer å hjelpe tilstrekkelig. Med dette utsagnet lagt til grunn, kan vi si at også hun møter på utfordringer i henhold til effektivitetsterskelen.

Tilgjengelighet, beskrives av de ansatte, som å eksempelvis ha en lokasjon på campus, ha en åpen dør og ikke kreve henvisning. Tilgjengeligheten de ansatte her beskriver, kan sees i sammenheng med barrieren *terskel*. Videre vil graden av tilgjengelighet være avgjørende for hvor krevende det blir å overkomme barrieren terskel. Barrieren terskel handler om at brukeren må gjøre seg kjent med tilbudets kriterier, herunder hvem som er aktuelle brukere av tilbudet (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 319; Thorsvik, 2004, s. 183). Slik de ansatte beskriver tilbudet, har studentene få til ingen kriterier å gjøre seg kjent med.

Lavterskeltilbudet opplyser på sine respektive hjemmesider, at de skal gi studentene den hjelpen de trenger.

Likevel må studentene vite at tilbudet faktisk eksisterer. At brukere ikke vet at et tilbud som er passende for dem eksisterer, kan også oppleves som en barriere (Bleiklie, Jacobsen & Thorsvik, 1997, s. 317). Studenter som står i en sårbar, stressende eller utfordrende livssituasjon, kan ha utfordringer med å innhente relevante opplysninger om tilbud som er passende for dem. Silje sier at de prøver å være tydelige på at de ikke er et akutttilbud, både på

nettsidene sine, men også i e- postene med bekreftelse som studentene får etter de har booket en time. Selv om informasjonen er tydelig og lett tilgjengelig, kan det likevel være utfordrende for studentene å oppfatte informasjonen i en stresset situasjon.

Det psykososiale lavterskeltilbudet skal være et sted for både hjelp og læring. Monica forklarer at tilbudet i tillegg skal være et supplement til de kommunale tilbudene, samt et servicetilbud. Samtidig som de ansatte tydelig beskriver tilbudets målgruppe, forteller de om et tilbud med diffuse og uklare rammer. Silje sier at de er viktige aktører med å hjelpe studenter, med en litt for alvorlig problematikk videre til en mer passende instans. Monica finner det utfordrende å finne deres plass ettersom de ikke får noen konkrete retningslinjer i henhold til ressursfordelingen i tilbudet. De ansatte beskriver nå et tilbud som favner om hverdagsproblemer, læring, men også en sentral aktør på studentenes vei til spesialisert hjelp. Det kan videre tenkes at de ansatte i psykososiale lavterskeltilbud gjør terskelen *for* lav, tatt i betraktning hva tilbudet i utgangspunktet er med å være; - et supplement og et servicetilbud.

I utgangspunktet skal et psykososialt lavterskeltilbud inneha få kriterier studentene må gjøre seg kjent med, ettersom tilbudet skal være tilgjengelig. Likevel kan informasjonen på nettsidene om at tilbudet ikke er et akutttilbud være utfordrende nok for studentene å få med seg i en stresset og utfordrende situasjon. Dermed kan terskelen, selv om den er med å være lav, likevel bli høy. I tillegg må de også overvinne eventuelle stigma som er knyttet til det å søke hjelp. Thorsvik (2004, s. 183) forklarer stigma som en utfordring innenfor barrieren terskel. Svalastog, Kristoffersen og Lile (2019 s. 18) beskriver psykososialt arbeid som arbeid som skal ivareta menneskers behov i en sårbar situasjon. I lys av psykososialt arbeid som praksisfelt, samt forklaringer på lavterskeltilbud, vil det derfor være mulig å anta at studentene vil oppleve mindre stigma ved å motta hjelp fra et psykososialt lavterskeltilbud sammenliknet med psykiatrisk behandling. Ved å utbedre de forebyggende tilbudene innen psykisk helse, vil en muligens også minimere det allerede eksisterende stigmaet som er tilknyttet behandling av psykiske problemer og lidelser.

Tatt i betraktning at deltakerne vet hvor presset kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten er, i tillegg til lavterskeltilbudets lange ventelister, kan det være interessant å se på barrieren skranke. For å krysse denne barrieren må studentene forklare for de ansatte ved tilbudet hvilken hjelp de ønsker, og legge dette frem på en ærlig og riktig måte for å få den hjelpen de trenger (Thorsvik, 2004, s. 183). På den ene siden kan dette sees som en parallell til



effektivitetsterskelen, og forsås på bakgrunn av denne barrieren. Her kan de ansatte oppleve et press til hjelpe flest mulig, å være mest mulig effektive. Dette kan føre til at de ansatte opplever at studentenes problemer er løst, mens studentene på sin side ikke opplever det på samme måte. Studentene kan føle at de ikke får tilstrekkelig med tid og hjelp av psykososiale lavterskeltilbud. Alternativer som selvhjelpsvideoer og liknende, kan bli løsninger for de ansatte i forsøk på å håndtere en presset helsetjeneste med lange ventelister.

På den andre siden, kan de ansatte oppleve dårlig samvittighet. I lys av Silje sin beskrivelse av hvordan hun blir preget av å ikke alltid klare å hjelpe studentene tilstrekkelig, kan en spørre seg om de ansatte gir studentene et mer omfattende tilbud enn hva som er i tråd med et lavterskeltilbud og dets korttidstankegang. Dermed blir tilbudets allerede uklare rammer, enda mer uklare og presset.

## 8.2 Et økende behov for psykososiale tilbud?

Som funnene tilsier, ønsker studentene i stor grad å benytte seg av de psykososiale lavterskeltilbudene som er å finne i studentsamskipnadens helsetilbud. Monica forteller hvordan hun synes tilbudet i utgangspunktet er ganske lite, når en ser på hvor mange studenter det psykososiale helsetilbudet i studentsamskipnadene skal dekke over. En kan da stille spørsmålet om studenter i dag faktisk har et større behov for psykososiale og psykiske helsetjenester enn tidligere? Og videre om og hvordan dette behovet bør utvides?

I lys av WHO sin rapport, er behovet stort for å bedre helsetilbudene innen psykisk helse over hele verden. Ved å poengtere viktigheten av å bedre slike tilbud, spesielt helsefremmende og forebyggende tilbud, peker WHO på problemer som lett kan oppstå, ikke bare for enkeltmennesket, men også for samfunnet, om en endring ikke blir gjort (World Health Organization, 2022, s. 11). WHO opplyser i rapporten at det er et økende antall mennesker i verden med psykiske problemer i ulik grad (Elvestuen, 2022). Med dette lagt til grunn, kan vi igjen se på Monica sin påstand, og si at det psykososiale lavterskeltilbudet muligens burde vært utbedret og lagt til rette for å dekke en større gruppe studenter enn det det er i dag.

I tråd med Monica sin påstand om at lavterskeltilbudet burde øke i kapasitet for å kunne dekke en større gruppe studenter, etterlyser WHO utbedrete tilbud innen psykisk helse. WHO foreslår å styrke tilbud på i alle ledd, fra ledelsen, til medisinsk utstyr, fremgangsmåter og

dyktig helsepersonell (World Health Organization, 2022, s. 105). WHO forklarer at gjennom å bedre enkeltmenneskers psykiske helse, vil man videre kunne styrke nasjonen og gjøre både enkeltmennesket og deres land mer motstandsdyktige (World Health Organization, 2022, s. 248).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017a) legger frem viktigheten av å utbedre forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse. Gjennom det forebyggende arbeidet, vil man videre kunne redusere menneskers psykiske problemer videre i livet (Meld. St. 19(2018-2019), s. 71). Ved å peke på viktigheten av å bedre blant annet lavterskeltilbud, kan man anta at det foreligger en viss bekymring rundt befolkningens psykiske helse.

Som funnene peker på, opplever de ansatte at det psykososiale lavterskeltilbudet har stor pågang, og som viser seg ved lange ventelister. De ansattes oppfatning av stor pågang, blir bekreftet blant annet i SHoT-undersøkelsen. Her kommer det frem at antallet studenter som opplever psykiske problemer og lidelser, er økende. Dermed kan en anta at også de psykiske helsetilbudene rettet mot studenter, opplever en økende pågang.

Som de ansatte legger frem, så blir mange avvist i både kommunen og spesialisthelsetjenesten fordi disse tilbudene ikke har kapasitet til å takle den store pågangen. Statistikk fra SHoT-undersøkelsen underbygger de ansattes antakelser. Antall studenter med psykiske plager har økt fra å ligge på 18 % i 2010 til å være på oppe i 35 % i 2022. Statistikk fra SHoT-undersøkelsen, underbygger både WHO-rapporten og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19(2018-2019)). Sammen trekker de frem som trekker frem viktigheten av å bedre menneskers psykiske helse, og videre forebyggende og helsefremmende tilbud rettet mot psykisk helse.

Med statistikk fra SHoT – undersøkelsen lagt til grunn, kan vi si at det er en prosentvis økning i antall studenter som oppgir problemer knyttet til psykisk helse. En kan da spørre seg videre om helsetilbudene til studentene i studentsamskipnaden er i tråd med studentenes behov. I lys av funnet «mange hatter i en mangfoldig tjeneste», så forteller de ansatte om et helsetilbud som skal dekke over en rekke tilbud, herunder blant annet samtaler, kurs og andre aktiviteter. Ut fra de ansattes forklaringer, kan det se ut som at tilbudet er bredt i sitt omfang. Er ikke de psykososiale lavterskeltilbudene for studentene omfattende nok?

På bakgrunn av de funn som foreligger i denne studien, oppleves det som at de ansatte føler på presset i helsesektoren, og ønsker så langt det lar seg gjøre å hjelpe studentene. Tjenesten har gitt de ansatte et stort handlingsrom, hvor de ansatte kan både kutte og opprette nye tilbud ut ifra studentenes behov. Dette kan resultere i utslitte ansatte og et tilbud som blir svekket i kvalitet. Katrine påpeker viktigheten av å kunne levere kvalitet i tilbudene. Hvordan vil det kunne opprettholdes med en presset helsesektor og manglende eller diffuse rammer og ressurser?

Som Aftenposten la frem, så er det i løpet av de siste årene gjort kutt i spesialisthelsetjenesten. Psykiatriske avdelinger har de siste atten årene kuttet antall sengeposter med 38 %. Tanken bak nedgangen, var at Regjeringen ønsket å flytte pasientene til polikliniske behandlinger fremfor innleggelser (Drabløs & Trædal, 2022). I lys av dette, kan vi igjen se på de ansattes opplevelse å bli plassert mellom normalisering og behandling. Med en spesialisthelsetjeneste som allerede har gjort kutt i antall plasser, kan vi anta at dette fører med seg ringvirkninger ned til lavterskeltilbudene. Kanskje er det derfor de ansatte forteller om lange ventelister? Når pasienter som tidligere hadde blitt lagt inn, nå får en poliklinisk behandling, og de som tidligere hadde fått en poliklinisk behandling, kanskje må ty til kommunale tilbud, og kanskje lavterskeltilbud. Hvor skal da de som tidligere har benyttet seg av psykososiale lavterskeltilbud oppsøke hjelp nå?

Som statistikk tilsier, kan det se ut som om ansattes opplevelse av stor pågang av hverdagsproblematikk, blir bekreftet. Dette kan videre kobles opp mot det de ansatte forteller om lange ventelister, ettersom det er foretatt kutt i spesialisthelsetjenestens kapasitet, som igjen kan føre til lange ventelister i psykososiale lavterskeltilbud for studenter. Ettersom WHO – rapporten, samt Regjeringen peker på viktigheten av å bedre forebyggende og helsefremmende tiltak, er det da å anta at problemet faktisk er reelt. Det er et økende behov for psykososiale lavterskeltilbud i samfunnet, men også for studenter.

### 8.3 Hvor trykker skoen - hvor ligger problemet egentlig?

Svalastog, Kristoffersen og Lile beskriver psykososialt arbeid som yrkesutøvelse som skal favne om både psykologiske og sosiale faktorer. Videre eksemplifiserer de med å si at psykososialt arbeid skal verne mennesket mot utfordringer i sårbare situasjoner. Utfordringer her kan være blant annet psykiske utfordringer (Svalastog, Kristoffersen & Lile, 2019, s. 19-

20). Slik psykososialt arbeid blir beskrevet av Svalastog, Kristoffersen og Lile (2019, s. 19-20), er det parallellt å finne med hvordan de ansatte i de psykososiale lavterskeltilbud beskriver tilbudet til studentene. Man kan si at de ansatte utøver psykososialt arbeid i tilbudet de gir studentene.

Regjeringen legger frem viktigheten av å utbedre og trappe opp blant annet lavterskeltilbudene innen psykisk helse (Regjeringen, 2022). Både i tråd med hvordan ansatte beskriver tilbudet de gir studentene, og hva som menes med et lavterskeltilbud, bør opptrappingen også gjøres i psykososiale lavterskeltilbud for studenter.

Katrine forteller at utfordringene tilbudet kan møte, er når studenter som oppsøker tilbudet er for frisk for spesialisthelsetjenesten, men samtidig er for syk for psykososiale lavterskeltilbud. Man kan da spørre seg hvorfor dette skjer. Blir det egentlig riktig å kutte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten når både (psykiatriske avdelinger på) sykehusene og lavterskeltilbudene har så lange ventelister? Man kan tenke seg at det muligens er slike situasjoner, Silje opplever å få dårlig samvittighet fordi hun ikke klarer å hjelpe studenten tilstrekkelig. Hun fortalte at det preger henne når studenter som tilsynelatende trenger lengre tid, ikke får det ettersom lavterskeltilbudet skal hjelpe studentene på bakgrunn av et kortsiktig perspektiv.

Vi kan slå fast at slik de ansatte beskriver at tilbudet skal være, er i tråd med hva et lavterskeltilbud skal være, og at de ansatte utøver psykososialt arbeid. Ettersom de ansatte beskriver tilbudet som tilgjengelig for studentene, skal de i hovedsak hjelpe med hverdagsproblematikk. Herunder stress, søvn, milde psykiske utfordringer, og inneha tilbud som samtaler, kurs og aktiviteter. Likevel er det aspekter ved tilbudet som kan slå tvil rundt det at tilbudet skal være et lavterskeltilbud, eksempelvis lange ventelister.

Vi har sett på utfordringer de ansatte opplever ved tilbudet. Er psykososiale lavterskeltilbud for studenter i ferd med å bli en mellomfase mellom lavterskel og spesialisthelsetjeneste? Ved lange ventelister, at man må booke en time for å snakke med en av de ansatte, ettersom kapasiteten til drop-in tilbudet også er presset, kan det gi uttrykk for at tilbudet muligens er i plassert som Silje sier det, på en litt sånn rar plass.

Silje sitt utsagn kan muligens peke mot det at lavterskeltilbudet til studenter ikke helt og holdent innehar de retningslinjer som foreligger i et lavterskeltilbud. Samtidig kan det igjen peke på et tilbud med uklare retningslinjer. Tilbudet skal være et supplement, og er et servicetilbud, som Monica sa. Et sted hvor en ikke skal utøve behandling, men snarere et kortsiktig hjelpende tilbud. Hvor ligger problemet egentlig?

Monica fortalte hvordan det å være et lite helseteam i en så bred studentsamskipnad hvor ledelsen ikke har helsefaglig bakgrunn, kan være utfordrende. Man kan med Monica sitt utsagt, tolke det slik at ledelsen ikke innehar den kompetanse som er ønskelig for å se studentenes behov, med helsefaglige øyne.

En studentorganisasjon skal være brukerstyrt, det vil si at studentene innehar en sentral plass, også i styret. Studentene har en representativ andel i styret. Samtidig er studentsamskipnadene organisert med en administrerende direktør over styret igjen som er ansvarlig for driften av organisasjonen. I tillegg til at studentsamskipnaden er en privat bedrift, kan de fordele ressursene innad i samskipnaden litt som de selv ønsker, og ser behov for (NOU 2020: 3, s. 351). Man kan da stille spørsmål om studentene faktisk ville satt til side sine egne behov dersom det var de selv om fikk bestemme.

Som både de ansatte og blant annet statistikk fra SHoT – undersøkelsen viser, er det en økning i studenter som opplever å ha psykiske problemer eller lidelser. I tillegg viser blant annet WHO- rapporten og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19(2018- 2019)) at det foreligger et behov om å bedre menneskers psykiske helse gjennom forebyggende- og helsefremmende tilbud, her under psykososiale lavterskeltilbud. Jeg anser det som mindre sannsynlig at studenter selv ville side satt sine egne behov om et utbedret helsetilbud om det var de selv som fikk bestemme tilstrekkelig i studentsamskipnaden.

Som det kommer frem i SHoT- undersøkelsen, oppgir 15 % av studentene som har deltatt i undersøkelsen, at de er misfornøyde med helsetilbudet i sin aktuelle studentsamskipnad. Samtidig viser det seg at 60 % av studentene er fornøyde med helsetilbudet (Sivertsen & Johansen, 2022, s. 34). Dette utgjør over halvparten av alle studentene, per høsten 2021. Med dette lagt til grunn, kan det se ut som at studentene selv ikke anser lange ventelister som et kritisk problem, likevel. De ansatte trekker videre frem lange ventelister som noe de selv

opplever som negativt og ikke noe de har fått tilbakemelding på at studentene opplever som negativt.

I lys av statistikk fra SHoT-undersøkelsen, og de ansattes opplevelser av psykososiale lavterskeltilbud for studenter, kan det snarere se ut som at problemet ligger utenfor studentsamskipnaden. En løsning vil være å se på rapporten fra WHO, som uttrykker viktigheten av lavterskeltilbud, samt å se på psykisk helse som et sammensatt problem (World Health Organization, 2022, s. 18).

#### 8.4 Er unge sykere i dag enn tidligere?

Madsen (2018) legger frem at det kan være flere årsaker til at flere unge i dag har utfordringer knyttet opp mot psykisk helse. Han beskriver et samfunn, i lys av Ryna LaMothe sin beskrivelse av samfunnet. LaMothe mente at samfunnet, slik det er i dag, vil splitte befolkningen i to grupper hvor den ene vil mestre høye krav og forventninger og inneha sosiopatiske trekk. Den andre gruppen, derimot, vil ikke mestre samfunnets høye krav. Menneskene i denne gruppen være i et stort behov av psykososial hjelp. Den andre gruppen vil bli utpint av samfunnets høye krav, og presse seg selv til de er psykisk utslitt (Madsen, 2018, s. 60). Slik kan det på mange måter se ut som at samfunnet faktisk er. Som deltakerne beskriver det, er årsakene bak den største gruppen som oppsøker tilbudet, hverdagsproblematikk som blant annet stress, søvn problemer og høye krav til seg selv. Er studentene allerede i den utpinte gruppen slik LaMothe beskriver det?

Selv om de ansatte beskriver lange ventelister, og det kan oppleves som de presser tilbudet utenfor dets, i utgangspunktet, tenkte rammer, forklarer de ansatte en majoritet av hverdagsproblemer. Er det hverdagsproblemer som er den nye folkesykdommen, som igjen fører til psykiske lidelser?

I tillegg til forklaringen om en splittet befolkning som Madsen (2018) forespeiler oss, legger han frem flere årsaksforklaringer til økningen av unge med dårlig psykisk helse. Han viser til hvordan faktorer som blant annet media er med på å minne de unge på samfunnets høye krav og forventning om å prestere høyt på alle områder. Dette internaliseres igjen hos de unge (Madsen, 2018, s. 77). Når Katrine eksemplifiserer hverdagsproblematikken, peker hun på at mange har en forventning om å oppnå et «perfekt» liv og dermed prestere høyt. Hun forteller

om studenter som innehar en forventning om å stå opp klokken 07:00, og i løpet av dagen skal både studere, trene, spise sunt, være sosial og delta på en rekke aktiviteter, før kvelden er omme. Som vi ser, kan det se ut som at studentene i Katrine sitt eksempel, allerede har internalisert samfunnets høye krav, som Madsen forteller om.

Det er viktig å legge til at Madsen (2018) ikke bare beskriver negative sider rundt samfunnets fremvekst og modernisering. Gjennom sosiolog Willy Gunneriussen, legger Madsen frem en beskrivelse av hvordan økt modernisering av samfunnet, også fører med seg positive aspekter som blant annet økt individualisering, frigjøring og selvrealisering (Madsen, 2018, s. 57). Mennesker i moderne samfunn er dermed selvstendige individer, som med høy grad av egenrådighet klarer å oppnå egne mål og forventninger uten store barrierer eller eksempelvis strenge roller menneskene må overholde. I lys av Gunneriusens beskrivelse i Madsen (2018), kan det se ut som et moderne samfunn har sterke og selvstendige mennesker. Er dette tilfelle?

Samtidig som samfunnet og menneskene i deg har økt frigjøring og selvrealisering, fører dette også med seg negative aspekter i kjølvannet av moderniseringen. Økt selvrealisering, kan videre føre med seg alt for høye krav til hva et mennesket klarer å oppnå, som igjen fører til større skuffelser (Madsen, 2018, s. 57). Når Madsen ser nærmere på hvordan unge i en studie av norsk, svensk og dansk ungdom beskriver årsaker bak sin egen depresjon, kan det se ut som antakelsene om et dystopisk samfunn er en realitet. Den skandinaviske ungdommen legger frem aspekter som urealistisk høye krav til seg selv. Likevel påpeker ungdommen at de ikke støtter samfunnets høye krav, men at de blir påvirket av dem likevel.

I lys av slik Madsen legger frem unges problematikk frem, kan man si at dette også er i tråd med hvordan de ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud beskriver deres målgruppe og hvilken problematikk de innehar. Det er i hovedsak mild problematikk, også kalt hverdagsproblematikk av de ansatte. Hverdagsproblematikk hører på en måte overkommelig ut, men når hverdagsproblematikken innebærer høye krav til seg selv, som en ikke klarer å nå, dette kan føre med seg større problemer og fallgruver.

I et moderne samfunn har vi større tilgang på frihet, en opplevelse av lykke og mestring. Samtidig bærer det med seg forventninger utenfor menneskets psykologiske kapasitet, noe som blir problematisk. Motstykket til større tilgang til frihet og lykke kan synes å være en

større fallhøyde for menneskers ulykke. Jo større de positive aspektene ved samfunnet blir, desto større blir også de negative aspektene (Madsen, 2018, s. 185).

Hvordan skapes og, vedlikeholdes samfunnet, og menneskers høye krav og forventninger til seg selv? En av årsakene kan være å finne i hvordan media fremstiller problematikken, og bidrar til å vedlikeholde kravene. Begrepet «generasjon prestasjon» brukes ofte for å beskrive ungdommen i dag. Dette begrepet oppstod i media først i 2011 for å beskrive en tendens i økt bruk av prestasjonsfremmende legemidler blant unge (Madsen, 2011, s. 119). Videre kan dette begrepet også brukes til å beskrive en stor andel av de studentene som oppsøker psykososiale lavterskeltilbud. Gjennom konstante oppslag i media, reproduseres kravene til unge, også studenter, som igjen internaliserer disse. Unge og studenter havner i en evig ond sirkel med påminnelser om høye krav og økende problematikk.

Sletten og Bakken forklarer i Madsen (2018, s. 94) hvordan en av mange årsaker til at flere unge sliter psykisk, henger sammen med en økt forventning om skoleprestasjoner. Studentene de ansatte beskriver, kan inneha et grunnlaget for stress, og en utfordrende hverdagsproblematikk, allerede i ungdomsårene som de tar med seg inn i studentlivet. Samtidig som unges skoleprestasjoner øker, minsker også arbeid som ikke krever formell utdanning. Kanskje dette er årsakene til studenters økende problemer knyttet til psykisk helse? Studentene vet selv at i mange tilfeller må de ha en formell og gjerne høyere utdanning, for å skaffe seg den jobben de ønsker. Samtidig som det gir studentene en økt frihet av å studere, kan det igjen føre til at studentens fallhøyde blir stor. I kjølvannet av dette, oppstår det problemer som kan karakteriseres som hverdagsproblemer, men som i hovedsak handler om stress og et jag etter å oppnå lykke. «Vi er trolig det første samfunnet der mennesker føler seg ulykkelige fordi de ikke føler seg fullstendig lykkelige» (Bruckner, 2000 i Madsen, 2018, s. 185).

De siste årene er det blitt lettere å være åpen rundt sin egen sykdom, og spesielt psykiske problemer og lidelser. De positive sidene med dette, er at unge som opplever psykiske problemer ikke nødvendigvis føler seg like alene om problemene som før. De opplever i større grad støtte, og et samhold, og hvor det er mindre stigma knyttet til å snakke høyt om å ha problemer (Madsen, 2018, s. 160). Samtidig som det er en rekke positive aspekter knyttet til det at det er lettere å være åpen om sine psykiske problemer eller psykiske lidelser, kan dette føre med seg utfordringer. Informasjon om psykiske problemer blir i dag lett tilgjengelig



gjennom media som konstant minner unge på hvilke utfordringer det er knyttet til hvordan det er å være ung og hvordan det «perfekte liv» skal se ut, slik som Katrine beskrev tidligere.

Samtidig som større åpenhet fører med seg både positive og negative aspekter, er det kanskje dette som må til for å igangsette en endring i samfunnet? Som deltakerne beskriver, så opplever de at mange studenter får avslag i spesialisthelsetjenesten. Det vil med andre ord forstås som at det ikke er tilstrekkelig kapasitet der. For å løse et problem, må man først anerkjenne det. Kanskje media faktisk spiller en sentral rolle i å skape en endring i psykiske helsetilbud, og ikke kun reproducerer unges høye krav til seg selv?

### 8.5 En fremtid med psykiske utfordringer?

WHO - rapporten og strategien: «Mestre hele livet», peker på viktigheten av å forebygge psykiske problemer tidlig, allerede i barneårene. Statistikk viser at økende psykiske problemer har vært en aktualitet en stund. Dette underbygges av både SHoT - undersøkelsen (2022) og Madsen (2018) hvor det kommer frem at ungdom og studenter opplever i økende grad psykiske problemer og lidelser. Dette er videre noe Regjeringen ønsker å prioritere. I statsbudsjettet for 2023 blir det trukket frem at psykiske helsetilbud skal fokuseres på og trappes opp. Det er videre ventet en opptrappingsplan for psykisk helse våren 2023, hvor fokuset her skal ligge på utbedring av lavterskeltilbud (Regjeringen, 2022).

I lys av nedleggelse i psykiatrien, hvor flere sykehus rapporterer at de også har lange ventelister og opplever et økende press på å skrive ut pasienter, er det kanskje ikke rart at de ansatte i psykososiale lavterskeltilbud for studenter også føler på presset av lange ventelister (Drabløs & Trædal, 2022). Det kan antas at kutt i en del av helsesektoren, også vil påvirke andre deler av den.

Det er et paradoks at Regjeringen i flere tilfeller de siste årene har utpekt viktigheten av å utbedre tilbud innen psykisk helse, samtidig som blant annet psykiatrien blir kuttet med 38 % sengeplasser. I både strategien: «Mestre hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a) og i Folkehelsemeldingen 19(2018 - 2019) påpeker Regjeringen viktigheten av god psykisk helse.

Nestleder i Mental Helse, Haakon Steen, sier i forbindelse med statsbudsjettet og Regjeringens ønske om å styrke tilbudet innen psykisk helse, at det det er på tide. Videre sier Steen at prioriteringen ikke er tilstrekkelig i forhold til hvor stort problemet faktisk er, og på bakgrunn av de kutt som er foretatt tidligere (Mental Helse, 2022). Hvis mental helse ikke prioriteres og forebygges på lik linje som fysisk helse, hvordan vil fremtiden se ut?

Det er et håp i Regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol bekrefter videre at psykisk helse må prioriteres. Spesielt trekkes helsefremmende og forebyggende tilbud rettet mot barn og unges psykiske helse. Samtidig sier Kjerkol at vi ikke står ovenfor en krise, enda. Det kan videre diskuteres om en økning fra 24 % i 2012 til 35 % i 2022 av studenter som oppgir å ha psykiske problemer, faktisk er en krise.

I lys av WHO sin rapport om psykisk helse i et globalt perspektiv, blir det satt fokus på aspekter rundt viktigheten av psykisk helse. Det understrekes videre hvordan tilbud innen psykisk helse bør og skal være likestilt med fysisk helse, og at det er en menneskerett å ha muligheten til å oppnå høyest mulig standard av psykisk helse (World Health Organization, 2022, s. 16). En kan da stille spørsmål helse- og omsorgsminister, Ingvild Kjerkol, sin uttalelse om at samfunnet først får svar på om det faktisk er en krise om 10- 15 år. Først da kan man se om de som sliter har falt utenfor arbeidslivet eller ikke (Hallgren & Skogstrøm, 2022). Nestleder i Mental Helse sier også at det ikke er noen helseforetak som mestrer tidsfristen, og derfor har lange ventelister. Dette mener han er kritisk ettersom det kan føre til at mange faller utenfor på grunn av lange ventelister. Om mennesker faller utenfor blant annet arbeidslivet på grunn av psykiske problemer eller lidelser, vil det ikke da være for sent å styrke forebyggende og helsefremmende tiltak?

## 8.6 Oppsummering av drøfting

I kapittel 8, har vi sett på de ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud sine beskrivelser av tilbudet i lys av teori og teoretiske perspektiver. Her har jeg belyst hvordan de ansatte beskriver tilbudet som mangfoldig, og hvordan de i et forsøk på å lytte til studentenes behov, kan utbedre tilbudet. Ved å sette opp nye kurs, eller kutte upopulære kurs, kan de ansatte tilpasse studentsamskipnadens helsetilbud ut ifra studentenes behov. De ansatte uttrykker det som et negativt aspekt ved tilbudet, at det har så lange ventelister. Jeg har forsøkt å peke på

ulike forslag til hvor problemet egentlig ligger. Om problemer med lange ventelister ligger hos lavterskeltilbudet i studentsamskipnaden, eller om problemet snarere ligger i en helsesektor, som ifølge stadige lovnader og ønsker fra Regjeringen, skal utbedres og styrkes, men samtidig opplever kutt i tjenestene. Om man ser på helsesektoren som helhet, vil man kunne peke på en rekke årsaker til at ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud beskriver lange ventelister.

Ved hjelp av tilgjengelighetsteorien, har jeg belyst ulike sider ved lavterskeltilbudets tilgjengelighet. Et lavterskeltilbud, skal være nettopp det - tilgjengelig for dets brukergruppe. I lys av barrierene terskel, kø, skranke og effektivitetsterskelen, har vi sett hvordan studentenes psykososiale lavterskeltilbudet kan oppleve å være mindre tilgjengelig enn man skulle tro. Gjennom tilgjengelighetsteorien har vi sett på hvordan disse ulike barrierene utspiller seg i praksis for studentene som ønsker å benytte seg av tilbudet, og hvordan det igjen preger de ansattes arbeidshverdag og praksis.

Avslutningsvis benytter jeg meg av aktuell litteratur for å belyse aksepter rundt hvordan fremtiden vil kunne være preget av psykiske helseproblemer blant befolkningen. Blant annet i statsbudsjettet for 2023, blir det pekt på hvordan Regjeringen ønsker å styrke tilbud innen psykisk helse. I opptrappingsplanen Regjeringen lover i 2023, er det videre varslet et ytterligere fokus på lavterskeltilbud innen psykisk helse.

## Kapittel 9: Forskningens kvalitet

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for forskningens kvalitet ved å benytte meg av de to mest sentrale kriteriene innen kvalitativ forskning: pålitelighet og gyldighet. I tillegg legges det til generaliserbarhet, selv om dette er mer relevant i kvantitativ forskning, og overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272; Tjora, 2021, s. 257). Dette kapitlet se på studiens kvalitet i forhold til disse kriteriene.

### 9.1 Forskningens pålitelighet

Påliteligheten, eller reliabiliteten i forskningen handler om i hvor stor grad forskningen er troverdig og om svarene ville vært de samme om en annen forsker på et senere tidspunkt

utførte en tilsvarende forskning. Forskningens pålitelighet måles ikke bare på bakgrunn av intervjuene, men også under forberedelser og etterarbeid av intervjuene. Eksempelvis om forskeren har brukt ledende spørsmål, som påvirker deltakernes svar, om transkripsjonen ville vært den samme om denne også ble utført av en annen forsker. I tillegg kan utvalget av deltakere påvirke forskningens pålitelighet. Om det er tette forbindelser mellom deltaker og intervjuer eller om partene er ukjente for hverandre. Om forskningen er transparent, handler om de valg en forsker foretar seg begrunnes godt, og har tett sammenheng med forskningens pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276; Tjora, 2021, s. 264).

Ved spørsmålet om en annen forsker hadde fått de samme svar som meg, er vanskelig å svare på. Likevel velger jeg å tro at man aldri kan være helt objektiv i en slik situasjon. Ens egen livserfaring og forforståelse vil på en eller annen måte påvirke en. Etersom jeg valgt å fokusere på ansatte fremfor studenter, har jeg tatt grep for å distansere meg fra min egen forforståelse. Jeg har videre valgt å gjengi en rekke sitater fra transkripsjonen, for å gjøre intervjuprosessen transparent. Det å ikke stille deltakerne mine ledende spørsmål, prøvde jeg å forhindre ved å utarbeide en fullstendig intervjuguide på forhånd som jeg kunne støtte meg til underveis. Dette var med på å hindre meg i å ubevisst stille ledende spørsmål. Videre opplevde jeg en utfordring rundt skillet mellom å være en god lytter, og det å stille ledende spørsmål eller å eventuelt bekrefte i forhold til det deltakerne fortalte.

## 9.2 Forskningens gyldighet

Gyldigheten, eller validiteten til forskningen handler om man utforsker det man faktisk sier at man skal utforske. Det handler her om i hvilken grad studien, gjennom blant annet metodologi, teori og intervjuprosess, er hensiktsmessig for problemstillingen vi ønsker å besvare (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276; Tjora, 2021, s. 260). For å sjekke forskningens gyldighet, kan man blant annet se nærmere på hvilke spørsmål som stilles til deltakerne og måten de blir formulert på. Ved å vise åpenhet til både leseren og deltakerne, og ved å gi et så tydelig som mulig bilde av hvilke valg som tas, gjør man forskningen mer gyldig. Man muliggjør at leseren kan stille seg kritisk til de svarene som studien legger frem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 279; Tjora 2021, s. 262).

Jeg valgte å bruke lydopptak i forbindelse med mine intervju, for å lettere kunne gjengi hva deltakerne mine svarte. Hadde jeg ikke benyttet meg av en diktafon, og heller stolt på min

egen hukommelse og enkle notater underveis, kunne svarene blitt mindre gyldige for forskningen. Sitatene fra deltakerne hadde ikke vært gyldig på bakgrunn av at det ikke hadde vært en korrekte gjengivelse. Ved å vise til ulike aspekter av det deltakerne sa, samt gjengi funn som kunne være overraskende for meg med min forforståelse, har jeg prøvd å ta grep for å øke validiteten i forskningen min. I tillegg har jeg valgt ut relevant litteratur om oppgavens tema. Videre kan det trekkes frem en svakhet ved antall deltakere. Ettersom jeg bare hadde tre deltakere kan det diskuteres om jeg samlet sett ville fått mer fyldige beskrivelser av lavterskeltilbudet om jeg hadde flere deltakere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 279).

### 9.3 Forskningens generaliserbarhet og overførbarhet

Om forskningen kan generaliseres, vil si i hvilken grad forskningen kan brukes til å beskrive et større utvalg. Generaliserbarhet vil ofte være mer relevant i henhold til kvantitativ forskning, ettersom det her blir fokusert på et større utvalg, ofte i form av statistiske målinger. Det kan derfor være lite relevant å snakke om generaliserbarhet innenfor kvalitativ forskning, ettersom man ikke er ute etter å måle noe, men få dypere kunnskap om et konkret fenomen (Tjora, 2021, s. 267). Generaliserbarheten vil oftere innenfor kvalitativ forskning ha en sammenheng med å «følte blikket» (Tjora, 2021, s. 272). Dette er noe vi har sett nærmere på i drøftingen i kapittel 8. Her diskuteres funnene opp mot teori og litteratur. Ved dette kan man se hvordan min studie kan brukes til å utforske andre fenomener, samt å se på studien i et større bilde.

Forskningens generaliserbarhet vil henge sammen med utvalget. Ofte vil det i kvalitativ forskning være et for lite utvalg til at det lar seg generalisere. I mitt tilfelle kan dette på mange måter stemme at utvalget er for lite. Likevel har jeg gjort strategiske valg for å finne informanter som har kunnskap og meninger m temaet jeg ønsker å forske på, noe som også er et trekk i kvalitativ forskning. På den ene siden kan det lave antallet deltakere føre til et lite representativt utvalg. På den andre siden så var ikke formålet med prosjektet å undersøke noen form for statistikk eller spørsmål som krever svar fra en stor andel av befolkningen. Ettersom utvalget mitt bestod av så få deltakere, hadde jeg desto større mulighet til å gjennomføre en mer grundig og dypere analyse av deltakeres svar. Kvale og Brinkmann spør «hvorfør generalisere?» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). De legger frem at det ikke nødvendigvis bor foreligge en antakelse om at samfunnsvitenskapelig forskning bør og skal generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289).

Om forskningen kan overføres til en annen og større sammenheng, som å eksempelvis beskrive andre fenomener, samfunnsgrupper eller kontekster, har forskningen en høy grad av overførbarhet (Dragset & Ellingsen, 2011). I min studie, kan man på den ene siden bruke studien til å undersøke andre psykososiale lavterskeltilbud. Etersom de ansatte beskriver problemer knyttet til lange ventelister og ressurser, kan muligens andre psykososiale lavterskeltilbud for studenter også oppleve noe av det samme. På den andre siden, har vi sett at det ikke er universelle retningslinjer i henhold til studentsamskipnadens helsetilbud sin organisering. Dette kan derfor variere i noen grad, og spesielt ut ifra lærestedets størrelse. Hadde studien min oppgitt hvilke læresteder studiens deltakere er tilknyttet, kunne det kanskje i noe større grad hadde en større overføringsverdi. Dette har jeg likevel ikke oppgitt med hensyn til personvern og anonymisering av deltakerne.

#### 9.4 Betraktninger knyttet til videointervju

Som jeg allerede har nevnt, ble intervjuene utført via et videomøteverktøy. Dette fordi da intervjuene ble gjennomført, hadde Norge vært rammet av koronapandemien i nesten to år. 12. mars 2020, kom det første dødsfallet grunnet covid-19 til Norge, som førte til at myndighetene iverksatte en rekke tiltak for å holde smittetallene nede, så god det lot seg gjøre, nede (Klein, 2022). I løpet av denne tiden, hadde restriksjonene i varierende grad utspilt seg i samfunnet, avhengig av smittetall. Jeg vurderte situasjonen slik at jeg valgte å ikke ha fysiske intervju, i fare for å måtte iverksette en plan b ved eventuelt økende smittetall. Jeg antok derfor, på bakgrunn av at både deltakerne mine og meg selv, til daglig jobber med mennesker, at begge parter ville følt seg tryggere om intervjuet foregikk digitalt.

Å utføre intervju via et digitalt hjelpemiddel, kan føre med seg andre utfordringer enn tradisjonelle ansikt-til-ansikt intervjuer. Jeg var forberedt på at det kunne oppstå utfordringer knyttet til å skape en god ansikt-til-ansikt relasjon, ha vansker med å lese og tolke kroppsspråk og å ha blikkontakt med deltakerne. Etersom blikkontakt er en av de viktigste faktorene i nonverbal kommunikasjon, kunne dette bli utfordrende (Bohannon et al., 2012, s. 177). I tillegg kan deltakere bli for bevisst på sin egen presentasjon, at en ubevisst legger en demper på sine følelser og reaksjoner som kommer til uttrykk (Bohannon et al., 2012, s. 183).

Selv om jeg var forberedt på utfordringer knyttet til nettbaserte intervju, var problemene minimale. Utfordringer i forbindelse med dårlig lyd kvalitet i enkelte deler av lydopptaket, konkluderte jeg med ikke hadde stor innvirkning på datamaterialet som en helhet. Problemer knyttet til at lyden tidvis hang etter, og at deltaker og intervjuer snakket i munnen på hverandre, ble løst med litt latter og gjentakelser. Jeg opplevde deltakere som var villige til å fortelle og forklare, slik at jeg kunne danne meg et godt nok bilde av dem, til tross for at handlingen foregikk på en skjerm. Alt i alt hadde pandemien vart i snart to år da intervjuene fant sted, og jeg opplevde at folk flest hadde fått mer tid til å tilpasse seg til en mer digital hverdag.

## Kapittel 10: Etske betraktninger

Etske retningslinjer er viktig i all type forskning. Jeg vil gjøre greie for de etske retningslinjer som er relevante i forbindelse med mitt prosjekt, og de forhåndsregler og grep jeg tok for å ivareta deltakerne mine. Jeg startet hele prosessen, men å sende inn en søknad til Norsk Senter for forskningsdata (NSD), hvor jeg la ved en veiledende intervjuguide og et informasjonsskriv om studien min. Denne søknaden ble godkjent og godkjennelsen ligger som vedlegg.

Informert samtykke er et av punktene Kvale og Brinkmann (2015, 104) trekker frem. Dette innebærer at deltakerne får informasjon om prosjektets innhold og formål, samt at forskeren forsikrer seg om at deltakerne deltar på bakgrunn av frivillighet. Her fikk deltakerne i min studie et informasjonsskriv hvor studien var beskrevet og hvor det stod at de kunne trekke seg fra deltakelsen i studien når som helst uten konsekvenser, samt at jeg har taushetsplikt som forsker. Deltakerne hadde tilgang til min e - postadresse, hvor de kunne kontakte meg dersom de hadde spørsmål om studien både i forkant og etterkant av intervjuet. I tillegg startet jeg intervjuene med å repetere deres mulighet til å trekke seg, også etter de hadde gjennomført intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104).

Kvale og Brinkmann viser til konfidensialitet, som innebærer at informasjon som kan gjenkjenne deltakerne, skal anonymiseres. Her valgte jeg å gi deltakerne fiktive navn, og jeg valgte å ikke oppgi deres alder konkret. Jeg har transkribert på bokmål, for å ikke inkludere deres dialekter. Dermed anonymiserer jeg den enkeltes hjemsted og arbeidsplass. Jeg har

heller ikke oppgitt hvilket lærested de aktuelle lavterskeltilbudene tilhører (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).

Forskerens rolle er et viktig etisk aspekt. Hvordan jeg som forsker legger frem informasjon og presenterer den i min studie, skal gjøres på en ærlig og rettferdig måte. Om en forsker har en antakelse på forhånd av intervjuene, kan forskeren lettere identifisere seg med en av deltakerne eller legge større vekt på enkelte sitater enn andre som passer til forskerens forforståelse. For å minimere sannsynligheten for at dette skjedde, valgte jeg å ikke intervjuere studenter som selv hadde benyttet seg av psykososiale lavterskeltilbud, men istedenfor å intervjuere de ansatte. Dette fordi jeg så at min forforståelse i form av egne brukererfaringer kunne styre min tilnærming og farge min tolkning av intervjuene på en uheldig måte. Ved å bytte ut studenter med ansatte, har jeg - etter min mening, skapt en hensiktsmessig avstand mellom meg selv og deltakerne/datamaterialet. På den måten har jeg gjort det lettere for meg selv å være åpen for funn som kunne utfordre min forforståelse. For å fremme ærlighet og for å få frem ulike aspekter og nyanser av det deltakerne mine ga uttrykk for i intervjuene, har jeg brukt en del sitater fra det transkriberte materialet som jeg har presentert i min studie (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Tjora (2021, s. 152) legger vekt på hvordan det i noen tilfeller kan være nyttig å se på årsaksfaktorene som ligger bak deltakernes deltakelse til et prosjekt. Om det foreligger en form for belønning til deltakerne, kan dette ha innvirkning i prosjektets troverdighet. I mitt tilfelle gjorde jeg meg noen tanker rundt årsaksfaktorer allerede da jeg fikk henvendelser fra ansatte som ønsket å delta i min studie. Jeg tenkte på dette tidspunktet at de kunne ha konkrete tanker og insentiver de ønsket å få frem og/eller at disse tankene var av en mer kritisk karakter. Underveis og etter intervjuene var fullført, satt jeg igjen med en opplevelse av at deltakerne oppriktig ønsket å hjelpe studentene, og i dette tilfelle meg og min studie. Da jeg takket for deltakelsen til prosjektet mitt, svarte en av deltakerne mine: «det er veldig fint at vi kan bidra [...] det skulle bare mangle» (intervju 2, side 1). Liknende tilbakemeldinger var også å finne i de to andre intervjuene mine.



## Kapittel 11: Avslutning

I dette kapittelet vil jeg foreslå en konklusjon for denne studien. Før jeg avslutningsvis vil dele tanker jeg sitter igjen med, samt hva jeg har lært av å jobbe med denne studien.

### 11.1 Konklusjon

Studentsamskipnadens helsetilbud er et veldig bredt tilbud. De skal dekke en rekke ulike tilbud til studentene, blant annet samtaler, kurs og drop-in. I lys av tilgjengelighetsteorien, har vi sett hvordan lavterskeltilbudet kanskje ikke er så tilgjengelig som man skulle tro. Et lavterskeltilbud skal være lett for dets brukergruppe å oppnå kontakt med, men det foreligger samtidig en rekke barrierer på veien mot tilbudet. En tydelig barriere i denne sammenhengen, vil være barrieren kø. Her må studentene blant annet godta hvordan lavterskeltilbudet ikke prioriterer ut ifra alvorlighetsgrad, men snarer når studentene booker en time. I tillegg kan informasjon på helsetjenestens nettsider som informerer om at tilbudet ikke er et akutttilbud, være en barriere i seg selv. Studentene får ikke med seg informasjon, når de selv befinner seg i en stresset og sårbar situasjon.

Videre beskriver de ansatte et tilbud uten klare og tydelige rammer knyttet opp til ressursfordeling. De ansatte opplever det som utfordrende å skulle organisere gode helsetilbud, når ledelsen ikke innehar den helsefaglige kompetanse de ansatte kanskje skulle ønske ledelsen hadde. I tillegg til å ikke ha en ledelse med helsefaglig bakgrunn, opplever deltakerne at det foreligger diffuse rammer rundt tilbudet, og dets ressursfordeling. Dette kan igjen gjøre arbeidsoppgaver de ansatte har, utfordrende. I tillegg til de lange ventelistene, foreligger det ikke noe klart ansvarsområde eller hvilke tilbud de skal ha og hva disse skal inneholde. Det fremstår som et ansvar de ansatte tar, ved å legge til nye eller tilpasse allerede eksisterende tilbud ut ifra studentenes behov. Dette kan igjen føre til at de ansatte opplever å måtte ha mange ulike roller i henhold til de mange tilbudene helsetjenesten tilbyr.

I tillegg til en økende grad av hverdagsproblematikk som oppleves som kriser, samt en økning av studenter som opplever psykiske problemer og lidelser, kan kutt i spesialisthelsetjenesten også føre til lange ventelister. De ansatte forklarer at de opplever at mange av studentene blir avvist i både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten fordi de ikke har kapasitet der. Vi har sett hvordan kutt i spesialisthelsetjenesten også kan skape ringviskninger i andre helsetjenester, også lavterskeltilbud. Om sengeplassene i psykiatrien blir færre, kan man tenke

seg at det fører til et økt press på alle tilbud rettet mot psykisk helse i alle ledd, ettersom pasienter som tidligere har vært innlagt, nå får et poliklinisk tilbud hos en psykolog. Er kan da stille spørsmålet om ikke psykologtjenestene vil få lange ventelister også. I tillegg har vi sett at psykososiale lavterskeltilbud for studenter har lange ventelister, kan det tenkes at dette skyldes et økt press og kutt i spesialisthelsetjenesten.

Når Regjeringen ønsker å trappe opp og fokusere på helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot psykisk helse, kan man tenke seg at dette ikke nødvendigvis løser problemet. Som nestleder i Mental helse påpeker, så er ikke prioritering av psykisk helse nok, i forhold til hvor stort problemet faktisk er. Som rapporten til WHO påpeker, så må en se på psykisk helse som er sammensatt problem. En må derfor møte problemet med en tverrfaglig måte, og derfor utbedre tilbud tverrfaglig, og ikke nødvendigvis bare i en del av helsesektoren.

## 11.2 Egen erfaring med studien

Da jeg startet denne studien, følte jeg at jeg med min forforståelse hadde et ambivalent forhold til psykososiale lavterskeltilbud for studenter. Jeg har personlig erfart psykososiale lavterskeltilbud på både godt og vondt. Jeg opplever det som at studenter tidvis er en «glemt» gruppe i samfunnet. Mange studenter oppholder seg ofte midlertidig på den plassen de studerer, og blir da i en situasjon hvor de befinner seg mellom to steder. Det er på mange punkter jeg opplever at studentene kanskje en litt tilsidesatt gruppe i samfunnet, også innenfor tilbud knyttet til psykisk helse.

Underveis i studien, opplevde jeg ansatte som ga meg et inntrykk av å oppriktig bry seg, samtidig som det var noe fortvilelse og finne i deres uttalelser. Jeg har selv arbeidet i helsesektoren, og kan kjenne meg igjen i den gleden man kan oppleve av å stå i en hjelpesituasjon ovenfor et annet menneske. Samtidig har jeg erfart hvordan problemer kan være vanskelig å gjøre noe med, ettersom man til syvende og sist egentlig er ganske liten i det store bildet av samfunnet, og også i helsesektoren. Likevel forsøker man å gjøre det man kan for å hjelpe så mange man har mulighet til. Det var altså dette jeg opplevde deltakerne mine beskrev. En arbeidsdag hvor de i stor grad følte på presset i det å være et hjelpetilbud innen psykisk helse, men også den gleden de utrykte at det ga dem. Og derfor ønsket de ansatte å gjøre den beste jobben, og å gi studentene det beste tilbudet de kunne i den gitte situasjonen de stod i.

Etter at studien min er fullført, har jeg lært mye om psykisk helse. Jeg opplever at jeg har skaffet meg en større innsikt i både psykisk helse i et nasjonalt og globalt perspektiv, men også på individnivå gjennom de ansatte som aktivt arbeider med problemet. Jeg sitter nå igjen med en følelse av at de ansatte ved psykososiale lavterskeltilbud forsøker å gjøre så godt de kan for å hjelpe. Samtidig er dette vanskelig å gjøre i et samfunn med mangler i helsesektoren. Personlig anser jeg psykisk helse som et sentralt aspekt i et samfunn, og som WHO beskriver det i rapporten sin, så danner god psykisk helse grunnlaget for en rekke andre faktorer som også kan påvirke samfunnet som helhet. Som denne studien har vist, så blir det satt fokus på psykisk helse, samtidig som det legges ned blant annet sengeplasser i psykiatrien som kan føre med seg ringvirkninger i hele sektoren. Jeg ønsker meg et samfunn som ikke bare vil «fokusere på psykisk helse», men faktisk utbedre tilbud, i alle ledd.

## Referanseliste

- Allardt, E. (1975) *Att Ha, Att Ålska Att vara- om välfärd i Norden*. Argod Förlag
- Andersen, G (2020, 16. april). *Kvalitative intervjuundersøkelser*. NDLA.  
<https://ndla.no/nb/subject:1:470720f9-6b03-40cb-ab58-e3e130803578/topic:1:a317f589-7995-43aa-8b68-92182c0b23c6/topic:1:35efa357-acc7-4828-b241-cad5467d1dc6/resource:201ce19e-7011-49a6-b415-91fd42d5dfe9>
- Appelrouth, S., Edles, L., D. (2011) *Sociological Theory in the Contemporary era* (2. utg). SAGE Publications
- Berg, B., Ellingsen, I., T., Levin, I. & Kleppe, L., C. (2016). Hva er sosialt arbeid? I Kleppe, L., C. (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 19- 35). Universitetsforlaget.
- Bleiklie, I., Jacobsen, K., D. & Thorsvik, J. (1997) Forvaltningen og den enkelte i Christensen, T. & Egeberg, M. (Red.) *Forvaltningskunnskap* (301-334). Tano Aschehoug
- Bohannon, L., S., Herbert, A., M., Pelz, J., B. & Rantanen, E., M. (2012) Eye contact and video- mediated communication: A review. *Elsevier*. 34(2013) 177-185
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019) Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.  
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braut, G., S. (2022, 18. februar) Helsefremmende arbeid. I *Store Norske Leksikon*.  
[https://sml.snl.no/helsefremmende\\_arbeid](https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid)
- Braut, G., S. (2018, 28. september) Primærhelsetjenesten. I *Store Medisinske Leksikon*.  
<https://sml.snl.no/prim%C3%A6rhelsetjenesten>
- Drabløs, Ø., T. & Trædal T., J. (2022) Norsk psykiatri: En grad peker bratt opp. En peker bratt ned. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/340Xnd/norsk-psykiatri-en-graf-peker-bratt-opp-en-peker-bratt-ned>
- Dragset, S. & Ellingsen, Sidsel (2011, 1. februar) *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
- Ellingsen, I., T. & Levin, I. (2016) Det sosiale i sosialt arbeid. I Kleppe, L., C. (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 47-64). Universitetsforlaget.
- Elvestuen, T. (2022) *WHO: om psykisk helse i ny rapport: Stort behov og utilstrekkelig respons*. FN-sambandet. <https://www.fn.no/nyheter/who-om-psykisk-helse-i-ny-rapport-stort-behov-og-utilstrekkelig-respons>

- FO (2017). *Global definisjon av sosialt arbeid*. [Brosjyre]  
[https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid\\_NO.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid_NO.pdf)
- Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*. Reneflot, A., Aarø, L.E, Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K, Øverland, S.  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Forskrift om studentsamskipnader. (2008). *Forskrift om studentsamskipnader* (FOR-2008-07-22-828). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-07-22-828>
- Helsedirektoratet (2021) *Psykisk helsearbeid for barn og unge – en innsiktsrapport*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
- Helse Midt- Norge (24.07.2017) *Hva er oppdraget? Helse-Midt*. <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-er-oppdraget>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) a *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)* Departementene  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) b *Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentering og diagnostisering (Nr.1-4/2017)* [Rundskriv]  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv\\_i-4-2017.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv_i-4-2017.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)
- Klein, J. (2022, 22. juli) Koronapandemien. I Store Norske Leksikon.  
<https://sml.snl.no/koronapandemien>
- Kroken, R. & Madsen, O., J. (2016) *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten – Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Gyldendal Akademisk
- Lackner, E., J. (08.11.2021) *Student* i Store Norske Leksikon. <https://snl.no/student>
- Lundberg, K., G. (2012) *Uforutsigbare relasjoner: Brukererfaringer, Nav – reformen og levd liv*. [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen] Bergen Open Research Archive <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/5715?locale-attribute=no>
- Madsen, O., J. (2018) *Generasjon Prestasjon: hva feiler det oss?* Universitetsforlaget

- Madsen, O., J., Eriksen, I. & Soest, T. (2022, 28. oktober) Misvisende om unges psykiske helse. *Aftenposten*, s. 30
- Meld. St. 19 (2018-2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Mental Helse (2022, 6. oktober) *Psykisk helse: Ett steg i riktig retning, men langt ifra i mål*. Mental Helse. <https://mentalhelse.no/aktuelt/nyheter/mental-helse/psykisk-helse-ett-steg-i-riktig-retning-men-langt-ifra-i-mal>
- NAPHA (2022, 30. august) *Rask psykisk helsehjelp*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>
- Norsk Studentorganisasjon (2022) *Resolusjon studenters psykiske helse – en varslet katastrofe*. [https://student.no/images/Resolusjon\\_psykisk\\_helse.pdf](https://student.no/images/Resolusjon_psykisk_helse.pdf)
- NOU 2020: 3 (2020) *Ny lov om universiteter og høyskoler*. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-3/id2690294/?ch=1>
- Nygård, S. (31. mars 2022) *Nå er det over 300 000 studenter i Norge* i Statistisk Sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/utdanning/hoyere-utdanning/statistikk/studenter-i-universitets-og-hogskoleutdanning/artikler/na-er-det-over-300-000-studenter-i-norge>
- Regjeringen (2022, 6. april) *Opptappingsplan for psykisk helse*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Regjeringen (2022.06.oktober) *Statsbudsjettet: Løfter psykisk helse- og rusfeltet*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lofter-psykisk-helse-og-rusfeltet/id2930561/>
- Repstad, P. (2007) *Hva er sosiologi?* Universitetsforlaget
- Ryen, A. (2017) *Det kvalitative intervjuet – fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget
- Skjetne, I. (2020, 3. februar) *Forebyggende arbeid*. NDLA.  
<https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:baadf378-9a45-422f-a80f-154e203d2bc2/topic:1:2705dab9-344d-4473-bbdf-3538f9fedfe0/resource:1:20744>
- Skogstrøm, L. & Hallgren, A. (2022, 5. april). Helseministeren svarer: Dette vil hun gjøre med økningen i psykisk syke barn og unge. *Aftenposten*.  
<https://www.aftenposten.no/norge/i/5GqGMe/helseministeren-svarer-dette-vil-hun-gjoere-med-oeikningen-i-psykisk-syke-barn-og-unge>
- Sivertsen, B. & Johansen M., S. (2022) *SHoT – Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport 2022*. Studentsamskipnaden i Oslo.  
[https://studenthelse.no/SHoT\\_2022\\_Rapport.pdf](https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf)

- Svalastog, A., L., Kristoffersen, N., J. & H., S. (2019) *Psykososialt arbeid – kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal
- Svartdal, F. (2020, 12. juni) Psykososial. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/psykososial>. (hentet 11.11.2022)
- Thorsvik, J. (2004) Modellutvikling, forklaring og forståelse. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. 19(174-198) <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-2936-2003-02-03>
- Tjernshaugen, A. (2021, 21. desember). Velferd. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/velferd> (Hentet 11. 11.2022)
- Tjora, A. (2022. 23. august) Sosiologi. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/sosiologi> (hentet 11.11.2022)
- Tjora, A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.) Gyldendal
- Universitets- og høyskoleloven (2005) *Lov om universiteter og høyskoler* (LOV-2005-04-01-15) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
- World Health Organization (2022) *World mental health report- Transforming mental health for all*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (2022, 8. juni). Mental disorders. World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

## Referanseliste på studentsamskipnader

Nord Studentsamskipnad (Studentinord): <https://www.studentinord.no/rad-og-helse>

Norges arktiske studentsamskipnad: <https://samskipnaden.no/helse>

Studentsamskipnaden i Agder (SiA): <https://sia.no/helse/>

Studentsamskipnaden i Indre Finnmark (SSO): <https://sammas.no/nb/a/studenter/studentvelferd>

Studentsamskipnaden i Innlandet (Student Innlandet): <https://www.sinn.no/helse/>

Studentsamskipnaden i Molde (SiMolde): <https://simolde.no/rad-helse>

Studentsamskipnaden i Oslo (SiO): <https://www.sio.no/helse>

Studentsamskipnaden i Stavanger (SiS): <https://minsis.no/helse>

Studentsamskipnaden i Sørøst-Norge (SSN): <https://www.ssn.no/helse>

Studentsamskipnaden i Trondheim (SiT): <https://www.sit.no/helse>

Studentsamskipnaden i Volda (SiVolda): <https://www.sivolda.no/helse/category873.html>

Studentsamskipnaden i Østfold (SiØ): <https://www.siof.no/r%c3%a5d-og-helse>

Studentsamskipnaden i Ås (SiÅs): <https://www.sias.no/helse/>

Studentsamskipnaden på Vestlandet (Sammen): <https://www.sammen.no/no/bergen/helse>



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

### Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
180236	Standard	14.06.2022

**Prosjekttittel**

Psykososialt lavterskeltilbud for studenter

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosiologi og sosialt arbeid

**Prosjektansvarlig**

Gunnhild Ruud Lindvig

**Student**

Maria Haukaas

**Prosjektperiode**

02.11.2020 - 01.01.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Rettslig grunnlag**

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

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.01.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato.

Vi har nå registrert 01.01.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

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

Lykke til videre med prosjektet!

## **Vil du delta i forskningsprosjektet** *Psykososialt lavterskeltilbud for studenter*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om studenters erfaring med å benytte et psykososialt lavterskeltilbud i regi av studiestedet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Prosjektet utgjør min masteroppgave. Jeg ønsker å få kunnskap om hvordan ansatte ved et psykososialt lavterskeltilbud i regi av studiestedet opplever sin rolle og tjenestens mandat. Jeg vil intervju ansatte om hvordan de opplever arbeidsoppgavene og hva de vil betegne som hjelpsomt samt hva man eventuelt ikke bør gjøre i en hjelpesituasjon.

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

Det er jeg, Maria Haukaas, som skal gjennomføre prosjekter. Min veileder ved Universitetet i Agder, Gunnhild Ruud Lindvig, er prosjektansvarlig.

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

Utvalget blir rekruttert gjennom et lavterskeltilbud for psykososial helse i regi av studiestedet. Her blir det informert om informasjonsskrivet om prosjektet mitt, hvor de som ønsker å delta kan kontakte meg.

Du får spørsmål om å delta, fordi du arbeider i et lavterskeltilbud innen psykisk helse ved et studiested. Rekrutteringen skjer gjennom direkte kontakt med studentsamskipnaden, og deretter videresending av prosjektet til aktuelle kandidater.

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

Jeg ønsker å intervju deg om dine opplevelser av din rolle og tjenestens mandat knyttet til et lavterskeltilbud innen psykisk helse. Dette vil være en dialog mellom meg, som intervjuer, og deg, som deltaker. Intervjuene tas opp på lydfil og transkriberes ordrett, og det vil vare i ca. 45 minutter. Jeg ønsker å ha muligheten til å intervju deg en eller to ganger.

Jeg vil spørre deg om hvordan du opplever din rolle i et hjelpetilbud innen psykisk helse, tjenestens og din egen rolle og begrensninger. Hva du mener man bør gjøre, samt ikke bør gjøre i en hjelpesituasjon og liknende.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Jeg vil ikke registrere helseopplysninger om deg. Det jeg vil utforske er hvordan du opplever din rolle og lavterskeltilbudet innen psykisk helse sine oppgaver.

De som har tilgang til opplysningene du oppgir vil være meg, Maria Haukaas, som skal skrive masteroppgaven, samt min veileder.

Ditt navn og kontaktopplysninger vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alle personopplysninger vil bli anonymisert i den publiserte masteroppgaven, og ingen vil kunne gjenkjenne deg i den ferdige publikasjonen.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen utgangen av 2022. Personopplysningene og lydfilen vil slettes når prosjektet er ferdigstilt og publisert.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan indentifiseres i datamaterialer, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

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

- Universitetet i Agder ved Prosjektansvarlig Gunnhild Ruud Lindvig (gunnhild.r.lindvig@uia.no/ 92268644)
- Vårt personvernombud: personvernombud@uia.no

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

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

Med vennlig hilsen

Gunnhild Ruud Lindvig

(Forsker/veileder)

Maria Haukaas

(Student)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *psykososialt lavterskeltilbud for studenter*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

Før intervjuet: *Takke og informere om deltakernes mulighet til å trekke seg når som helst, uten konsekvenser, samt frivilligheten til å avstå fra å svare på spørsmål de ikke ønsker.*

### **Bakgrunnsdata**

Alder:

Kjønn:

Utdanning:

Nåværende yrke:

Hvor lenge har du arbeidet i *dette* psykososiale lavterskeltilbudet?

Har du arbeidet i noen liknende tilbud tidligere?

- Kan du fortelle meg litt om hva som lå bak valget om å bytte arbeidsplass?
- Hva gjør at du har valgt å bli værende i dette tilbudet?
- Trives du i jobben? Vil du fortelle mer om dette?

### **Hoveddel:**

#### **Tjenestens rammer og begrensninger**

Hvordan vil du definere/beskrive studentene som velger å oppsøke dette lavterskeltilbudet?

Hvem er denne tjenesten for?

Hvem er denne tjenesten eventuelt ikke for?

Hva gjør dere når det kommer en bruker som dere mener havner utenfor målgruppen?

Hva mener du er av lavterskeltilbudets viktigste oppgaver?

Hva opplever du som hjelpsomt ved lavterskeltilbudet?

- Har du fått noen tilbakemeldinger fra studenter du har snakket med om hva som har hjulpet dem?
- Har noen uttrykt at de savner noe?
- Hva tenker du eventuelt kunne vært bedre?

#### **Personlige rammer og begrensninger**

Hva forstår du med det å være profesjonell, når er du profesjonell?

- Hva mener du det vil si å være personlig kontra privat?
- Det å «møte brukerne der de er», hva betyr dette for deg?

Kan du fortelle litt om hvordan du opplever din rolle som ansatt ved lavterskeltilbudet?

Hvilke typer utfordringer møter du i arbeidet ditt/ditt virke?

Opplever du at dine egne livserfaringer setter noen begrensninger for deg i møtet med brukerne av tilbudet?

Opplever du at dine livserfaringer på noen måte har åpnet opp og gjort det lettere eller bedre for deg i møte med brukere av tilbudet?

Når det gjelder hvordan du ønsker å gjøre jobben din, opplever du at tjenesten/arbeidsplassen setter begrensninger på noen måte?

- I så fall hvilke/hvordan?
- Hva kunne evt. vært bedre?

Hvilke ambisjoner og tanker hadde du om tilbudet før du begynte å arbeide her?

Hva var bakgrunnen til at du valgte et slikt hjelpe-yrke?

### **Hjelperelasjonen**

Hvordan vil du beskrive en god hjelperelasjon?

Hva mener du man skal/bør gjøre i en hjelpesituasjon?

Hva mener du er «feil»/mindre bra å gjøre i en hjelperelasjon?

Hva mener du er hjelpsomt i møtet med studenter som oppsøker hjelp?

Hva forstår du med ordet «hjelpsomt»?

### **Avslutning**

Er det noe du har lyst å snakke mer om eller si som vi ikke har nevnt hittil?